



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

A.D.E.R.E : Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie – 52 rue Vitruve 75020 PARIS

L'adhésion au suivi ergothérapique des patients présentant un syndrome de Korsakoff

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

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame COURCIER Céline

CABANAT Emeline

Session Juin 2017

« 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 souhaite remercier Céline Courcier, de m'avoir guidée durant toute la rédaction de ce travail de mémoire d'initiation à la recherche.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ADERE pour leur accompagnement durant ces trois années de formation.

Je remercie les ergothérapeutes interrogés pour leur transmission de leur pratique professionnelle et le temps qu'ils m'ont accordé.

Enfin, merci à tous mes proches, pour leur soutien sans faille et notamment à mon oncle pour ses précieux conseils et relectures.

Table des matières

Introduction	1
Cadre conceptuel	3
I. Syndrome de Korsakoff.....	3
1. Pathologie	3
a. Caractéristiques cliniques.....	3
b. Caractéristiques sociales	4
c. Caractéristiques neuropsychologiques.....	5
d. Caractéristiques psychologiques	6
2. Alcool et santé.....	8
a. Définition	8
b. Causes	9
c. Conséquences	11
d. Problème de santé publique.....	13
3. Dépendance et sevrage	15
a. Dépendance	15
b. Sevrage.....	17
II. La parcours de soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff	19
1. Types de suivis thérapeutiques	19
2. Les intervenants du parcours de soins et leurs actions	21
3. Suivi en ergothérapie des patients alcoolodépendants	24
III. Adhésion au suivi thérapeutique et ergothérapie.....	28
1. Adhésion thérapeutique	28
2. Motivation aux soins	29
3. Relation thérapeutique en ergothérapie	31
a. Le cadre thérapeutique	31
b. La relation thérapeutique.....	32
c. La relation médiatisée	34
Hypothèse	35
Cadre exploratoire	36
I. Méthodologie d'enquête	36
1. Le choix et la taille de l'échantillon de la population ciblée	36
2. La pertinence de l'outil d'enquête.....	36
II. Le guide d'entretien.....	37

III.	Restitution et analyse des résultats obtenus	39
1.	Thème A : Les structures.....	39
2.	Thème B : Syndrome de Korsakoff.....	39
3.	Thème C : Adhésion au suivi thérapeutique	43
4.	Thème D : Suivi ergothérapeutique	45
5.	Thème E : Médiation thérapeutique	47
6.	Thème F : Ouverture	49
	Discussion	50
I.	Vérification de l'hypothèse.....	50
II.	Axes de réflexion supplémentaires	53
III.	Les limites	55
1.	La méthodologie d'enquête	55
2.	Le mémoire d'initiation à la recherche.....	56
	Conclusion.....	57
	Bibliographie	59
	Ouvrage	59
	Articles	60
	Sites internet	61
	Annexes	I
	Annexe 1 : Retranscription d'un entretien	I

Introduction

Depuis de nombreuses années, l'alcool est un problème de santé publique. Consommer de l'alcool, n'est pas un acte anodin. En effet, des répercussions se font ressentir sur les populations du monde entier. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), a estimé le 25 février 2016 que l'alcool était la « *deuxième cause de mortalité évitable après le tabac* » (INPES 2016). De plus, l'organisation mondiale de la santé (OMS), a déclaré en janvier 2015 que « *l'usage nocif de l'alcool entraîne dans le monde 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9% des décès* » (OMS 2015). Ainsi, on relève que chaque année en France, « *la consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès* » (INPES 2016).

Hormis la problématique de l'addiction et de la dépendance, d'autres risques ont été remarqués. L'INPES a mentionné que la consommation d'alcool était « *responsable de traumatismes, de troubles mentaux et comportementaux, de troubles gastro-intestinaux, de cancers, de pathologies cardiovasculaires, de troubles immunologiques, de pathologies du squelette, de troubles de la reproduction et d'embryofoetopathies alcooliques* » (INPES 2008).

Au cours de mes différentes expériences de stage, dans différents environnements, j'ai pu rencontrer des patients illustrant une des conséquences possibles d'une consommation abusive d'alcool, à travers par exemple le Syndrome de Korsakoff.

Ce syndrome m'a interpellée car je l'ai retrouvée dans des structures différentes. A priori, cette population ne disposait pas de structures spécifiques. De plus, en fonction de l'institution, elle était appréhendée de manière assez différente. Il y a peu d'écrits et de solutions spécialement consacrés aux patients Korsakoff. Ces patients, présentent principalement des troubles neurologiques et plus particulièrement des troubles mnésiques. Pour pallier à ce syndrome amnésique, nous disposons de moyens, pouvant être appelés des prothèses mnésiques. Toutefois, dans la réalité, l'utilisation de ces moyens était complexe car leur mémoire était peu efficiente d'un jour à l'autre, c'est-à-dire par exemple, qu'ils pouvaient ne plus se rappeler de l'utilisation de ces aides ou bien même en oublier l'existence.

Aussi, ils n'exprimaient pas d'envie particulière. L'appropriation des solutions proposées pouvait alors se complexifier car la demande initiale ne provenait pas d'eux, car la majorité de ces patients présentent également une anosognosie ou un déni de leurs troubles.

Les difficultés mnésiques impliquaient également une perte réelle de repères au quotidien. A savoir, une non ou faible reconnaissance physique des professionnels de santé qui intervenaient auprès d'eux et un manque de compréhension de leur parcours de soins dû à un enchaînement institutionnel. De plus, il ne faut pas oublier que la cause principale de ce syndrome étant une consommation excessive d'alcool, le contexte environnemental (familial et social) est souvent compliqué avec des pathologies liées à l'alcool.

Si nous prenons en compte ces constats, il apparaît qu'un accompagnement ergothérapeutique puisse être adapté auprès des patients présentant un syndrome de Korsakoff. Cependant, les solutions que l'ergothérapeute apporte ne peuvent être imposées aux patients car l'accompagnement se fait conjointement entre le thérapeute et son patient.

C'est à partir de ces réflexions que j'ai pu formuler ma question de recherche.

Comment le suivi ergothérapeutique peut-il avoir une incidence sur l'adhésion au suivi thérapeutique d'un patient présentant un syndrome de Korsakoff avec des troubles tels que l'anosognosie ou le déni ?

Pour tenter de répondre à cette problématique j'utiliserai le plan suivant.

Dans un premier temps, nous présenterons une partie sur le syndrome de Korsakoff. Puis, dans un second temps, nous aborderons le suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff. Enfin, dans un troisième temps, nous aborderons la question de l'adhésion au suivi thérapeutique et de l'ergothérapie.

Suite à cette phase conceptuelle découlera une hypothèse, qui sera validée ou réfutée grâce à une phase exploratoire. Cela s'achèvera par une partie de discussion, où les apports théoriques et les conclusions de la phase exploratoire seront confrontés.

Cadre conceptuel

I. Syndrome de Korsakoff

1. Pathologie

a. Caractéristiques cliniques

« Le psychiatre Russe Sergueï Korsakoff a observé le premier cas de « névrite multiple » en 1889 ». (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 85). Le terme de « névrite multiple » désigne sous une appellation différente le syndrome de Korsakoff.

Le syndrome de Korsakoff admet comme « *étiologie principale [...] une consommation excessive d'alcool associée à une carence en thiamine¹* » (Le Berre, A-P., Eustache, F., Beaunieux, H., 2009 316). Plus précisément, « *ce syndrome amnésique est caractérisé par des atteintes des structures diencéphaliques touchant notamment les corps mamillaires et les noyaux dorso-médians du thalamus ainsi que par une atrophie frontale* » (Le Berre, A-P., Eustache, F., Beaunieux, H., 2009 316).

De plus, « *les études en imagerie par résonance magnétique (IRM), réalisées sur l'ensemble du cerveau, voxel par voxel, ont permis non seulement de confirmer l'atteinte des thalami et des corps mamillaires chez les SK², mais aussi de mettre en évidence notamment une altération du cortex frontal, du lobe temporal interne et du cervelet* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 87).

Mais il est aussi observé « *une atteinte du corps calleux, du pont, du mésencéphale, du fornix et du cingulum chez les SK comparés à des sujets témoins. Les altérations du pont et du corps calleux révèlent, respectivement, l'existence de formes infracliniques de la myélinolyse centropontine et de la maladie de Marchiava-Bignami chez les SK. De plus, associées aux lésions de substance grise précédemment décrites, les altérations des fibres blanches de connexion suggèrent un dysfonctionnement du circuit fronto-cérébelleux et du circuit de Papez dans le SK* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 87).

De manière plus concrète, ce syndrome est décrit « *comme un syndrome amnésique survenant chez des sujets alcooliques, généralement dans les suites d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. L'oubli à mesure est la principale caractéristique du SK, mais cette pathologie comprend également une amnésie rétrograde suivant le gradient de Ribot et une*

¹ Aussi appelée vitamine B1, elle participe notamment au fonctionnement correct de la mémoire.

<http://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-vitamine-b1-6119/>

² « SK » reprend ici le terme Syndrome de Korsakoff

atteinte des fonctions exécutives. Les capacités de mémoire sémantique, de mémoire procédurale et les effets d'amorçage sont considérés comme préservés. Le tableau clinique de cette pathologie associe des fabulations, des fausses reconnaissances et une anosognosie. » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 85).

Cette première partie nous apprend que le syndrome de Korsakoff est dû à une consommation excessive d'alcool et à une carence en thiamine. Ce syndrome survient à la suite d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, touche diverses parties du cerveau et induit plusieurs séquelles. Les principales séquelles cognitives sont une amnésie antérograde, des troubles des fonctions exécutives, des fabulations, et une anosognosie.

b. Caractéristiques sociales

Pour introduire cette partie, nous pourrions commencer par dire que *« quand la dépendance s'installe, les conséquences néfastes sont nombreuses et touchent toutes les sphères de la vie du buveur. L'état de santé se dégrade tant sur le plan physique que psychologique. Les relations avec les proches sont perturbées et la vie professionnelle peut également être touchée. Toutes ces difficultés ne font souvent qu'accroître le mal être qui a précédé à la dépendance et peuvent conduire à des situations de rupture familiale et/ou professionnelle »* (Drogues info service).

