

Ergothérapie et tricot en psychiatrie : le renouveau d'un médiateur oublié

Par Gaëlle RIOU
Ergothérapeute D.E., Master 2 de psychologie clinique.
Centre hospitalier de Versailles (78)

Résumé :

La pratique du tricot en psychiatrie est ancienne. Autrefois utilisée à visée occupationnelle, cette activité est devenue aujourd'hui un véritable outil de médiation thérapeutique dont les richesses sont souvent mal identifiées, y compris par ceux qui la pratiquent.

En ergothérapie l'analyse d'activité nous permet d'identifier plusieurs composantes majeures du tricot : cognitives, comportementales, temporelles, sensori-motrices, sociales et psychoaffectives.

Ce regard nouveau sur un médiateur a priori désuet peut permettre de redonner au tricot toute sa place et sa pertinence dans les prises en charge d'ergothérapie en psychiatrie intra et extra hospitalières.

Mots-clés :

Tricot - Ergothérapie - Psychiatrie - Médiation thérapeutique - Analyse d'activité

Ergothérapie et tricot en psychiatrie : le renouveau d'un médiateur oublié

INTRODUCTION :

« *Le tricot c'est bon pour votre santé !* » peut-on lire de plus en plus souvent dans les magazines de presse féminine, ou encore « *le tricot s'invite en ville* » avec l'art du tricot-graffiti.

C'est un fait, le tricot est de retour et prendra progressivement une part plus importante dans nos ateliers à médiations thérapeutiques car les patients en sont demandeurs, aussi bien les femmes que les hommes à présent et de toutes générations.

Il est donc temps de se questionner sur les composantes de cette activité singulière et sur ses liens avec la santé pour savoir comment l'utiliser au mieux dans nos prises en charge en ergothérapie.



1 - Tricot et ergothérapie : des liens à renouer ?

PROLOGUE :

S'il y a bien une activité que je n'aurais jamais pensé proposer un jour à mes patients c'est le tricot. Entre l'image d'une activité chronicisante d'un autre temps et mon souvenir d'une mère tellement experte que je n'ai jamais osé tenter de lui ressembler, cette arrivée du tricot dans mon atelier, après 16 années d'exercice, est une surprise de taille.

Mon atelier d'ergothérapie est situé au cœur d'un service d'hospitalisation constitué d'une unité fermée et d'une unité ouverte. L'atelier est dans l'unité ouverte, entre chambres et salle télévision. C'est un lieu vivant, à la fois dans et hors du service, où chacun peut entrer à condition de respecter le cadre et le travail en cours.

C'est ainsi que pas à pas une patiente est venue un jour me demander de lui réapprendre à tricoter. C'était un souvenir apparemment précieux à ses yeux, une sensation qu'elle voulait retrouver pour se prouver à elle-même qu'elle n'avait pas « *tout oublié* », qu'elle était « *encore capable de quelque chose* ».

Enceinte de plusieurs mois, Mme B. présentait un tableau dépressif sévère avec des propos préoccupants concernant son bébé à venir. Lors d'hospitalisations précédentes elle s'était beaucoup appuyée sur les séances d'ergothérapie en tant qu'espace créatif pour exprimer ce qui ne venait pas avec des mots et pour mettre à distance ses angoisses. Elle pratiquait alors la mosaïque.

Mais cette fois, les symptômes dépressifs étaient plus sévères, proches de la mélancolie. Le seul désir qu'elle ait pu formuler après plusieurs semaines d'hospitalisation a été ce souhait de tricoter. Plus précisément elle voulait poursuivre une écharpe restée chez elle dans des cartons depuis plusieurs années. Devant son désarroi et l'inquiétude du médecin par rapport à la grossesse qu'elle investissait négativement, j'ai fini par sortir les aiguilles et décidé de dépasser mes propres peurs.

Au fil des mailles que nous avons tissé ensemble, chacune avec notre lien au passé, Mme B. a transformé l'écharpe qu'elle se destinait en une couverture pour son bébé.

C'est ainsi que l'histoire du tricot a commencé dans mon atelier. Depuis, l'activité a évolué, a véritablement contaminé et enthousiasmé les uns et les autres, patients et soignants. En cherchant à comprendre ce phénomène inattendu j'ai découvert toute la richesse de ce médiateur ainsi que ses multiples indications en psychiatrie.

J'ai choisi ici d'en faire une présentation assez générale sans orientation conceptuelle déterminée afin que chaque ergothérapeute puisse se l'approprier quelle que soit son approche ou son lieu d'exercice.

J'aborderai dans un premier temps les différentes composantes du tricot puis j'utiliserai un exemple clinique pour illustrer l'un des nombreux intérêts de ce médiateur.

1. Les composantes du tricot

En ergothérapie notre démarche de prise en charge se veut holistique, elle prend en compte le patient dans son environnement, avec ses besoins, ses attentes et ses motivations.

Grâce à l'avancée des connaissances sur les maladies psychiatriques nous avons bien conscience maintenant que notre intervention en psychiatrie doit porter aussi bien sur les aspects psychiques que sur des aspects physiques ou cognitifs. C'est le cas en particulier au cours d'une hospitalisation où les symptômes sont encore très présents : troubles mnésiques, insomnies, agitation, baisse de concentration, désorganisation, humeur triste ou exaltée, sans oublier les effets secondaires induits par les traitements médicamenteux.

La diversité des composantes du tricot peut donc être intéressante dans de multiples situations cliniques telles que les troubles de l'humeur, les psychoses, les troubles de personnalité, les états pré-démenciels, les deuils pathologiques, etc.

Dans ma pratique en intra-hospitalier, j'utilise cette activité dans des prises en charge individuelles au sein d'un groupe ouvert, essentiellement parce que le fonctionnement du service ne permet pas la mise en place de groupes fermés, mais aussi parce que cela permet d'adapter davantage à la symptomatologie et aux attentes de chacun.

En effet certains patients parviendront à rester une après-midi à tricoter alors que d'autres ne le feront qu'une demi-heure par jour.

Certains auront besoin de ne le pratiquer qu'à l'atelier car ils ont encore besoin d'un guidage important tandis que d'autres pourront poursuivre dans leur chambre en dehors de ma présence.

Je mène donc des prises en charge individuelles limitées à 1 heure maximum et des prises en charge individualisées au sein de groupes ouverts. Dans ces groupes ouverts chaque patient peut utiliser un médiateur différent et travailler à son rythme.

Nous distinguerons cinq principales composantes : cognitives, comportementales, sensori-motrices, sociales et psychoaffectives.

1.1 La composante cognitive

Apprendre à tricoter a un coût cognitif très important pour la plupart des gens au niveau attentionnel, mnésique, et praxique.

Au niveau praxique, se familiariser avec un nouveau schéma moteur prend du temps, il nécessite une grande attention puisqu'il faut gérer plusieurs paramètres simultanément : tenir les deux aiguilles, tenir le fil en maintenant la bonne tension, piquer au bon endroit, faire glisser la maille suffisamment mais pas trop pour ne pas perdre les suivantes, et répéter ce geste avec régularité.

J'ai remarqué que cet aspect du tricot intriguait plus particulièrement les hommes. Leur motivation à vouloir tricoter tient souvent à cette démarche : « *je voudrais comprendre comment ça marche, comment c'est possible que ce geste produise une maille* ». J'ai d'ailleurs constaté que les hommes allaient rarement au-delà de cette étape de l'apprentissage de la technique, ils ne cherchent pas à produire une réalisation aboutie, mais plutôt à assouvir une curiosité.

Sur le plan attentionnel cette sollicitation est suffisamment importante pour ne pas permettre de penser en même temps à autre chose, l'attention est alors sélective, le tricoteur débutant doit faire abstraction de toutes les stimulations environnantes mais aussi de ses propres pensées (ruminations, délires).

Une fois la phase d'apprentissage dépassée, le geste est automatisé par le cerveau et l'attention qu'il requiert toujours malgré tout peut alors être une attention divisée, c'est ainsi que les « experts » peuvent tricoter et parler ou regarder la télévision en même temps.

Lors de la prise en charge d'une patiente en phase d'hypomanie j'ai pu constater une amélioration nette et plutôt inattendue à ce stade de sa capacité à se concentrer sur une seule tâche à la fois. Pendant l'apprentissage j'ai privilégié des séances courtes (30 minutes) en individuel. Une fois qu'elle a été plus à l'aise techniquement elle a intégré des temps de groupe ouvert au cours desquels elle était tellement

concentrée sur son tricot qu'elle ne réagissait plus aux stimulations autour d'elle. A cette étape elle était pourtant encore très stimulable dans le reste du service ou si elle choisissait une autre activité dans l'atelier. Ce constat nous a donc beaucoup intrigués au sein de l'équipe, les médecins et moi-même avons alors commencé à cibler davantage les indications du tricot même en phase maniaque. Nous reviendrons sur le cas de cette patiente, Mme L., dans la présentation clinique en seconde partie.

Sur le plan des apprentissages, le tricot sollicite différentes capacités mnésiques : mémoire de travail, mémoire des différents points, mémoire lexicale (le tricot a son propre langage, il implique de connaître un vocabulaire technique spécifique et de retenir chacune de ses abréviations). Il nécessite aussi parfois des calculs fastidieux avant et pendant la réalisation de l'ouvrage.

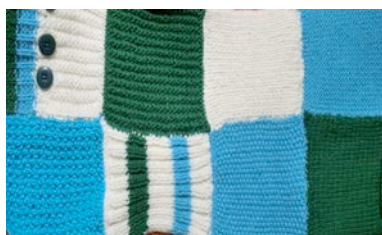
Il est donc peu recommandé de le proposer trop tôt à des patients déprimés qui pourraient alors être mis en échec.

La capacité de représentation mentale est également importante. Il s'agit de pouvoir transposer une explication écrite ou un diagramme en une réalisation concrète, relier la réalisation de chaque maille ou de chaque morceau tricoté à une représentation plus globale de l'ouvrage final espéré.

En hospitalisation cette capacité est peu sollicitée, les projets restant assez modestes, la réalisation la plus fréquente étant un début d'écharpe ou une pochette pour téléphone portable, donc un simple rectangle tricoté en seulement quelques séances.

Enfin, les fonctions exécutives sont bien évidemment présentes dans cette activité puisque la réalisation d'un tricot, même le plus simple, nécessite toujours une anticipation, une connaissance et un respect des étapes à suivre pour aboutir à son but, puis une évaluation en cours de travail et les réajustements correspondants.

Pour les patients souffrant de désorganisation, l'ergothérapeute doit compenser cette difficulté au début puis progressivement s'appuyer sur la réalité concrète de l'ouvrage pour aider le patient à faire un véritable travail cognitif. Cet entraînement peut avoir en retour un impact positif sur la symptomatologie.



2 - Complexité des points

S. GUTMAN, ergothérapeute (2007, p.71-85) a effectué une revue de littérature sur les bases neurologiques des effets des activités en général sur la santé.