De manière générale, le sujet qui présente un syndrome de Korsakoff peut être isolé, ou du moins, son entourage familial, social et professionnel est peu ou pas présent. Cependant, pour les patients qui bénéficient d'au moins une personne de leur famille présente, le suivi thérapeutique est alors facilité. *« Un patient souffrant d'addiction ne peut être aidé sans s'appuyer sur ses aidants naturels. »* (Lançon, C. 2013 XII).

Il rencontre des difficultés pour vivre de manière autonome et indépendante, la gestion d'un foyer peut vite devenir problématique, et encore plus quand il n'y a peu ou pas de revenus. Il faut également prendre en compte que le sujet alcoolodépendant, sevré ou non, acquiert une image plutôt négative de lui-même.

Pour finir, la complexité de ce sujet peut entraîner un changement de structures plutôt fréquent. Cela, peut s'expliquer par les différents troubles qu'il présente (alcoolodépendance, troubles mnésiques et cognitifs, souffrance psychique) et de sa situation

plus générale (dégradation ou rupture de liens socio-professionnels). Puis, en ajoutant les troubles mnésiques que présentent les patients, tout cela ne participe pas à l'acquisition de repères environnementaux, aussi bien physiques qu'humains. « *L'addiction est en fait une problématique du quotidien et de l'environnement habituel de la personne. Il est bien souvent préférable et certainement plus efficace de travailler dans la réalité de la personne, ce qui permet des changements progressifs sur son environnement problématique.* » (Lançon, C. 2013 XIII).

En plus des séquelles cognitives que nous avons vues précédemment, nous apprenons ici que le syndrome de Korsakoff a également des répercussions sur le plan physique, psychologique et social.

c. Caractéristiques neuropsychologiques

« *Le syndrome de Korsakoff est décrit comme un déficit disproportionné de mémoire comparativement aux autres sphères de la cognition. Il associe une amnésie antérograde (oubli à mesure), une amnésie rétrograde et une atteinte de la mémoire de travail et des fonctions exécutives (capacités d'organisation, d'inhibition, de flexibilité, de mise à jour, de classement, d'estimation cognitive et de prise de décision)* » (Le Berre, A-P., Eustache, F., Beaunieux, H., 2009 316).

Pour compléter cette description, il est à noter que « *l'oubli à mesure est la principale caractéristique du SK, mais cette pathologie comprend également une amnésie rétrograde [...] et une atteinte des fonctions exécutives* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 85).

En plus de cela, « *le tableau clinique de cette pathologie associe des fabulations, des fausses reconnaissances et une anosognosie* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 85).

En ce qui concerne la mémoire épisodique, il a été montré que « *les patients SK présentaient des performances altérées comparativement aux témoins concernant toutes les composantes de mémoire épisodique évaluées : encodage, récupération, mémoire contextuelle et recollection. [...] Les deux groupes de patients alcooliques présentaient des profils d'atteintes très proches, à l'exception des capacités d'encodage qui étaient altérées de*

manière disproportionnée chez les SK. » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 86).

Au niveau de la mémoire de travail, « *les études neuropsychologiques récentes ont montré une atteinte des fonctions exécutives dans l'alcoolisme chronique. [...] Les troubles neuropsychologiques présentés par les SK résultant à la fois de la consommation chronique d'alcool et des séquelles de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, il est parfois difficile de déterminer l'origine des atteintes cognitives* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 86).

Pour conclure sur ce trouble de la mémoire de travail, « *il est important de noter que certains SK semblaient incapables de réaliser les tâches exécutives les plus difficiles. Ces patients, présentant donc à la fois un syndrome amnésique et un syndrome dysexécutif importants, répondent en fait aux critères de démence alcoolique* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 86).

Enfin pour la mémoire sémantique, une étude a été réalisée dans le but d'examiner « *les capacités des SK à acquérir de nouvelles connaissances sémantiques complexes (nom, catégorie et caractéristiques de concepts) [...]. Nos résultats ont montré des perturbations dans l'apprentissage des noms des concepts dans les deux groupes de patients alcooliques. Cependant, les déficits étaient beaucoup plus marqués chez les SK* » (Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al. 2009 86).

Nous apprenons plus en détails ici, les différentes capacités cognitives altérées. Plus précisément, les fonctions exécutives concernées sont l'organisation, l'inhibition, la flexibilité mentale, la planification et la prise de décision. De plus, au niveau mnésique, la mémoire de travail, épisodique et sémantique sont plus largement touchées. Enfin, il y a un élément qui est ajouté dans cette partie, celui de l'altération des capacités d'encodage, qui vient donc compléter ce qui a été dit sur la mémoire antérograde.

d. Caractéristiques psychologiques

Il est important de prendre en compte qu'une « *consommation excessive d'alcool est souvent associée à des troubles psychiques (anxiété et dépression) [...] une consommation abusive d'alcool peut déclencher une dépression. Inversement une personne*

déprimée peut chercher dans l'alcool un moyen de lutter contre cela et développer ainsi une consommation excessive » (Drogues info service).

Nous avons pu voir précédemment les différents troubles induits par l'alcool, énoncés par le DSM-IV³ mais il est également dit que « *de nombreuses études ont montré qu'il était particulièrement difficile d'identifier un trouble de la personnalité spécifique aux conduites addictives.* » (Lançon, C. 2013 XII). Dans ce cas, « *les troubles de la personnalité seraient, dans ce modèle habituel⁴, caractérisés par des mécanismes de défense comme la négation ou le déni.* » (Lançon, C. 2013 XII).

C'est pourquoi, « *la dépression sous toutes ses formes cliniques et particulièrement la dépression du trouble bipolaire, constitue le trouble psychiatrique à rechercher systématiquement face à un état de dépendance stabilisé.* » (Lançon, C. 2013 88).

L'observation des différents professionnels de santé au sujet de ces patients, peut être nécessaire pour révéler un état dépressif car « *en dehors des périodes d'intoxication ou de sevrage, les signes cliniques qui doivent faire suspecter l'existence d'un état dépressif sont de deux types : [...] la tristesse pathologique de l'humeur, associée à l'anhédonie (diminution de l'intérêt et du plaisir), et la fatigue.* » (Lançon, C. 2013 88)

Pour finir, nous pouvons penser que les troubles de la mémoire peuvent également avoir un impact sur la souffrance psychique du patient car de ce fait, il se retrouve sans repères environnementaux mais aussi humains. En ce sens, il semble difficile pour la personne de comprendre et de se rappeler toutes les étapes du suivi thérapeutique qu'il a traversées. De cela peut ainsi découler une apathie. L'HAS déclare que l'apathie est « *un déficit persistant de la motivation rapportée par le sujet lui-même ou par l'entourage. Cet état contraste avec le niveau antérieur de fonctionnement du sujet ou les standards d'âge et de culture. L'apathie comporte des dimensions comportementales (diminution des comportements volontaires dirigés vers un but), cognitives et émotionnelles.* » (HAS 2014). Enfin, « *l'apathie et l'état dépressif comprennent des symptômes similaires, à savoir, une diminution ou une perte d'intérêt, un ralentissement psychomoteur apparent, une asthénie, une apparente diminution des capacités introspectives et un sentiment de manque d'énergie* » (HAS 2014).

³ Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

⁴ « *Le modèle répandu liant troubles de la personnalité et addictions.* » Lançon, C. 2013 XII

Il est aussi à craindre que le patient puisse ressentir des sentiments ou sensations qui pourraient représenter de vrais freins lors du suivi thérapeutique. « *La peur ou la menace ne génère que peu de changement et est, la plupart du temps, source de résistance, de tension ou d'agressivité.* » Lançon, C. 2013 XI

Les troubles psychiques que nous pouvons rencontrer chez les patients présentant un syndrome de Korsakoff, peuvent découler de la période de consommation excessive d'alcool. Ces troubles pourront se manifester par des angoisses mais aussi par un syndrome dépressif. Pour se protéger, le sujet aura alors inconsciemment mis en place des mécanismes de défense tels que la négation ou le déni.

Nous avons pu voir que le syndrome de Korsakoff était principalement dû à une forte alcoolisation chronique et qu'elle pouvait entraîner chez ces personnes différents troubles. Les troubles mnésiques semblent être les plus prédominants. Aussi, la présence de séquelles à la fois cognitives et psychologiques met en relief la complexité de ce syndrome, notamment au sujet de la non conscience de ces troubles. Pour qualifier cette situation, nous retrouvons l'anosognosie, qui relève du cognitif et le déni, qui relève du psychique. Ces deux éléments semblent particulièrement accroître la situation de handicap dans laquelle se trouve les patients présentant un syndrome de Korsakoff et compliquer un possible accompagnement thérapeutique.

Nous allons à présent essayer de définir le terme « alcool », expliquer l'installation de la chronicisation de l'alcoolisation, puis ce qu'elle peut provoquer et enfin que c'est un sujet qui intéresse les autorités.

2. Alcool et santé

a. Définition

Selon l'OMS « *l'alcool est une substance psychoactive capable d'entraîner la dépendance, largement utilisée dans de nombreuses cultures depuis des siècles* » (OMS 2015).

L'INPES nous indique qu'« *une consommation d'alcool est dite « à risque » ou « dangereuse » pour la santé lorsqu'elle correspond à un niveau et/ou un mode de*

consommation susceptible d'induire des pathologies si ces habitudes persistent. L'OMS a alors défini le niveau moyen de consommation à risque comme étant de 20 à 40 grammes d'alcool par jour pour les femmes et de 40 à 60 grammes par jour pour les hommes » (INPES 2008 5).

L'INPES poursuit en définissant « *la consommation d'alcool dite « nocive » ou « à problème » comme un mode de consommation dommageable à la santé physique ou mentale » (INPES 2008 5).*

L'OMS poursuit en déclarant que « *l'usage nocif de l'alcool peut également avoir des effets sur d'autres personnes, telles que les membres de la famille, l'entourage, les collègues ou des étrangers. En outre, il y a des effets sanitaires, sociaux et économiques importants sur la société en général » (OMS 2015).*

L'alcool représente alors une problématique sérieuse à prendre en compte car il est nocif pour ses consommateurs mais il a aussi une incidence sur la société toute entière. C'est en cela que nous pouvons nous apercevoir qu'il s'agit d'un problème de santé publique.

b. Causes

Il existe plusieurs facteurs de risques pouvant conduire à une alcoolodépendance comme le sexe « *un homme risque trois fois plus qu'une femme d'avoir un problème avec l'alcool* », l'âge « *plus on a consommé de l'alcool à un jeune âge, plus le risque est grand de devenir alcoolique à l'âge adulte* », les troubles psychiques « *les personnes ayant des troubles de santé psychique comme la dépression, l'anxiété, la schizophrénie ou les troubles bipolaires consomment d'avantage d'alcool afin d'adoucir la souffrance due à leur maladie* », les traits de caractère « *la confiance en soi et la combativité peuvent jouer un rôle.* », les associations « *le recours à d'autres substances comme le tabac, les drogues ou les médicaments augmente aussi le risque.* » et la génétique « *une étude sur des jumeaux a mis en évidence une fragilité génétique : des facteurs héréditaires déterminent la consommation de boissons fortes et le temps nécessaires pour développer une dépendance à l'alcool.* » (Médipedia).

Il y a également un facteur environnemental à prendre en compte. En effet, « *dans un milieu où l'alcool est facile à obtenir et où boire beaucoup est considéré comme normal, on aura aussi plus vite tendance à être porté sur la boisson.* » (Médipedia).

Mais aussi un facteur sociétal, « *les amis et la publicité peuvent aussi exercer une influence. Des problèmes relationnels peuvent vous inciter à boire. Un travail épanouissant ou du bénévolat donnent un sens à la vie et protègent contre l'abus d'alcool.* » (Médipedia).

Aussi, il existe un professeur qui a proposé une réponse à la dépendance par des cercles vicieux. Il en a décelé quatre à savoir le cercle pharmacologique ou physique, le cercle psychologique, le cercle social et le cercle cérébral.

Le cercle pharmacologique ou physique « *se caractérise par des symptômes tels que la tolérance, les différents symptômes de l'abstinence et la perte de contrôle.* » (Aide-alcool). C'est-à-dire que plus le temps va passer, plus le corps va s'habituer et réagir rapidement à une alcoolisation massive et répétée donc, « *l'organisme réagira de plus en plus rapidement et compensera plus efficacement l'action de l'alcool. Pour ressentir le même effet qu'au début, il devra boire plus. Il s'agit du phénomène de tolérance.* » (Aide-alcool). Cette action de boire encore et toujours plus d'alcool entraînera alors l'individu à perdre le contrôle de sa consommation qui sera vécu comme un « *désir pratiquement irrésistible d'alcool* ». (Aide-alcool).

Le cercle psychologique concerne les « *effets sur l'image, mais aussi de l'alternance avec certains troubles psychiques* » (Aide-alcool). C'est-à-dire que pour faire disparaître les sentiments désagréables que le buveur peut ressentir, il va boire pour oublier « *parce que l'alcool « soulage » parfois momentanément ces troubles. A l'inverse, la consommation excessive d'alcool peut toutefois engendrer ou renforcer ces troubles psychiques. Après un certain temps, il devient souvent impossible de distinguer la cause de l'effet.* » (Aide-alcool).

Le cercle social concerne les « *problèmes sociaux que peut créer une consommation excessive d'alcool et du risque de s'isoler socialement au fil du temps.* » (Aide-alcool). Ces problèmes sociaux peuvent être de différentes sortes, « *difficultés au travail, conflits avec son partenaire et d'autres membres de la famille, problèmes financiers et conflits avec la justice.* » (Aide-alcool).

Mais aussi, dans un contexte d'alcoolisation massive, ces individus « *vont progressivement rechercher davantage la compagnie d'autres gros buveurs plutôt que celle de leurs autres contacts sociaux. Ce glissement présente comme « avantage » de ne plus devoir justifier sa consommation excessive d'alcool.* » (Aide-alcool).

Le cercle cérébral concerne les « *effets d'une consommation excessive d'alcool sur le fonctionnement du cerveau.* » (Aide-alcool). C'est-à-dire que la conception de la réalité et l'autocritique vont être altérées, « *bien que vous puissiez avoir décidé de ne pas consommer plus de X verres, cette volonté peut s'effacer rapidement au fur et à mesure de votre consommation d'alcool.* » (Aide-alcool).

En conclusion, ces quatre cercles « *sont en fait 4 processus qui se renforcent mutuellement. Chacun de ces cercles commence, après quelque temps, à tourner sur lui-même et enclenche à son tour les autres cercles. Avec le temps, ces processus peuvent devenir un automatisme.* » (Aide-alcool).

« *Toutefois, les personnes ayant des facteurs de risque ne deviennent pas toutes alcooliques et, à l'inverse, les personnes sans facteurs de risque peuvent aussi devenir accros à l'alcool.* » (Médipedia).

Quand on parle des causes d'une alcoolodépendance, il faut prendre en compte différents facteurs. Ces facteurs peuvent être personnels, il s'agirait des caractéristiques physiques et psychologiques d'une personne. Les facteurs environnementaux, où il faudrait prendre en compte les caractéristiques sociales.

c. Conséquences

Le DSM-IV a listé les troubles liés à l'utilisation d'alcool. Nous retrouvons « *la dépendance alcoolique ; l'abus d'alcool* » (DSM-IV 116). Ensuite, il figure la liste des troubles induits par l'alcool : « *intoxication alcoolique ; sevrage alcoolique ; délirium par intoxication alcoolique ; delirium du sevrage alcoolique ; démence persistante induite par l'alcool ; trouble amnésique persistant induit par l'alcool ; trouble psychotique induit par l'alcool, avec idées délirantes ; troubles psychotique induit par l'alcool, avec*

hallucinations ; trouble de l'humeur induit par l'alcool ; trouble anxieux induit par l'alcool ; dysfonction sexuelle induite par l'alcool ; trouble du sommeil induit par l'alcool ; trouble lié à l'utilisation d'alcool non spécifié » (DSM-IV 117 118).

Dans cette liste, nous retiendrons plus particulièrement les termes concernant la problématique énoncée, à savoir, dépendance alcoolique, trouble amnésique persistant induit par l'alcool et trouble de l'humeur induit par l'alcool.

L'alcool peut avoir des effets à plus ou moins long terme et plus ou moins dangereux. Les premiers effets de l'alcool apparaissent seulement quelques minutes après la consommation. *« L'alcool augmente le temps de réaction. Il diminue les réflexes, la vigilance et la résistance à la fatigue. Il perturbe également la vision, l'estimation des distances et la coordination des mouvements. De plus, son effet désinhibant amène à sous-estimer le danger et ainsi à prendre des risques. » (Alcoolinfoservice).*

Après une consommation d'alcool plus ou moins prolongée, il est possible d'observer une modification du comportement du consommateur. Il est vrai que *« de par son action sur le fonctionnement du cerveau, l'alcool peut modifier les réactions face à une situation donnée [...] de plus, lorsqu'une personne a bu, elle est moins en capacité de se défendre et devient donc plus vulnérable aux agressions » (Alcoolinfoservice).* Et à un niveau plus grave, *« l'alcool affecte le libre-arbitre et la capacité à maîtriser la situation. Le risque est [...] d'oublier d'utiliser un préservatif, exposant à un risque [...] de contamination par le virus du sida ou toute infection sexuellement transmissible » (Alcoolinfoservice).*

Enfin, une alcoolisation massive et rapide peut entraîner un coma éthylique. *« Le coma éthylique nécessite une hospitalisation en urgence. Faute de soins, il peut provoquer la mort » (Alcoolinfoservice).*

Il est aussi possible de rencontrer des effets qui ont une répercussion à plus long terme. En effet, *« la consommation d'alcool a une influence sur le développement de nombreuses maladies : cancers, maladies cardiovasculaires et digestives, maladies du système nerveux et troubles psychiques. L'alcool peut également être à l'origine de difficultés plus banales (fatigue, tension artérielle trop élevée, troubles du sommeil, problèmes de mémoire ou de concentration, etc.) » (Alcoolinfoservice).*

Il est à noter que, « *l'alcool est la cause principale de cirrhose du foie* » et que « *la consommation de boissons alcooliques augmente la probabilité de certains cancers et ce, à partir d'un verre d'alcool consommé par jour* » (Alcoolinfoservice).

Enfin, nous retiendrons une information qui nous intéresse ici plus particulièrement, « *le syndrome de korsakoff est une complication encore plus grave de l'intoxication alcoolique chronique* » (Alcoolinfoservice).

Il existe une liste très importante de conséquences liées à la consommation d'alcool. Les conséquences que nous retiendrons particulièrement au vu de la problématique énoncée sont, que celle-ci peut provoquer une dépendance, que les troubles mnésiques peuvent apparaître avant le diagnostic de syndrome de Korsakoff, et qu'il peut y avoir une incidence sur l'humeur. Mais surtout, qu'une des conséquences la plus grave due à cette alcoolisation chronique et excessive est le syndrome de Korsakoff.

Nous avons également pu voir que même à court terme, la consommation d'alcool avait des répercussions à plusieurs niveaux sur la santé des consommateurs. En effet, la consommation d'alcool représente un problème de santé publique.

d. Problème de santé publique

L'OMS définit « *la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation* » (Larousse).

En plus de cela, « *la santé publique est aussi une question sociale : les maladies ont une histoire et une influence sur la société, toutes les catégories de la population n'ont pas le même rapport à elles, et les politiques sanitaires diffèrent selon les pays* » (Larousse).

Il existe différents plans d'action qui ont été établis sur plusieurs échelles, à savoir mondiale, européenne et nationale.

Nous allons à présent identifier les solutions que différentes instances ont mises en place. Ces solutions sont des plans d'action. Ils ont été réfléchis pour pouvoir tenter de contrer la dangerosité que représente la consommation excessive d'alcool.

Au niveau mondial, l'OMS a mis en place une stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en mai 2010. Cette stratégie « *reconnait que l'usage nocif de l'alcool et le développement socioéconomique sont étroitement liées* » (OMS 2010 3).

Le but de cette stratégie était qu'il soit observé « *une amélioration des résultats sanitaires et sociaux pour les individus, les familles et les communautés, et surtout une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'usage nocif de l'alcool et de leurs conséquences sociales* » (OMS 2010 8).

En résumé, pour arriver à ce résultat, des moyens de sensibilisation et de renseignement ont été mis en place concernant les problématiques sanitaires, sociales et économiques causées par l'usage nocif de l'alcool pour que ces problématiques soient connues d'un grand nombre de personnes.

Au niveau européen, il existe le plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. « *Il présente un ensemble d'options politiques fondées sur des bases factuelles en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool* » (OMS Europe 2012). Comme pour le mondial.