Concernant le tricot il a relevé une activation simultanée de plusieurs lobes. Ainsi le lobe frontal est sollicité pour l'attention et la planification, le lobe pariétal pour les informations sensorielles et l'orientation spatiale, le lobe occipital pour le traitement des informations visuelles, le lobe temporal pour le stockage mnésique et l'interprétation du vocabulaire technique, et enfin le cervelet pour la coordination bimanuelle, la précision et la répétition régulière du mouvement.

Solliciter l'ensemble de ces régions du cerveau stimule les connexions neuronales et permet donc de maintenir la rapidité et l'efficacité dans le traitement des informations.

Rares sont les activités manuelles ou artistiques qui arrivent à stimuler simultanément autant de parties différentes du cerveau, c'est là un atout majeur du tricot.

De façon non exhaustive voici quelques autres applications possibles du tricot, en dehors de la psychiatrie classique, pour sa composante cognitive :

- Les troubles attentionnels et des apprentissages chez des enfants hyperactifs
- Les Syndromes de Stress Post Traumatiques : lors d'une activité coûteuse sur le plan cognitif les pensées répétitives sont temporairement bloquées ou suspendues car le cerveau ne peut pas traiter un trop grand nombre d'informations à la fois.

- Les démences : étude du Professeur Y. GEDA (2011, p. 149-154) sur 1321 personnes âgées dont 200 présentant une atteinte cognitive légère. Il a montré que les activités cognitivement stimulantes comme le tricot peuvent réduire de 30 à 50% le risque de développer des troubles cognitifs plus sévères.

1.2 La composante comportementale et le rapport au temps

Des sujets de recherche commencent à apparaître sur les similarités entre l'action du tricot sur le plan cérébral et celle de techniques telles que le yoga, la mindfulness, ou l'hypnose, des recherches qui n'en sont qu'à leurs débuts mais qui auront dans l'avenir un grand intérêt pour notre utilisation du tricot dans un cadre thérapeutique.

Selon le Dr BENSON (2013) la répétition d'un son ou d'un mouvement déclenche une « *réponse de relaxation* » qui tend à diminuer la fréquence cardiaque, la tension musculaire et à ralentir la respiration. Il compare cette réponse à celle produite par la pratique de la méditation.

Le tricot est déjà utilisé dans la prise en charge de nombreuses pathologies liées au stress (asthme, insomnies, troubles anxieux, etc.)

Dans le traitement de l'anxiété, très présente dans les pathologies psychiatriques, l'occupation permet de lutter contre l'angoisse de l'ennui, de l'insatisfaction, tout en apprenant à lâcher prise dans une activité relaxante et calme. Les mouvements répétitifs des aiguilles activent le système parasympathique et procurent alors une sensation d'apaisement.

En tabacologie, le geste du tricot est utilisé pour en « casser » un autre, celui de la prise de cigarette. Le tricot crée un nouveau conditionnement et inscrit la main dans un autre réflexe que celui de tenir une cigarette. Le tricot étant facilement transportable et utilisable dans beaucoup d'endroits, il peut être gardé à proximité comme l'aurait été le paquet de cigarettes.

Au cours d'une hospitalisation, l'arrêt ou la diminution de la consommation de tabac est parfois imposé par la consigne de ne pas sortir du service. L'activité de tricot peut alors contribuer à rendre cette situation plus supportable en aidant le patient à moins penser à son envie de fumer.

Le tricot est également applicable dans le traitement des addictologies mais aussi pour les troubles alimentaires compulsifs (anorexie, boulimie). Par sa lenteur et la durée de réalisation d'un ouvrage le tricot peut permettre de travailler progressivement sur l'impulsivité de ces comportements. Chez les patients présentant une personnalité état-limite, le tricot peut devenir un bon support de travail pour la gestion des émotions et des troubles du comportement.

Dans son rapport au temps, le tricot oblige à ralentir, à « prendre le temps » pour bien faire. Le tricot crée l'attente, le désir et donc en même temps la frustration de ne pas atteindre un résultat immédiat, il s'inscrit dans un temps à venir.

Ainsi le témoignage des patients montre à quel point l'activité tricot a pour effet de suspendre le temps, actuellement trop souvent envahi par l'immédiateté des technologies modernes : « *quand je tricote je ne vois pas les heures passer, je perds la notion du temps...* ».

En parallèle il nous réinscrit dans une continuité temporelle, celle du lien entre l'action présente et son résultat futur. Dès les premières mailles, le tricoteur se projette : « *je sais déjà à qui je vais l'offrir* »... « *je pourrai le porter quand il fera froid, l'hiver prochain* »... « *mes amies ne vont pas en revenir quand je leur dirai* » !

Comme l'a décrit BINSWANGER (1960) le rapport au temps est perturbé dans les troubles de l'humeur. Ce travail avec le tricot peut donc aider le patient à se recentrer sur son présent.

1.3 La composante sensori-motrice

Le tricot a pour particularité de solliciter tous nos sens. Qui n'a pas été tenté d'enfourer ses mains face à un panier de pelotes de toutes les couleurs ?

Le plaisir des sens se décline à toutes les étapes du tricot : voir toutes ces couleurs, toucher les différentes textures ou épaisseurs de laines, plus ou moins douces, plus ou moins fantaisies, associées à une agréable sensation de chaleur.

Or nous savons à quel point ces plaisirs sensoriels sont essentiels à stimuler dès les débuts de la prise en charge des épisodes dépressifs.

Le bruit et le contact des aiguilles a également son importance : le choix d'aiguilles en métal, en bambou ou en plastique léger et coloré est très personnel et pas seulement pour des raisons techniques, il s'agit plus souvent d'une question de sensibilité. Le métal est froid, le bambou est léger et naturel, le plastique peut être vivement coloré et donc plus stimulant.

Avec le tricot on peut aussi « jouer et créer », associer les couleurs comme un patchwork, mélanger plusieurs laines d'épaisseurs différentes. Toutes les associations visuelles et tactiles sont possibles.



3 - *Le plaisir des couleurs*

Le plaisir sensoriel du tricot tient parfois aussi à l'environnement choisi pour réaliser cette activité. La plupart des tricoteurs auront tendance à s'aménager un coin privilégié où la lumière, le confort de l'assise et l'ambiance sonore seront personnalisés. Dans mon service les patients relatent une grande difficulté à tricoter en dehors de l'atelier, la salle télévision étant trop sombre et le salon au milieu du couloir trop bruyant. Dans quelques situations bien précises, des patients ont été autorisés à tricoter dans leur chambre, seul lieu où ils retrouvaient une ambiance propice à la détente.

A travers la composante sensorielle nous pouvons comprendre la recherche de liens entre cette activité et la technique de méditation pleine conscience, qui est justement centrée sur l'ici et maintenant dans la perception sensorielle immédiate. Ce type de technique apprend à développer notre sensibilité à l'environnement présent en activant nos différents sens (Kabat-Zinn, 2014).

Sur le plan moteur également le tricot rejoint les méthodes de relaxation puisqu'il est conseillé d'être installé confortablement. L'axe de la colonne doit être droit pour une meilleure coordination bimanuelle, et les muscles les plus relâchés possibles pour limiter les courbatures au niveau des épaules et de la nuque. En phase d'apprentissage ces tensions musculaires sont fréquentes.

Concernant les tremblements et gestes involontaires, j'ai pu constater chez des patients sous traitements neuroleptiques une diminution de l'amplitude du tremblement lors de l'activité. Cela peut être dû au geste de préhension qui réduit les tremblements de repos, mais aussi à la posture du reste du corps ainsi qu'à la recherche de précision. L'effet apaisant voire anxiolytique du tricot a sans doute également son impact sur une part du tremblement.

En rééducation cette activité peut être très intéressante dans la récupération des troubles de la sensibilité cependant elle doit être utilisée avec précaution, certaines atteintes étant incompatibles avec les sollicitations motrices du tricot (pathologies de l'épaule ou polyarthrites par exemple).

1.4 La composante sociale

Cette composante est également surprenante car elle illustre l'évolution du tricot vers une activité finalement moderne et innovante. Ainsi, la mode du « *Do It Yourself* » (DIY) est en plein essor et le tricot y trouve pleinement sa place.

La recherche de plaisir et d'autosatisfaction à réaliser des choses seul, de ses propres mains, est une tendance très actuelle. Au niveau vestimentaire notamment la couture et le tricot reviennent en force, mais aussi dans la décoration. C'est la marque d'une différenciation, un moyen d'affirmer sa singularité et son identité en personnalisant ses vêtements et accessoires.

Le champ est alors laissé libre pour la créativité et l'originalité. Le tricot devient un moyen d'expression ou d'affirmation. Cela se traduit par le choix de réalisations plus modernes : pochette de téléphone portable, cache-pot, protège-mug, bandeau, décoration de poignées de portes plutôt que les traditionnels chaussons pour bébé.

Grâce à cette nouvelle tendance, le tricot constitue un support de lien dans la communauté avec le développement des clubs, cafés-tricot, journée mondiale du tricot, blogs internet et autres forums. Les conseils et échanges de modèles se multiplient, une solidarité se tricote...

Ces liens permettent pour beaucoup de rompre une situation d'isolement mais aussi de se sentir utile comme dans les opérations tricot d'ordre caritatif.

Plusieurs de mes patientes ont ainsi eu l'envie de s'inscrire après leur sortie de l'hôpital dans des clubs de tricot, essentiellement dans des maisons de quartier soit pour être aidée soit pour transmettre elles-mêmes à d'autres personnes leur savoir-faire, après avoir repris confiance en elles à l'atelier d'ergothérapie.



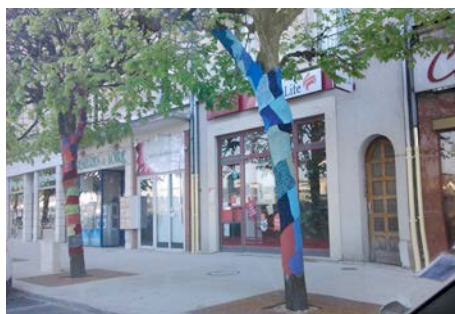
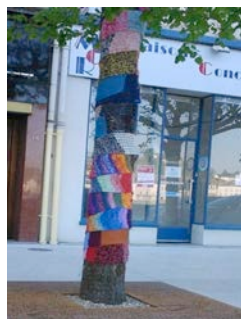
4 - Exemples de réalisations originales

D'autres actions autour du tricot sont davantage tournées vers la cité : c'est le Yarn Bombing ou « tricot-graffiti » né aux USA mais qui commence à se développer en France (Moore et Pain, 2009).

Cet art va permettre de changer l'image ancestrale du tricot qui serait réservé aux personnes âgées installées devant leur cheminée.

Le yarn bombing, encore appelé « tricot urbain », consiste à faire du graffiti avec des pièces tricotées. Il investit la rue en recouvrant du mobilier urbain comme les bancs, les arbres, les entrées de métro.

Il s'agit souvent d'une pratique collective inscrite dans un contexte culturel avec l'accord d'une municipalité.