Au niveau national, L'HAS a publié le 7 Janvier 2015 « *un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) de la consommation d'alcool, tabac et cannabis* » « *afin que les médecins apportent une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux de leurs patients* » (HAS 2015).

Nous pouvons alors nous rendre compte que « *ce travail s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, coordonné par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Midelca)* » (HAS 2015).

De manière plus concrète, « *L'HAS met à disposition des professionnels de santé un outil simple pour repérer les consommations à risque, intervenir auprès des consommateurs pour qu'ils réduisent leurs risques de dommages et accompagner et soutenir leurs efforts vers un changement de comportement durable* » (HAS 2015).

Le ministère de la santé nous indique que le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 repose sur trois grands principes qui sont, « *fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation* » ; « *prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux* » ; « *renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique au niveau national et international en lutte contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives* » (Ministère de la santé 2015).

Au cours de cette partie, nous avons pu remarquer que les conséquences de la consommation d'alcool étaient un sujet de préoccupation à l'échelle nationale, européenne mais aussi mondiale. De nombreuses tentatives de plans et de stratégies ont été proposées pour tenter de désamorcer cette problématique majeure.

Sans même y prêter d'attention particulière, des messages de prévention se glissent dans notre quotidien, à travers par exemple, des campagnes publicitaires pour sensibiliser la population, ou des phrases inscrites sur des publicités telles que « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » ou encore la mention « A consommer avec modération ».

Ces plans d'actions et campagnes de sensibilisation mettent également en garde les populations contre le côté addictif d'une alcoolisation chronique. Ce sont également des stades par lesquels sont passés les patients présentant un syndrome de Korsakoff.

3. Dépendance et sevrage

a. Dépendance

Le facteur principal engendré par une consommation excessive d'alcool est un phénomène de dépendance, soit une alcoolodépendance.

Bien que le terme « addiction » soit encore aujourd'hui fréquemment employé, il ne faudrait alors plus l'utiliser. En effet, « *En 1964, un Comité d'experts de l'OMS a introduit le terme de « dépendance » en remplacement des termes « d'addiction » et d'«accoutumance ».* » (OMS).

Dans ce domaine, il est possible de retrouver diverses définitions de la dépendance mais elles ne sont pas fondamentalement éloignées.

Dans un premier temps, la dixième révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies de santé connexes définit « *le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement* » (HAS 2014 1).

Puis dans un second temps, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (DSM-IV) mentionne que « *les critères de dépendance à une substance* » « *correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois* », tout d'abord il est dit que, « *la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu* » ; puis on observe une, « *incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter* », ensuite vient la période de « *l'apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage* », suite à cela on constate « *l'existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant* », il est ensuite dit que « *beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets* » enfin il est possible de remarquer chez les personnes concernées une « *réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance* » et une « *persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes* » (HAS 2014 1).

La consommation d'alcool prolongée dans le temps, peut engendrer une dépendance. Cette dépendance se caractérise par une perte de contrôle de la consommation et une spécificité des comportements de la personne et par des phénomènes cognitifs, psychologiques et somatiques particuliers.

b. Sevrage

L'OMS définit le syndrome de sevrage comme un « *ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. Le syndrome peut s'accompagner de signes de désordre psychologique. Le syndrome de sevrage est l'un des indicateurs d'un syndrome de dépendance.* » (OMS)

Les signes d'un syndrome de sevrage sont les suivants « *tremblements, anxiété, agitation, dépression, nausées et état de malaise. Ils surviennent 6 à 48 heures après un sevrage alcoolique et, en l'absence de complication, se dissipent sous 2 à 5 jours. Il peut toutefois se compliquer de crises tonico-cloniques et évoluer vers un delirium (connu sous la dénomination delirium tremens).* » (OMS)

La prise en charge du syndrome de sevrage se réalise « *en fonction de la gravité (troubles somatiques, psychiatriques, situations d'exclusion sociale ou co-dépendances associées)* » (HAS 2013). « *Le risque vital encouru par le patient lors de la prise en charge de ce syndrome de sevrage conduit à la nécessité d'avoir une qualité de la prise en charge irréprochable.* » (HAS 2013).

Il existe des indicateurs qui « *ont été développés dans le cadre du projet COMPAQH-HPST* » pour évaluer la prise en charge de ces patients et ils « *se basent sur les recommandations professionnelles existantes et ciblent les patients hospitalisés à risque de sevrage nécessitant une surveillance.* ». « *Le set d'indicateurs « sevrage du patient alcoolodépendant » est optionnel et spécifique aux secteurs d'activité MCO⁵, SSR⁶ et Psychiatrie.* » (HAS 2013).

« *Le set d'indicateurs permettant d'évaluer la prise en charge du « sevrage du patient alcoolodépendant » comprend les indicateurs de qualité et de sécurité des soins suivants : Contexte du sevrage ; Suivi du patient dans les 24 premières heures du syndrome de sevrage (2 niveaux) ; Hydratation dans les 24 premières heures du syndrome de sevrage ; Information sur l'arrêt du tabac ; Suivi du traitement par benzodiazépines ; Modalités de prise en charge post-sevrage.* » (HAS 2013).

⁵ Médecine Chirurgie Obstétrique

⁶ Soins de Suite et de Réadaptation

En conclusion de cette première partie, nous pourrions dire que les sujets présentant un syndrome de Korsakoff passent par différents stades (consommation, dépendance, sevrage, encéphalopathie de Gayet Wernicke et Syndrome de Korsakoff).

Les troubles principaux rencontrés par ces patients se trouvent au niveau cognitif et psychologique. C'est pour cela qu'ils sont adressés dans différentes structures en fonction de leur situation et qu'ils rencontrent différents professionnels de santé au fil de leur parcours de soins.

II. La parcours de soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff

Dans cette partie, nous aborderons le parcours de soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff car, comme nous l'avons abordé précédemment, ces patients passent par diverses étapes qui nécessitent des interventions personnalisées et adaptées.

« Après le passage obligé du sevrage, l'accompagnement ne peut se limiter à des improvisations en fonction du jugement de telle ou telle structure ou de telles ou telle expérience professionnelle. Il doit au contraire se fonder sur un véritable projet de soins, le plus scientifiquement validé possible. » (HAS 2001 33).

1. Types de suivis thérapeutiques

Nous avons vu que le syndrome de Korsakoff était principalement causé par une alcoolodépendance. C'est pourquoi nous utiliserons ici le suivi thérapeutique des patients alcoolodépendants. Les patients présentant un syndrome de Korsakoff rencontrent alors divers types de suivis thérapeutiques dans différentes structures au fil de leur parcours de soins. Cela a un lien avec les nombreuses conséquences d'une alcoolisation sur un sujet. Une incidence aussi bien cognitive que psychologie ou comportementale. Aussi, le syndrome de Korsakoff est une pathologie qui est comprise dans le document de l'HAS sous le nom de « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge* » (HAS 2011), c'est pourquoi nous utiliserons également ce document pour réaliser le suivi thérapeutique de ces patients.

« La mise en place de structures spécialisées en alcoologie est récente et encore incomplète. Trois types de structures ont été recensés dans un rapport de la Direction générale de la Santé. » (Emeriaud P, Gallois P. 2005).

Il existe des structures hospitalières qui utilisent un mode d'hospitalisation à temps pleins. *« Ces structures qui offrent le panel de soins le plus complet, doivent pouvoir offrir en un seul lieu des soins alcoologiques spécialisés, permettant de proposer aux malades un suivi par des méthodes adaptées à chaque cas particulier. Elles comportent une équipe pluridisciplinaire compétente en alcoologie au sein d'une organisation institutionnelle adaptée. Cette solution hospitalière sera choisie pour des patients dépendants, en échec de*

tentatives ambulatoires, relevant d'un suivi médical et social au long cours, pour des personnes présentant des manifestations cliniques de co-morbidités somatique ou psychiatrique graves. [...] Cette phase de traitement s'étend sur une durée de 2 à 4 semaines en moyenne, après le sevrage. Une indication particulière d'hospitalisation temps plein est assurée par des structures d'internat de longue durée (1 à 3 mois pouvant aller jusqu'à 6 mois) précédemment dénommées post-cure et constituant maintenant les soins de suite et de réadaptation (SSR). » (HAS 2001 18). Comme par exemple des services d'addictologie et des hôpitaux psychiatriques.

Puis, nous observons les structures ambulatoires. « *Le dispositif ambulatoire en alcoologie joue un rôle important dans l'accompagnement des sujets après sevrage et essentiellement par le réseau des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie.* » (HAS 2001 17). Il propose des consultations gratuites et utilise des outils thérapeutiques variés. (HAS 2001).

Enfin, nous retrouvons les structures d'accueil de jour. C'est un « *dispositif de soins qui se déroule principalement en hôpital de jour, mais peut aussi prendre d'autres formes : de nuit, de week-end. L'hospitalisation de jour permet de clarifier la situation médicale, psychologique ou psychiatrique ainsi que la situation sociale et psychosociale de la personne, sans pour autant la couper de son cadre de vie. Le sujet y trouve un appui institutionnel tout en conservant une certaine autonomie. Elle constitue un lieu de proximité permettant des soins personnalisés (horaires, contrats individuels) et, avec quelques aménagements, le maintien dans le milieu professionnel. Elle peut intervenir en remplacement d'une hospitalisation temps plein ou après celle-ci. C'est aussi une structure de soins qui peut constituer une alternative de proximité aux soins de suite et de réadaptation.* » (HAS 2001 19).

« *Elles ont pour but de consolider l'abstinence et de contribuer à favoriser la réinsertion par un programme socio-éducatif, d'ergothérapie, de vie communautaire, censé réapprendre les règles de la vie sociale.* » (Emeriaud P, Gallois P. 2005).

L'HAS dans son document sur la « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge* » (HAS 2011), évoque que « *les structures de coordination*

peuvent être les réseaux, les CLIC⁷, les MAIA⁸, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les centres médico-psychologiques (CMP), etc. » (HAS 2011)

Pour ces patients, « le plan de soins et d'aides comprend au minimum : la mise en place de l'ALD 15 ; les interventions non médicamenteuses et les éventuels traitements médicamenteux : la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque ; la surveillance nutritionnelle ; l'orientation vers les services sociaux (mise en place des aides et des financements) ; une information sur les associations de malades et de familles de malades et les structures de répit. » (HAS 2011).