5 - Opération « En avril ne te découvre pas d'un fil », Avril 2015, Blois (41)

Cette pratique apporte donc une valorisation sociale importante pour ceux qui y contribuent. Nous pourrions imaginer la participation à ce genre d'évènement culturel pour les prises en charge en hôpital de jour ou CATTP puisqu'ils créent une ouverture sur l'extérieur.

1.5 La composante psychoaffective

Abordons à présent la composante pour laquelle j'ai reçu le plus de témoignages de la part des ergothérapeutes que j'ai interrogées, celle qui intrigue et questionne peut-être le plus.

Elle se décline à plusieurs niveaux : dans le tissage de liens d'une part, et dans la valorisation et l'estime de soi d'autre part. Le *tissage du lien* à travers le tricot mériterait à lui seul tout un ouvrage, illustré de nombreux exemples rencontrés aussi bien dans le cadre professionnel que personnel.

Derrière le tricot se cache souvent un lien à l'enfance, à sa propre biographie mais aussi à celle de sa famille, c'est le souvenir d'une mère ou d'une grand-mère qui tricotait avec nous ou pour nous. Le lien transgénérationnel tissé par le tricot est donc très fréquent.

Sur le terrain j'ai souvent constaté une même émotion à l'évocation de ce souvenir, y compris chez les hommes, plus nombreux qu'on ne le pense, à avoir appris auprès de leur grand-mère. L'activité démarre alors avec la motivation de revivre cette expérience d'un passé heureux, ou bien l'envie d'apprendre pour créer un nouveau lien avec la figure d'attachement associée au tricot.

Le lien transgénérationnel se tisse aussi avec la génération à venir : la mère qui veut apprendre à tricoter pour pouvoir offrir à son enfant une première protection corporelle douce et chaleureuse, ou tout simplement pour répéter ce qu'elle a elle-même reçu de sa mère et s'identifier à elle. Par exemple une patiente me disait avant de commencer son ouvrage : « *je ne pourrai pas devenir une bonne mère si je ne sais pas tricoter, je dois absolument apprendre car une mère sait forcément tricoter !* ». Nous voyons bien ici la force de la représentation psychique associée au tricot.

Nous pouvons parler d'un lien transitionnel rassurant qui peut se créer avant même la naissance. C'est parfois le médiateur grâce auquel la future mère va commencer à se représenter physiquement son enfant, sa taille, sa fragilité, son besoin de douceur.

Un autre lien qui va se tisser dans le cadre de l'atelier thérapeutique est celui du lien au thérapeute. Compte tenu de toute la symbolique maternelle associée à cette activité, il n'est pas rare que la relation inconsciente prenne une composante maternante plus développée qu'avec d'autres supports. Il faudra bien sûr y être vigilant mais c'est parfois une étape importante dans la rencontre et la mise en place d'un premier lien de confiance.

Comme une « *bonne mère* » au sens où l'entend WINNICOTT (1970), l'ergothérapeute veille à d'abord rassurer son patient dans la phase d'apprentissage, à l'accompagner et l'encourager malgré les difficultés. A cette étape tout l'art du thérapeute consiste à dédramatiser les erreurs et éventuellement les réparer pour que le patient fasse l'expérience de la permanence du lien à travers la laine : une maille perdue peut faire craindre une perte plus importante, un anéantissement de tout le travail fourni auparavant. Montrer au patient que cette maille perdue peut être à nouveau reliée aux autres après coup est une expérience symbolique constructive. Cette étape demande donc une grande vigilance et une attitude bienveillante qui va permettre au patient d'avancer pas à pas, maille après maille, dans son ouvrage à la fois matériel et psychique.

Dans un second temps le thérapeute devra prendre de la distance, moins intervenir sur le tricot lui-même mais plus par la parole et le guidage pour que ce soit le patient lui-même qui devienne acteur et donc responsable de sa réalisation. En lui donnant les moyens d'être autonome techniquement, le thérapeute permet au patient de développer un sentiment de fierté.

Il s'agit ici de travailler l'estime de soi, la valorisation souvent absente chez nos patients. Face à son premier ouvrage, le tricoteur est souvent saisi d'étonnement. Il va alors solliciter l'avis des autres y compris hors de l'atelier. Cette réaction est moins fréquente avec des activités comme la peinture ou la terre.

Il est également surprenant de constater l'attachement du tricoteur à son premier tricot pourtant bien souvent émaillé de trous. L'erreur devient même une fierté, une plus-value : « *il est moche mais c'est pas grave, je l'aime bien comme ça et puis ça montre que c'est bien moi qui l'ai fait de mes propres mains* », « *c'est un modèle unique, personne n'aura le même* ».

Le premier tricot est rarement offert, il reste le souvenir concret d'une expérience agréable, d'un lien qui s'est tissé ou re-tissé.

Plus tard, avec plus d'expertise, le tricoteur aura au contraire une grande satisfaction à offrir ses réalisations aux personnes de son entourage. Représentant un travail de longue haleine, un tricot offert est la marque d'un attachement important à celui pour qui il est réalisé. Il ne s'offre pas aussi facilement qu'un mandala ou un bracelet de perles. Il devient un véritable message affectif adressé à l'autre.

Le développement de l'estime de soi au travers de cette activité repose également sur le fait qu'elle implique un véritable engagement dans le temps, une persévérance pour aller jusqu'au bout en dépit des difficultés. Le résultat de cet engagement, reconnaissable aux yeux des autres, a un impact thérapeutique très fort.

Illustrons à présent ce processus à l'œuvre dans le tricot à travers l'histoire de Mme L.