2. Les intervenants du parcours de soins et leurs actions

Pour commencer, l'ensemble des dispositifs de l'accompagnement « vise à mettre en relation plusieurs types de compétences pour offrir une diversité de réponses, adaptées et pertinentes aux problématiques biologiques, psychologiques et sociales de la personne à chaque moment de son parcours. » (HAS 2001 17).

Il faudra garder en tête qu'« une prise en charge est à moduler au cas par cas et nécessite l'intervention de divers spécialistes ; un travail pluridisciplinaire sera d'autant plus efficace qu'il permet de prendre en compte les aspects médicaux, sociaux, psychologiques et surtout cognitifs. » (Famidac 2008 12). Mais aussi que « le professionnel de santé doit ainsi être celui qui favorise et permet le changement des conduites grâce à sa capacité à regarder les personnes avec empathie et sans forme de jugement, même si cela n'est pas toujours facile. » (Lançon, C. 2013 XI).

Durant la phase de sevrage, « la prise en charge médicale proprement dite permet à la fois de mettre en place le traitement d'accompagnement du sevrage physique et d'évaluer les conséquences somatiques de l'alcoolodépendance en s'appuyant sur l'avis de nos confrères ORL et gastro-entérologues. » (De Kergunic T., Fidelle G. et al. 2009 127).

« Un médecin explique les conséquences physiques de l'intoxication alcoolique sur l'appareil digestif et sur l'appareil neurologique. Des films sont utilisés comme support dans l'élaboration de stratégies personnelles pour le maintien de l'abstinence et pour améliorer les relations avec l'entourage. » (De Kergunic T., Fidelle G. et al. 2009 127).

⁷ Centres locaux d'information et de coordination

⁸ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

Lors du suivi d'un patient présentant un syndrome de Korsakoff, le médecin a également une place primordiale. *« Une fois le syndrome de Korsakoff installé, le traitement médicamenteux vise essentiellement à limiter des manifestations secondaires telles que la dépression ou l'anxiété, ou d'autres troubles dysexécutifs du comportement. »* (Famidac 2008 12).

« La place du médecin généraliste est primordiales dans la prise en charge du sujet alcoolodépendant aussi bien avant qu'après le sevrage et doit être valorisée. [...] Dans le cadre de cette relation d'aide, le médecin généraliste s'appuiera sur l'ensemble des partenaires » (HAS 2001 17).

Au niveau des partenaires du médecin, nous retrouvons plusieurs professionnels comme un psychologue. Il peut intervenir pour soutenir *« la fragilité de la personne »* (Famidac 2008 13). Il faut également prendre en compte que *« ce soutien peut être assuré par tout thérapeute, médical ou paramédical, formé. »* (HAS 2001 9). Il existe plusieurs *« formes de soutien psychologique, l'écoute, la relation d'aide, l'attitude de soutien psychologique et la psychothérapie de soutien »* (HAS 2001 9).

« Les diététiciens apportent des conseils nutritionnels personnalisés. En milieu de session est organisé un « repas thérapeutique », au cours duquel le groupe expérimente que les plaisirs de la table et la convivialité peuvent aussi exister sans alcool. » (De Kergunic T., Fidelle G. et al. 2009 127).

Le psychomotricien pratique une approche corporelle. *« Les mises en situations propres aux techniques corporelles et l'expérience de la relaxation montrent souvent chez ces patients qu'il existe un défaut d'investissement du corps comme objet de soin ou source de plaisir. »* (De Kergunic T., Fidelle G. et al. 2009 128).

« Cette approche corporelle se complète d'un travail en ergothérapie. L'activité choisie et ses modalités de réalisation, les contenus verbaux et non verbaux, sont riches d'enseignements. Nous avons constaté en particulier que les patients étaient peu enclins aux activités projectives mobilisant la créativité. Leur choix se porte davantage sur des activités plus structurées perçues comme davantage rassurantes, telles la menuiserie ou la vannerie. » (De Kergunic T., Fidelle G. et al. 2009 128).

Plus en détail, lors du parcours de soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff, il ne faut pas oublier les coopérations avec les neurologues, assistantes sociales, professeurs d'activité physique adaptée, infirmiers, aides médicaux psychologiques, aides-soignants.

Ces professionnels peuvent, dans ce type de suivi, également participer à une approche groupale dans laquelle ils ont une importance. Dans le groupe il y a différents aspects sur lesquels il faut être vigilant. *« La mise en place du cadre thérapeutique et la temporalité structurée du séjour participent à une dynamique groupale au service d'une mobilisation des structures psychiques individuelles dans le partage des expériences mutuelles. [...] Ainsi, les soignants doivent être vigilants par rapport à ce qui se joue au début de la session pour le groupe qui, « tout comme un seul homme », va réfléchir et exposer des idées en commun. [...] De même, il semble que certains patients « adhèrent » de façon un peu artificielle à la problématique des autres patients pour la reprendre à leur propre compte. [...] L'équipe doit rester vigilante par rapport à ce phénomène également connu sous le nom de « pensée groupale », ou « pensée moutonnaire », ou encore effet « Janis » qui tend à se constituer lorsqu'un groupe recherche une sorte de consensus de pensée ou d'action pour éviter tout ce qui pourrait être source de conflit ou de remise en question personnelle. Il devient donc indispensable qu'au fil des trois semaines, chacun s'inscrive progressivement, lors des entretiens individuels avec le psychiatre et avec le psychologue référent, dans une réflexion personnelle. [...] L'évocation du parcours particulier de chacun face à l'alcool, avec ses échecs et sa culpabilité, peut alors trouver dans l'écho de l'expérience d'autrui une nouvelle définition et un début de résolution. L'équipe peut ensuite s'appuyer sur cette énergie constructive pour elle-même renforcer les liens thérapeutiques. Il est remarquable qu'au-delà de l'hospitalisation, dans certains groupes, les solidarités nouées continuent à fonctionner quelque temps dans un système d'entraide, étayant les plus fragiles. Ceci est d'autant plus intéressant qu'à l'approche de la sortie peuvent réapparaître pour certains des angoisses de séparation ou d'abandon, sources de rechutes précoces. »* (De Kergunic T., Fidelle G. et al. 2009 129).

Ce système d'entraide a d'importantes retombées positives. *« Les malades alcooliques se sont depuis très longtemps associés (loi 1901) pour aider les personnes en difficulté avec l'alcool. Le nombre et la diversité des membres a permis aux mouvements d'entraide de s'implanter et d'être présents sur tout le territoire national. Précurseurs dans le domaine de l'aide et de l'accompagnement, ils ont acquis un savoir et une pratique particulière qui facilitent l'approche du sujet en complémentarité des autres intervenants. [...] Souvent impliqués dans les centres de soins, les bénévoles participent, au niveau de leur connaissance, aux soins et à l'accompagnement, et leurs actions se prolongent pendant les périodes non ouvrables des institutions. Les permanences, les réunions, les groupes de*

parole sont autant de lieux privilégiés qui permettent au sujet de s'exprimer, de s'impliquer, de se former...selon son désir. Ces activités offrent au sujet la possibilité d'entreprendre l'apprentissage d'une vie nouvelle, aidé par des personnes auxquelles il peut s'identifier. » (HAS 200120).

Pour finir, il ne faut pas oublier que tout au long du suivi des patients présentant un syndrome de Korsakoff, il y a des professionnels de santé qui s'intéressent aux troubles cognitifs et neuropsychologiques du patient qui sont les « *neuropsychologues, ergothérapeutes, orthophonistes* » (Famidac 2008 14).

3. Suivi en ergothérapie des patients alcoolodépendants

Le site Ergopsy nous fait part des différents objectifs qu'il existe en ergothérapie concernant le suivi thérapeutique des patients alcoolodépendants. Nous allons voir qu'il existe également plusieurs approches auprès de ces patients. Parmi ces approches nous retrouvons la dimension cognitive, la dimension socio-thérapeutique, la dimension d'amélioration de la qualité de vie et la dimension psycho-affective. J'ai choisi de m'intéresser aux objectifs de la dimension psycho-affective.

Nous retrouvons alors dans cette dimension les objectifs suivants :

- Mettre en place des « *actions pour redevenir acteur, reconstruction narcissique (narcissisme secondaire, sentiment d'être valable à ses propres yeux).* »
- « *Favoriser l'expression médiatisée et l'utilisation de l'énergie psychique dans d'autres voies que celles du symptôme (formation de compromis).* »
- « *Découvrir et restaurer la dimension de la créativité, pour une meilleure qualité de vie mais aussi pour retrouver des capacités de représentations souvent mal construites.* »
- « *Travailler sur la fonction de symbolisation : Il est important d'être vigilant et attentif aux situations thérapeutiques symboliques de l'ingestion en soi, l'expression de la relation au vide, au manque.* »
- Mettre en place une technique de « *transfert de dépendance (sur une personne, une technique, un groupe de thérapie) lorsque la dimension d'introspection est trop limitée.* » (Ergopsy 2015).

Pour répondre à ces différents objectifs il existe donc plusieurs outils comme les « *ateliers d'expression et à médiation thérapeutique (si possibilités d'expression et d'introspection)*. » (Ergopsy 2015).

Durant ces ateliers, il y a plusieurs dispositifs à mettre en place pour qu'ils se déroulent de la meilleure manière possible. La première chose à faire lors d'un suivi ergothérapeutique est de mettre en place un cadre thérapeutique, cette notion sera explicitée dans une partie suivante.

Ensuite, une fois le cadre posé, il existe différentes modalités de thérapie « *la directivité ou la non directivité ; des séances rythmées avec des temps de non action ; des thérapies en groupe ou de groupe possibles ; les rituels de début, de fin de séance, les temps de paroles.* » (Ergopsy 2015).

Puis, lors de ces ateliers, l'ergothérapeute utilise la médiation « *dans ses dimensions matérielles et réalistes dans un premier temps, puis imaginaires et symboliques.* » (Ergopsy 2015). Les activités peuvent être « *manuelles (connues, au départ), créatives avec narcissisme de groupe, ludiques et étayage collectif, puis créatives et projectives personnelles, corporelle (investissement sur corps positif), ateliers du goût pour oralité différente.* » (Ergopsy 2015). Au cours d'une partie suivante, nous détaillerons cette notion de médiation notamment lors de l'évocation de la relation médiatisée utilisée en ergothérapie.