2. Illustration clinique : Mme L. ou l'histoire d'une maturation de *fil en aiguille*...

Mme L. est une patiente de 35 ans pour qui le diagnostic de schizophrénie dysthymique avec des traits de personnalité limite a été posé. D'origine haïtienne, elle a été adoptée et est arrivée en France à l'âge de 4 ans. La question de ses origines est une thématique récurrente dans ses propos, exacerbée dans les phases d'épisode maniaque où elle devient délirante.

Les relations avec ses parents adoptifs sont complexes, dans un contexte passé de consommation d'alcool et de drogues chez le père, et un contexte actuel de problèmes somatiques chez le père, et début de démence chez la mère qui s'est finalement suicidée il y a un an.

Mme L. présente une problématique abandonnique et identitaire importante en lien avec son histoire d'adoption mais aussi avec ses difficultés scolaires. Elle décrit s'être souvent sentie « *à l'écart, pas comme les autres* ».

Mme L. est mère d'un petit garçon de 2 ans qui a été placé en pouponnière peu après la naissance. Elle a très peu de contacts avec lui, globalement elle semble peu l'investir. Le père de cet enfant est atteint de schizophrénie et a des consommations importantes de toxiques et d'alcool entraînant des comportements parfois violents.

Pendant longtemps, Mme L. a connu un parcours très chaotique au niveau social : refus de la famille de la prendre à domicile, foyer, hôtel social, sans domicile fixe, unité de soins et de réinsertion. Il y a cinq ans elle a été capable d'occuper un emploi dans un fast-food, d'avoir un appartement et de gérer seule son budget. Mais juste avant cette hospitalisation-ci elle vivait à nouveau dans une grande précarité : sans domicile fixe et sans emploi, consommant toxiques et alcool, elle a été interpellée par la police alors qu'elle avait volé dans un supermarché. Face à ses propos incohérents elle a alors été hospitalisée dans notre service.

Dans les premiers temps de l'hospitalisation, Mme L. présentait un tableau où les symptômes maniaques et délirants étaient très importants. La thématique autour de ses origines, de ses papiers d'identité et de sa couleur de peau était très développée mais elle tenait également des propos délirants sur son fils. Ayant accouché par césarienne sous anesthésie générale elle mettait en doute le fait qu'il s'agisse bien de son fils « *d'autant qu'il a les cheveux lisses, c'est quand même bien un peu louche ça, non ? On me raconte des histoires je le sais bien !* » Il faut préciser ici que Mme L. avait été hospitalisée dans ce même service pendant ses derniers mois de grossesse et qu'elle présentait alors un déni qui pouvait fluctuer selon les jours : « *je ne sais pas ce qu'ils me donnent à manger dans cet hôpital mais je me sens ballonnée, regardez le bide que j'ai, c'est affolant de faire grossir les gens à ce point, ils ne se rendent pas compte !* »

Par le passé Mme L. avait bénéficié d'une prise en charge en ergothérapie qui s'était bien déroulée, lui ayant apporté un certain apaisement dans des phases d'excitation. La patiente en avait gardé un très bon souvenir et a été rapidement demandeuse de pouvoir à nouveau y participer.

Nous avons donc commencé par des séances de 30 minutes, comme je l'ai décrit dans la première partie sur les composantes cognitives du tricot.

Sur les activités de coloriage et de bracelet brésilien Mme L. restait encore très dispersée, multipliant les envies, les projets, continuant à exprimer ses idées délirantes tout en travaillant de façon assez désorganisée.

Un jour, attirée par le panier débordant de pelotes de laines, elle a demandé à apprendre à tricoter. Compte tenu de son état clinique à ce stade j'étais très réticente. De plus, Mme L. a depuis toujours une tendance à se dévaloriser, à reproduire un schéma d'échec en pensant que « *de toute façon je l'ai bien compris que le bon Dieu ne m'aime pas, vous voyez bien il m'a faite avec deux mains gauches, je suis débile et handicapée, je n'arrive jamais à rien, d'ailleurs il ne m'arrive que des malheurs dans ma vie, ça ne changera pas* ».

J'ai donc d'abord tout tenté pour l'éloigner du tricot car je ne pensais pas qu'elle puisse se concentrer suffisamment pour aboutir à une expérience réussie et valorisante. Jusqu'à ce qu'elle me raconte son histoire avec le tricot, son tissage à elle...

Les yeux brillants et le sourire jusqu'aux oreilles, elle m'a raconté que sa mère adoptive avait essayé de lui apprendre quand elle était petite, « *je me souviens très bien, elle avait de belles aiguilles vertes en plastique très colorées, j'aimais bien mais j'étais trop nulle et je n'en faisais qu'à ma tête, la pauvre elle a eu du travail avec moi...* » Cette mère adoptive étant décédée un an plus tôt, Mme L. avait à cœur de renouer avec ce souvenir et de réapprendre « *parce qu'elle serait fière de moi* ».

Mme L. a fourni un effort cognitif considérable dans les premières séances d'apprentissage. Après seulement une demi heure elle repartait épuisée, mais visiblement sereine.

Progressivement ses idées délirantes sur ses origines et sur son fils ont laissé place à des souvenirs de son enfance bien ancrés dans la réalité, assortis de moments de tristesse qui contrastaient alors beaucoup avec le comportement exalté qu'elle présentait encore dans le service. Les séances d'ergothérapie constituaient véritablement un temps et un lieu bien à part, un véritable « *espace potentiel* » (WINNICOTT, 1975).

Je propose toujours aux patients non initiés de commencer par apprendre sur un « brouillon » pour s'autoriser plus facilement des erreurs, avant d'envisager un projet précis et de choisir un type de laine. Mais Mme L. s'est immédiatement attachée à son brouillon, avec tous ses défauts, et l'a poursuivi jusqu'à en faire une trousse à maquillage. Elle souhaitait vraiment se faire plaisir en s'offrant ce premier ouvrage.

Toute l'équipe et même les autres patients n'ont pu que la féliciter de son travail, pourtant difficilement reconnaissable il faut l'admettre, tant la fierté était lisible sur son visage et dans ses propos. Pour une fois elle avait enfin une représentation positive d'elle-même et j'espérais qu'elle puisse s'appuyer sur cette expérience pour reprendre confiance en elle dans d'autres domaines.

Par la suite elle a voulu réaliser une écharpe, toujours pour elle. Alors qu'avec les coloriations et les bracelets brésiliens elle était plutôt généreuse et les destinait toujours à être offerts, ses projets de tricot étaient exclusivement pour elle. Au fil des séances son ouvrage a quand même oscillé entre « *une écharpe pour moi pour que j'aie bien chaud l'hiver prochain si jamais je suis encore à la rue* » et « *ça pourrait aussi être une couverture pour mon fils, je lui donnerai pour qu'il sache que même si je ne m'occupe pas de lui sa maman l'aime, il saura que je pense à lui* ». Le tissage d'un lien entre elle et sa mère adoptive lui a laissé entrevoir la possibilité du tricotage d'un autre lien, avec son fils cette fois. Mais ce lien est resté fragile et fluctuant, l'objectif annoncé revenant plus souvent à une écharpe pour elle.

Concernant l'apprentissage de la technique, Mme L. a eu comme particularité le besoin d'avancer le plus possible par elle-même. Une fois les premières bases acquises, elle tolérait très peu que j'intervienne sur son tricot, je devais seulement soit lui expliquer verbalement soit lui montrer « *mais juste une fois et après c'est moi qui le fais* ». Ce tricot semblait presque être le prolongement d'elle-même. Tout le travail de reprise de confiance en elle impliquait un respect de son envie de progresser de façon autonome. Laisser quelqu'un agir à sa place sur son tricot lui renvoyait aussitôt son image « *d'incompétente, débile et bonne à rien... c'est comme me disait ma mère, elle avait bien raison !* »

Comme je l'écrivais précédemment, le tricot peut parfois entraîner l'ergothérapeute dans une relation transférentielle de maternage avec son patient. Avec Mme L. j'ai eu le sentiment pour le moins déroutant de voir grandir l'enfant qui était en elle, à qui j'avais transmis ce que je pouvais avant de la laisser voler de ses propres ailes. Après chacune de mes absences elle m'attendait avec impatience, tricot à la main, pour me dire « *Hé regardez ! Regardez ce que j'ai réussi à faire toute seule pendant que vous n'étiez pas là, je suis drôlement fière de moi !* ». Tout en s'autonomisant dans la technique elle continuait à rechercher ce regard approbateur et encourageant. Il me semble qu'à travers ma reconnaissance de son travail accompli, c'est surtout la reconnaissance de son existence à travers ses capacités, l'existence de notre lien tricoté, qu'elle venait vérifier. Pour aller de l'avant elle avait besoin que quelqu'un croit en ses capacités avant de pouvoir en prendre conscience elle-même.

Concernant l'évolution de sa symptomatologie, j'ai été frappée chez cette patiente par l'impact direct de son état clinique sur son tricot. Cet état était caractérisé par de fortes fluctuations et son tricot pouvait retracer à lui seul les étapes de son hospitalisation. Il était le baromètre de son humeur, de sa désorganisation ou au contraire de sa stabilisation.

Quand la sortie a été envisagée, nous avons travaillé sur le devenir de cet ouvrage, sur la continuité possible de ce lien tricoté maille à maille depuis des mois. Mme L. a alors recherché des maisons de quartier qui proposent cette activité et a demandé au médecin une permission de sortie au motif d'aller acheter ses propres aiguilles et de la laine. Mme L. travaillait en effet sur des aiguilles de l'atelier, « *en plastique vert comme celles de sa mère* ». Le transfert de son tricot sur des aiguilles en bambou permettait de préparer aussi symboliquement le transfert de l'atelier d'ergothérapie vers les maisons de quartier, vers l'extérieur de l'hôpital. La transition a malheureusement échoué, pour les aiguilles comme pour la sortie...

Mme L. n'arrivait pas à se familiariser avec ses aiguilles en bambou, elle perdait de plus en plus de mailles. La sortie approchant, devant le risque d'un retour à son schéma d'échec et après un si long travail, j'ai préféré lui proposer d'échanger nos aiguilles. Elle a aussitôt été rassurée et émue de me dire « *en plus comme ça je penserai à vous et à ma mère les prochaines fois où je tricoterai* ».

Après l'échec de sa demande d'admission en maison hospitalière, il ne restait à Mme L. que la perspective d'intégrer un hôtel social à sa sortie. L'ensemble de l'équipe s'était donné beaucoup de mal pour trouver un projet d'hébergement plus thérapeutique, mais pour finalement aboutir à ce que la patiente présentait depuis le début.

Au cours d'une dernière permission, elle est retournée chez son ancien compagnon, a consommé des toxiques et n'est pas rentrée à l'hôpital. Quelques jours plus tard elle est passée récupérer ses affaires... et son tricot. Mais nous n'avons pas eu le temps de rabattre ensemble les mailles pour terminer concrètement et symboliquement cet ouvrage.