Une fois ces étapes réalisées et instaurées dans l'accompagnement, l'atelier thérapeutique peut débuter. L'atelier thérapeutique est un « *espace de créativité, de culture, de communication et de socialisation.* » Il peut être proposé une activité dite « *corporelle : prise de conscience du corps, activités sportives, relaxation, randonnée, etc. Pour certains, une restauration temporo-spatiale passe par des ateliers conçus autour du travail manuel, telle l'ergothérapie.* » (HAS 2001 12-13).

Il peut également être proposé des activités dites « *cognitives autour de la mémorisation, de l'écriture. De façon plus ambitieuse, et peut-être plus à distance du sevrage, certains ateliers thérapeutiques mettent en jeu le culturel, le créatif.* » (HAS 2001 12-13).

Durant toutes les séances, l'ergothérapeute utilise la relation thérapeutique. Celle-ci nécessite « *confiance, distance, empathie ; capacités à proposer des situations de frustration, d'autonomie, d'indépendance ; attention aux risques de ressentis négatifs,*

d'échec de la thérapie lors des rechutes. ». (Ergopsy 2015). Cette question de la relation thérapeutique sera également détaillée dans une autre partie.

Cependant, il y a des contre-indications, les séances ne doivent pas avoir un but de « *production, occupation, objets à visée utilitaire ; activisme forcené visant à combler le vide et à se remplir, toujours dans une même dialectique d'absorption, de production, de consommation ; action favorisant une mise en actes sans verbalisation et donc sans élaboration psychique.* » (Ergopsy 2015).

Enfin, de manière générale, « *en ergothérapie, il est important de favoriser une parole sur les productions, sur le ressenti et l'évolution de l'hospitalisation. Le moment de séparation est important à bien gérer, à verbaliser, à préparer. Toutes les techniques favorisant le domaine de l'éprouvé sont importantes à développer pour étayer le sentiment d'avoir le droit d'exister et d'être un bon objet.* » (Ergopsy 2015).

Pour finir, les ergothérapeutes utilisent également des techniques qui sont partagées avec d'autres professionnels.

Parmi celles-ci nous retrouvons l'écoute. Elle impose le fait de « *s'abstenir de tout jugement, refuser d'entrer dans le cercle du mensonge, ne rien vouloir pour l'autre et à sa place. Il n'y a rien de plus simple en apparence, en même temps de plus complexe, car il faut savoir saisir le mot, la mimique, le geste, qui, soudain, donne sens au discours.* » (HAS 2001 9).

La relation d'aide, qui est centrée sur trois attitudes « *le regard positif et inconditionnel, c'est-à-dire une attitude d'accueil total, sans critique ou reproche, sans moralisation ou interprétation d'aucune sorte ; l'empathie ou capacité à percevoir la souffrance de l'autre ; la congruence qui concerne le comportement unifié et cohérent du soignant en tant que personne à part entière* » (HAS 2001 10).

L'attitude du soutien psychologique, qui « *apporte un renforcement positif, c'est-à-dire l'appréciation positive des découvertes faites par le patient en vue de la consolidation de l'abstinence. [...] Dans cette aide à la renarcissisation du patient, on peut repérer des attitudes ayant une réelle valeur de soutien psychologique : l'avance de la parole, l'approche centrée sur les solutions et les médiations thérapeutiques autres que la parole.* » (HAS 2001 10).

En complément de cette approche psycho-affective, il faut également prendre en compte le travail de l'anosognosie et des troubles cognitifs de manière plus générale pour les patients présentant un syndrome de Korsakoff. Pour cela, les ergothérapeutes peuvent utiliser par exemple des bilans tels que le Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment (BEARNI), ou bien le Montreal Cognitive Assessment (MoCA), qui permettent de dépister les troubles neuropsychologiques liés à l'usage d'alcool

En conclusion de cette deuxième partie, nous dirons que ces patients circulent dans plusieurs structures qui s'intéressent à des aspects spécifiques. Ces structures peuvent être des services addictologiques s'occupant de la dépendance alcoolique, des structures s'intéressant aux troubles cognitifs dues à la consommation d'alcool ou encore des services hospitaliers en psychiatrie adulte pour accompagner les troubles psychiques.

Dans ces différentes structures, nous pouvons rencontrer le même type de professionnels de santé, mais certaines structures admettent des professionnels de santé plus spécifiques.

Cette succession de structures et de services, le grand nombre de professionnels de santé rencontrés, ajouté aux troubles liés à la pathologie du syndrome de Korsakoff peuvent largement impacter sur le suivi thérapeutique des patients concernés.

L'impact principal qui peut apparaître sur le suivi thérapeutique semble être l'adhésion au suivi thérapeutique. Comment adhérer à un suivi thérapeutique quand on n'a pas conscience de ses troubles ? Comment adhérer à un suivi thérapeutique quand on ne connaît pas la structure ou on se trouve ? Les professionnels de santé qui y interviennent ?

III. Adhésion au suivi thérapeutique et ergothérapie

1. Adhésion thérapeutique

Avant de parler d'adhésion thérapeutique il nous faut parler de compliance thérapeutique. Ce terme de compliance thérapeutique provenant du modèle anglo-saxon « désigne le comportement du patient qui consiste à suivre parfaitement les recommandations médicales. Ainsi, les premiers travaux français utilisèrent également le terme anglo-saxon qui définit un comportement de santé par rapport à une norme médicale. » (Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D. 2005)

Quelques années plus tard, le terme de compliance thérapeutique a été remplacé en France par le terme d'adhésion. D'une manière générale, « l'adhésion, fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements. » (Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D., 2005).

C'est peu de temps après, que le terme d'adhésion thérapeutique est apparu. Ce terme « trouve sa signification dans un rapport plus médical et social, qui considère que le patient doit être partie prenante de son traitement. Il faut qu'il « adhère » à sa thérapeutique et non pas qu'il « se soumette » uniquement à sa prescription. » (Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D., 2005).

Mais, cette adhésion peut être perturbée par certains aspects propre à chacun et au contraire d'autres, peuvent la faciliter. « En effet, certains évènements de vie, les facteurs de personnalité (anxiété, dépression, lieu de contrôle externe), l'évaluation en termes de coûts et de bénéfices du traitement (faibles bénéfices perçus par rapport aux effets secondaires), la visibilité sociale peuvent constituer des freins à l'adhésion et à l'observance thérapeutique, tandis que le soutien social, une bonne relation médecin-patient peuvent améliorer l'adhésion et l'observance. » (Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D., 2005).

En d'autres termes, concernant les aspects facilitateur de l'adhésion nous retrouvons, « la connaissance du patient, l'écoute, et l'individualisation de la prise en charge » (CRIP 2014).

Enfin, en 2003, l'OMS a proposé cinq dimensions concernant l'adhésion thérapeutique selon différents facteurs. Les premiers facteurs sont les facteurs « démographiques et socio-économiques ». Ils comprennent les « ressources matérielles », la « précarité sociale », les « coûts liés à la prise en charge et accessibilité aux soins », « l'âge », « l'instabilité familiale » et « l'appartenance ethnique, culturelle. »

Les deuxièmes facteurs sont « *liés au système de soin et à l'équipe soignante* ». Ils comprennent la « *qualité de la relation patient-soignant* » la « *Formation des soignants à l'éducation à la santé et à l'adhésion thérapeutique* », le « *système de remboursement des dépenses de soins* », « *l'accessibilité et qualité du réseau de soins* », la « *disponibilité des soignants* » et la « *continuité des soins.* »

Les troisièmes facteurs sont « *liés à la pathologie* ». Ils comprennent « *l'absence de symptômes* », le « *pronostic et sévérité de la maladie* », « *l'état dépressif, troubles physiques, cognitifs et visuels* » et la « *disponibilité de traitement efficaces.* »

Les quatrièmes facteurs sont « *liés au traitement* ». Ils comprennent la « *complexité du traitement* », les « *modalités d'administration des médicaments* », la « *durée du traitement* », « *l'interférence du traitement avec la vie quotidienne du patient* » et « *l'éducation du patient au bon usage des médicaments.* »

Les cinquièmes facteurs sont « *liés au patient* ». Ils comprennent « *les connaissances et la compréhension de la maladie et du traitement* », les « *expériences antérieures et acceptance du traitement* », « *les croyances par rapport aux médicaments* », le « *sentiment d'efficacité personnelle, confiance en soi, autonomie* », les « *attentes par rapport au traitement* » et la « *motivation à poursuivre le traitement.* »

En prenant en compte toutes les informations obtenues dans ces écrits, certaines font résonances aux notions abordées antérieurement et étayent notre problématique actuelle. Celles-ci sont, la relation, la continuité des soins, les troubles des patients, la connaissance de la pathologie et la motivation. En effet, concernant les patients présentant un syndrome de Korsakoff, les troubles cognitifs (mnésique et anosognosie), les troubles psychiques et la succession de structures dans leurs parcours de soin, apparaissent comme des freins à l'adhésion au suivi thérapeutique. C'est pourquoi, nous nous intéresserons à présent à la motivation et à la relation thérapeutique qui paraissent au contraire comme des facilitateurs.

2. Motivation aux soins

Au cours de la partie précédente, nous avons pu voir que la notion de motivation était apparue. C'est une notion qui semble importante de développer à présent car elle fait écho à la notion d'adhésion. Nous pourrions définir la motivation comme « *la probabilité qu'un individu fasse, maintienne et adhère à un changement spécifique.* » (Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., 2016 1148).

La motivation s'appuie sur plusieurs paramètres qui sont les « *intentions, croyances, attentes, processus de prise de décision, engagement, intentions actées, efficacité, régulation personnelle. Elle est intimement liée aux processus cognitifs.* » (Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., 2016 1148).

Mais en l'occurrence, quand on s'intéresse à la motivation des patients accompagnés dans des services d'addictologie il faut aussi prendre en compte les « *facteurs personnels et environnementaux dont le stress perçu, l'intensité perçue de la conduite addictive, le retentissement de la conduite et les attentes positives envers l'issue du traitement.* » (Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., 2016 1148).

Pour être plus complet dans l'énonciation des facteurs à prendre en compte, pour la motivation de ces patients dans leurs suivis thérapeutiques, nous allons détailler les facteurs environnementaux et personnels.

Premièrement, les facteurs environnementaux. « *Le sujet isolé, sans soutien social perçu, est plus à risque d'arrêter les soins de façon inopinée alors qu'avoir un entourage social soutenant prédit une meilleure issue des soins et aide à sortir du stade de pré-contemplation. [...] La participation à des groupes associatifs, lorsqu'elle est associée à des soins avec thérapeutes, s'est révélée bénéfique.* » (Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., 2016 1151).

Deuxièmement, les facteurs individuels. Nous retrouvons les « *caractéristiques sociodémographiques* », comme pour l'adhésion il s'agit de l'aspect financier, de l'âge et il faut ajouter le niveau scolaire et l'absence ou non d'emploi de la personne.

Les caractéristiques psychiatriques, « *les patients présentant des comorbidités psychiatriques seraient plus à risque.* » et les traits de personnalité de la personne comme « *désinhibition, méfiance, auto-agressivité, faible estime de soi* », « *antisociale et borderline* » et « *l'impulsivité, voire la recherche de sensations* ». Cependant ces propos ne sont pas une vérité absolue car « *percevoir ses difficultés psychiques ne garantit pas la démarche de soins.* »

Il y a un aspect temporel, « *l'observance des soins diminue avec le temps et l'évolution de la pathologie.* »

Les autres éléments qui peuvent être des freins dans cette situation sont que « *le processus addictif est associé à une rigidité et à une perte de flexibilité cognitive. Des capacités de fonctionnement intellectuel, de fonctions exécutives (capacités d'inhibition, de flexibilité*

mentale, de résolution de problèmes et d'abstraction) et de mémoire prédisent une plus grande possibilité de changement. »

Enfin, « *l'ancienneté, le type et l'intensité de la conduite addictive ont un impact sur la trajectoire de soins et pourraient moduler le parcours de soins.* » (Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., 2016 1151).

Pour finir, « *il y a démarche vers un changement lorsque le sujet a envie de changer, que cela est important pour lui, qu'il s'en sent prêt et capable. Les succès de prise en charge sont statistiquement plus importants lorsque l'objectif visé par le thérapeute coïncide avec celui du patient. [...] L'observance est meilleure si le sujet comprend et s'il est en accord avec les modalités et l'objectif du traitement.* » (Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., 2016 1148).

3. Relation thérapeutique en ergothérapie

Nous avons également pu remarquer dans la partie sur l'adhésion thérapeutique que la relation et la présence du personnel soignant autour du patient était un facteur important. J'aborderais cette partie d'un point de vu psychodynamique.

a. Le cadre thérapeutique

Tout d'abord, avant d'établir la relation thérapeutique, il est nécessaire de passer par une étape importante. Celle-ci est l'installation du cadre thérapeutique.

Nous commencerons donc par définir ce qu'est un cadre. « *Le cadre est à la fois une bordure, un carré, un tableau, un panneau. C'est, dans un sens plus figuré, ce qui circonscrit un espace, une scène. C'est ce qui borne, ce qui impose une contrainte. C'est ce qui limite une réalité abstraite : les conditions qui servent de cadre à un projet.* » (Klein 2016 43).

Mais en ergothérapie plus spécifiquement, le cadre mis en place « *est déterminé par l'ergothérapeute, au début de la prise en charge, que l'on pourrait appeler dans certains lieux « contrat », avec le patient. [...] Il comporte un certain nombre de caractéristiques propres, d'invariants (aspects spatio-temporels) et de fonctions. Il faut pouvoir s'appuyer sur un cadre suffisamment bon et sécurisant et créer des conditions de protection pour le patient et le soignant.* » (Klein 2016 43). De plus, « *le cadre ergothérapeutique exige de savoir*

attendre et accueillir le sujet naissant. Il exige aussi d'être maintenu et gardé de façon à ce que le sujet soit confronté à l'altérité du cadre. Ainsi le patient parviendra-t-il à se confirmer dans l'expérience de la vie de relation. » (Pibarot 2016 34).

En d'autres termes, le cadre thérapeutique mis en place en ergothérapie permet d'avoir une base stable et solide sur lequel le thérapeute peut et doit s'appuyer pour pouvoir aborder un suivi ergothérapeutique de la meilleure manière possible. De plus, ce cadre thérapeutique va permettre à l'ergothérapeute d'installer progressivement la relation thérapeutique dans un climat de confiance. Aussi, le cadre thérapeutique va permettre d'installer au moins une médiation jusqu'à aboutir à ce qu'on appelle une relation médiatisée. En effet, *« le cadre thérapeutique permet l'existence d'un espace intermédiaire, espace de jeu, hérité de l'espace transitionnel. Toutefois, l'espace de l'ergothérapie n'est pas à confondre avec l'espace transitionnel de l'enfant décrit par Winnicott. C'est dans cet espace intermédiaire qu'une relation thérapeutique va pouvoir s'établir, car il s'agit, en ergothérapie, d'utiliser une relation médiatisée. [...] En ergothérapie, c'est l'atelier lui-même qui devrait se proposer comme un espace intermédiaire, entre hôpital et extérieur, cadre spatial et temporel, lieu de sécurité référé à la loi. Ce lieu, idéalement contenant et confidentiel, se propose comme lieu d'expérimentation, où vont se dérouler les processus thérapeutiques. C'est grâce aux qualités de cet espace que le patient pourra, retrouver un espace intermédiaire personnel plus efficace. » (Ergopsy 2015).*

Enfin, *« la garantie qu'offre véritablement l'ergothérapeute n'est donc pas son « savoir-savant », mais sa capacité à tenir un cadre symbolique pour le patient, et dans ce cadre de l'accueillir comme étant sujet de son action ou potentiellement le sujet de son action. » (Pibarot 2016 33).*

b. La relation thérapeutique

Comme nous l'avons dit précédemment, le cadre thérapeutique permet d'aboutir à la création d'une relation thérapeutique.

« Dans le domaine de la relation thérapeutique, Freud a posé de grands principes permettant d'appliquer sa thérapie par la parole. » (Ergopsy 2015)

« Un des critères fondamentaux pour la mise en place d'une relation thérapeutique est la nécessité d'une référence à une loi. En effet, dans toute thérapie, il est nécessaire que chacun des deux protagonistes puisse se référer à un tiers symbolique extérieur et que la relation ne soit pas fantasmée comme étant une relation de toute puissance de l'un envers l'autre. » (Ergopsy 2015). Cette référence à une loi est notamment détenue par le cadre thérapeutique qui contient différentes règles de fonctionnement applicables dans l'atelier.

« Toute relation thérapeutique est donc marquée par des règles de fonctionnement, souvent communes à de nombreux thérapeutes. L'ergothérapeute est lui (ou elle) aussi, soumis(e) à ces règles établies. [...] Une relation thérapeutique est donc soumise à des règles thérapeutiques, clairement explicitées et valables pour chacun. » (Ergopsy 2015).

Dans la relation thérapeutique, il y a deux concepts

« Les concepts largement empruntés à la psychanalyse de transfert et de contre-transfert, nous permettent de comprendre que, la plupart du temps, le patient ne s'adresse pas à nous, mais à notre rôle, à ce qu'il projette et fantasme sur nous. » (Ergopsy 2015)

Le transfert *« Le patient pourra vivre un mode relationnel particulier, c'est à dire projeter dans le temps présent, des comportements, des attitudes, des défenses, significantes de son état psychique. Les sentiments du patient éprouvés à l'égard du ou de la thérapeute ne s'adressent pas à la personne réelle mais à ce qui est projeté sur elle comme attentes, fantasmes, etc... »* (Ergopsy 2015)

Le contre-transfert *« A cette dimension du transfert du patient répond alors notre ressenti propre vis à vis de la personne, de ses positionnements, attentes, demandes, etc... Il s'agit du contre-transfert. Notre contre-transfert envers le patient, peut-être positif ou négatif »* (Ergopsy 2015)

Pour finir cette partie, nous noterons qu'un *« qu'un ou une ergothérapeute n'est pas neutre, se trouve en vue du patient et ne peut pas demeurer une "simple" oreille à l'écoute puisque nous sommes dans une relation active et médiatisée. »*

c. La relation médiatisée

« La relation thérapeutique en ergothérapie est médiatisée, c'est à dire qu'il existe un objet concret, objectif, entre le thérapeute et le patient. C'est donc la théorie de Winnicott qui permettra le plus facilement de comprendre l'entre deux, l'espace intermédiaire, cet espace ni tout à fait du dedans ni tout à fait du dehors, qui fait lien et séparation. C'est dans cet espace que vont se projeter des éléments intra-psychiques et c'est de lui que repartent des éléments extérieurs qui peuvent être intériorisés, introjectés dans le meilleur des cas, ou incorporés en cas de pathologie de type psychotique. [...] C'est dans cette dimension de l'entre deux, dedans et dehors de l'hôpital, de la salle de soins, de soi-même que se situent souvent les ergothérapeutes dans une position de mise en liens. » (Ergopsy 2015)

De plus, nous retrouvons dans le mot « ergothérapie » la racine grecque « ergon » qui signifie « travail ». Cette notion de travail peut plus largement faire référence à l'agir. Cela peut alors se compléter avec la définition de la relation médiatisée. En effet, cet objet concret existant entre le thérapeute et le patient, est une notion spécifique qui pourrait signifier qu'il y ait quelque chose qui fasse tiers à cette relation, et cela pourrait être de réaliser une activité. Cette activité serait alors réalisée grâce à une médiation thérapeutique choisie par le patient, comme nous l'avons évoqué dans la partie sur le suivi ergothérapique.

Enfin, à travers cette relation médiatisée, le patient se retrouvera dans l'agir, aussi bien sur le plan relationnel que physique.

En conclusion de ce cadre conceptuel, nous pourrions dire que nous avons eu accès à des informations sur les patients présentant un syndrome de Korsakoff au niveau de leurs troubles, de leurs parcours de soins. Mais aussi, comment les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès de cette population. Et enfin, sur les notions d'adhésion au suivi thérapeutique d'où la motivation aux soins et la relation thérapeutique et médiatisée découle. A la suite de l'explicitation de ces notions, il a été nécessaire de formuler une hypothèse pour tenter de répondre à la problématique énoncée.

Hypothèse

La relation médiatisée amène le patient à être dans l'agir, puis, peut favoriser une prise de conscience des difficultés et donc le rendre acteur de son suivi thérapeutique.

Cadre exploratoire

Cette partie visera à recueillir des réponses d'ergothérapeutes professionnels sur leurs expériences et leurs pratiques sur le terrain afin de compléter la partie théorique précédente. Pour recueillir ces informations, il a été nécessaire de mettre en place une méthodologie d'enquête.