Nous voyons bien à travers cet exemple la particularité qu'a eu ici le tricot de pouvoir nous faire tricoter du lien maille à maille dans un espace transitionnel rassurant, avec une patiente pourtant impulsive, marquée par un vécu abandonnique et une forte sensibilité au rejet avec des difficultés à s'inscrire dans des projets durables.

Cette présentation plutôt psychodynamique ne retire rien à une possible analyse centrée sur les symptômes qui soulignerait l'impact du tricot sur les aspects thymiques, comportementaux et cognitifs de la patiente. En ce sens le tricot peut apporter beaucoup à nos prises en charge. Dans mon service, toute l'équipe en a été témoin pour différents patients, chacun a pu en avoir sa propre lecture, et aujourd'hui les médecins n'hésitent plus à prescrire la *tricot-thérapie* !

CONCLUSION

En dépit des nombreux préjugés encore associés au tricot et aux craintes de ne pas réussir ou de ne pas avoir assez de patience, il semblerait que ce médiateur puisse redevenir une activité incontournable dans nos ateliers thérapeutiques mais d'une façon nouvelle et loin des clichés de chronicité laissés par nos prédécesseurs.

Comme nous l'avons vu ses applications peuvent être multiples et donc adaptables à la diversité des pathologies rencontrées en psychiatrie que ce soit en intra ou en extra-hospitalier.

En connaître plus précisément les différentes composantes permettra, je l'espère, à chacun de mieux l'utiliser en l'ajustant à chaque situation car comme pour beaucoup d'autres activités il existe de nombreuses façons de mettre en pratique le tricot dans un service.

Rappelons enfin qu'en ergothérapie le processus de l'activité importe plus que son résultat et que le cadre thérapeutique dans lequel l'activité se déroule doit être bien pensé en amont. Ainsi ce n'est pas le tricot à lui seul qui « soigne » mais bien l'ensemble de la démarche de prise en charge dans laquelle l'utilisation de ce médiateur s'inscrit.

Bibliographie :

- BARNIER A., *Collectif France Tricot*, collection Opus délits, éditions Critères, octobre 2009, 60 p.
- BARRON C., *The creativity cure: how to build happiness with your own two hands*, éditions Scribner, august 6, 2013, 320 p.
- BLACKADAR K., *More than a craft : OT student research on knitting demonstrates therapeutic benefits for the chronically ill*, Capstone conference, august 28 (2014), Faculty of medicine university, British Columbia

- BENSON Herbert, *The relaxation response*, édition Crown publications, décembre 1993, 222 p.
- BINSWANGER L., *Mélancolie et manie : études phénoménologiques*, éditions Puf., Paris, 2002 (1^e édition 1960), 136 p.
- CAIRE J-M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie, entre concepts et réalités*, éditions Solal, 2008, 252 p.
- CHOUVIER B., *Les processus psychiques de la médiation*, éditions Dunod, 2012, 296 p.
- CORKHILL Betsan, *Knitt for health and wellness*, 2014, edition Flat bear publishing, 190 p.
- DUCLOS G., *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, éditions de l'hôpital sainte justine, Montréal, 2004, 247 p.
- GEDA Yonas, et al., *Engaging in cognitive activities, aging, and mild cognitive impairment : a population-based study*, in *Journal of Neuropsychiatry*, 2011, 23 (2), p. 149-154
- GROSSMAN P., NIEMANN L., SCHMIDT S., WALACH H., *Mindfulness based stress reduction and health benefits. A meta analysis*, in *Journal of psychosomatic research*, vol 57, issue 1, july 2004, p. 35-43
- KABAT-ZINN Jon, *L'éveil des sens*, Edition Les arènes, 2014, 544 p.
- LEMAY M., *J'ai mal à ma mère*, éditions Fleurus, Paris, 1993, 376 p.
- LEWIS P., *Why knitting and yoga are perfect bedfellow*, in *The Guardian*, 16 mai 2013
- MARCELLI D., *Enfance et psychopathologie*, éditions Masson, Paris, 1999, 628 p.
- MENARD M., *L'utilisation de la médiation comme espace thérapeutique en ergothérapie*, dans *Expériences en ergothérapie* numéro 15, chez Sauramps Medical, 2002
- MINKOWSKI E., *Le temps vécu*, éditions Puf, Paris, 1933, 432 p.
- MOORE M. et PAIN L., *Yarn bombing, the art of crochet and knit graffiti*, editions Arsenal pulp press, 2009, 231 p.
- MOREL-BRACQ M-C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, éditions Solal, collection ergOTHérapies, Marseille, 2009, 174 p.
- PIBAROT I., *Dynamique de l'ergothérapie*, dans *Journal d'ergothérapie*, numéro 26, 1978
- PIBAROT I., *Activité thérapeutique et ergothérapie*, dans *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*, Coordonné par HERNANDEZ H., éditions Solal, 2007, 236 p., p. 13-22
- RILEY J., CORKHILL B., MORRIS C., *The benefits of knitting for personal and social wellbeing in adulthood : findings from an international survey*, in *British Journal of Occupational Therapy*, numero 76, p. 50-57, Février 2013
- SCHINDLER Victoria et GUTMAN Sharon, *The neurological basis of occupation*, in *Occupational Therapy International*, Vol.14, p. 71-85, June 2007
- SCHWARTZ E., *Knitting and intellectual development*, [internet]. Version 1. millennialchild. 2009
- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, éditions Gallimard, Paris, 1997 (1^e édition 1975), 276 p.
- WINNICOTT D.W., *Les processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Editions Payot, Paris, 1989 (1970 1^e édition), 259 p.