I. Méthodologie d'enquête

Le but de mon travail d'enquête est de savoir si les personnes présentant un syndrome de Korsakoff rencontrent réellement une problématique d'adhésion aux suivis thérapeutiques et si la relation médiatisée, utilisée en ergothérapie, peut être un moyen permettant cette adhésion.

1. Le choix et la taille de l'échantillon de la population ciblée

J'ai choisi d'interroger quatre ergothérapeutes ayant déjà pu mettre en place un suivi ergothérapique avec des patients présentant un syndrome de Korsakoff. Les ergothérapeutes interrogés ont donc des connaissances sur la pathologie et une certaine habitude d'accompagnement auprès de cette population.

Il n'a pas été aisé d'obtenir la validation de certains ergothérapeutes pour réaliser des entretiens car souvent on me répondait qu'ils ne rencontraient cette population que trop rarement et qu'ils manqueraient de ressources pour répondre à mes questions.

De plus, nous savons à présent que ces patients sont orientés vers des services et des institutions très variés. C'est pourquoi j'ai choisi de contacter des ergothérapeutes ayant une intervention dans une unité spécifique à cette pathologie, des services d'addictologie, d'alcoologie ou de psychiatrie adulte.

J'ai alors pu réaliser deux entretiens téléphoniques et deux entretiens dans les services des ergothérapeutes aux profils variés.

2. La pertinence de l'outil d'enquête

L'outil d'enquête que j'ai choisi d'utiliser est l'entretien semi-directif. Au vu de mon échantillon de la population ciblée, j'aurais donc des réponses plus précises et plus détaillées, ce qui représentera plus de matière à analyser et de pistes de réflexion pour

pouvoir confronter les points de vue des professionnels en fonction de leur lieu de pratique par rapport à une problématique commune. Il me semble donc que le choix d'un outil d'enquête à visée qualitative est le plus pertinent.

Cet outil me paraît également adéquat car en cas de non ou mauvaise compréhension des questions, ou si la réponse manque de détails ou de clarté, il est possible de reformuler les questions et de demander aux professionnels de compléter leurs réponses.

II. Le guide d'entretien

Une fois ces deux étapes franchies, j'ai pu réaliser un guide d'entretien. Celui-ci comprend huit questions balayant les thèmes abordés dans la question de recherche et l'hypothèse. Mais aussi, sur l'intervention des ergothérapeutes auprès de ces patients, pour comprendre les enjeux du suivi thérapeutique et les objectifs des séances.

Thèmes	Questions
Thème A : Structures	<u>Question 1</u> : Dans quels types de structure et de service intervenez-vous auprès des patients présentant un syndrome de Korsakoff ?
Thème B : Syndrome de Korsakoff	<u>Question 2</u> : Quels sont généralement les parcours de soins de ces patients avant et après un suivi dans votre institution ? <u>Question 3</u> : Quels sont les effets de l'anosognosie et du déni sur le suivi thérapeutique de ces patients de manière générale ?
Thème C : Adhésion au suivi thérapeutique	<u>Question 4</u> : Selon vous, quelles pourraient être les actions de l'équipe pluridisciplinaire pour remédier à cette problématique d'adhésion au suivi thérapeutique de ces patients ? <u>Question 5</u> : Dans votre accompagnement en tant qu'ergothérapeute auprès de ces patients, observez-vous des difficultés d'adhésion au suivi thérapeutique ? Comment cela se manifeste-t-il ?
Thème D : Suivi ergothérapeutique	<u>Question 6</u> : Comment se construit le suivi ergothérapeutique et quels sont vos objectifs ?

Thème E : Relation médiatisée	<u>Question 7</u> : Pensez-vous que le recours à la relation médiatisée peut représenter un moyen favorisant l'adhésion au suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
Thème F : Ouverture	<u>Question 8</u> : Quels éléments (ou autres éléments) du suivi ergothérapeutique peuvent selon vous contribuer à l'adhésion au suivi de ces patients ?

Je vais à présent expliciter les questions pour énoncer ce que je cherchais à savoir en posant ces questions.

Dans le thème A et B concernant les structures et le syndrome de Korsakoff, je voulais connaître les parcours de soins de ces patients pour me rendre compte de la succession ou non d'hospitalisation ou de séjour en institution. Je voulais aussi aborder la place de l'institution de l'ergothérapeute interrogé, par rapport au parcours de soins général du patient. C'est-à-dire, est-ce que cet ergothérapeute a une intervention auprès de ces patients avant ou après le sevrage, en début ou en fin de parcours ?

Les deux questions de ce thème mêlées ensemble permettent également de savoir à quel stade se situe les patients par rapport à leur pathologie dans ces institutions.

Dans le thème C qui se concentre sur l'adhésion au suivi thérapeutique, je cherchais à savoir les objectifs du suivi global de l'équipe pluriprofessionnelle et spécifique en ergothérapie. Pour me rendre compte de la cohérence du travail de l'équipe pluriprofessionnelle mais également pour savoir si l'adhésion au suivi thérapeutique était une problématique abordée réellement avec cette population.

Dans le thème D qui s'intéresse au suivi ergothérapeutique, je souhaitais voir si les objectifs auprès de ces patients étaient différents en fonction des ergothérapeutes, comprendre leurs propres enjeux et voir si l'adhésion au suivi thérapeutique pouvait être un objectif à part entière, nécessitant une intervention en ergothérapie.

Dans le thème E qui évoque l'hypothèse, à savoir l'utilisation de la relation médiatisée en ergothérapie comme moyen facilitant l'adhésion au suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff, je cherchais à valider ou réfuter mon hypothèse. Il

était également important de savoir pourquoi ce moyen était éventuellement pertinent et quels étaient les effets réels sur l'accompagnement de ces patients.

Dans le thème F qui est intitulé ouverture, je souhaitais avoir des éléments de réponses si mon hypothèse était réfutée et dans le cas contraire, avoir des pistes de travail supplémentaires pour enrichir mon analyse et ouvrir mon champ de réflexion.

III. Restitution et analyse des résultats obtenus

Dans cette partie nous retrouverons les réponses obtenues par les ergothérapeutes interrogés, classées par thèmes. Une fois leur retranscription (un de ces entretiens est visible en annexe 1), j'ai pu entamer ce travail d'analyse des résultats.

1. Thème A : Les structures

Dans ce thème nous avons pu apprendre que les ergothérapeutes avaient des interventions dans des structures différentes à savoir, une unité spécifique pour les personnes présentant un syndrome de korsakoff, un hôpital de jour en santé mentale, un service intrahospitalier en santé mentale adulte et en gérontopsychiatrie.

Pour conclure sur ce thème, nous pouvons voir à partir des réponses de ces ergothérapeutes, que les patients présentant un syndrome de korsakoff sont plutôt dirigés vers des services en santé mentale et non pas vers des services spécifiques. De plus, les structures énoncées sont différentes au moins en ce qui concerne leurs modalités de fonctionnement (structure à temps plein, de jour). Cette différence laisse donc entrevoir la façon hétérogène d'aborder le syndrome de Korsakoff.

2. Thème B : Syndrome de Korsakoff

A travers ce thème, nous avons dans un premier temps, eu des informations sur le parcours de soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff.

Les ergothérapeutes ont tous commencé leur réponse en disant que le parcours de soins dépendait en fonction de chaque patient.

Cependant, l'ergothérapeute D a eu une réponse plus générale qui permet de se faire une idée sur ce parcours de soin, sa réponse était la suivante, « *il y en a beaucoup qui passent par des établissements addictologiques mais en SSR où là c'est vraiment de la rééducation, souvent c'est des périodes qui sont assez longues, ils peuvent passer d'établissement en établissement, il y en a beaucoup qui enchainent les hospitalisations. Après, une fois que la rééducation est arrivée à son maximum, la suite dépend des patients avec des structures comme : foyer logement, foyer pour travailleurs handicapés qui est doublé avec un ESAT⁹, EHPAD, retour à domicile, MAS¹⁰, FAM¹¹.* »

Nous pouvons également compléter cette réponse avec d'autres services et structures énoncées par les autres ergothérapeutes interrogés à savoir « *SSR en neurologie* », « *services de psychiatrie adulte, cures de désintoxication* », et enfin « *retour à domicile mais avec des aides* ».

Nous retiendrons ici que le parcours de soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff peut réellement varier d'une personne à l'autre. Cela se confirme avec toutes les structures et services citées dans les réponses des quatre ergothérapeutes et vient également appuyer l'aspect hétérogène du suivi abordé dans le thème A.

De plus, nous avons débuté cette partie en énonçant que les ergothérapeutes avaient tous dit que le parcours de soins dépendait selon les patients. Quand les ergothérapeutes emploient le verbe « dépendre », je pense qu'ils veulent mettre derrière ce terme le fait que chaque patient a des capacités et des difficultés propres. Ils n'ont pas les mêmes envies, désirs, les mêmes projets de vie. Mais aussi, certains patients ont un entourage social présent, avec un projet, qui peut être intéressant d'interroger.

Puis dans un second temps, nous avons récolté des récits d'expériences sur les effets de l'anosognosie et du déni sur le suivi thérapeutique de ces patients.

En ce qui concerne le déni et l'anosognosie, l'ergothérapeute A évoque à ce sujet « *ça diminue ben forcément l'adhésion aux soins et aux séances...et la participation aux séances* ». L'ergothérapeute C lui parle de symptôme qui engendre une « *opposition aux soins, critique des soins* ». Enfin l'ergothérapeute D dit à ce sujet, « *ça ne les implique pas dans leur projet de soins, ils ne sont pas acteurs de leur accompagnement* ».

⁹ Etablissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT)

¹⁰ Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

¹¹ Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

On observe donc à travers ces différentes évocations que l'anosognosie et le déni auraient un impact sur l'accompagnement des patients. Cet impact peut alors se remarquer à différentes échelles, pouvant aller d'un refus de participer à une séance jusqu'à une opposition aux soins.

L'ergothérapeute A, a proposé une explication de cette non adhésion provoquée par l'anosognosie : *« si on n'a pas conscience de ses troubles, on n'a pas envie de mettre en place des outils de compensation type carnet mémoire, puisqu'on ne voit pas l'intérêt étant donné qu'on n'a pas conscience du fait qu'on puisse oublier. »*

Elle a également complété cette réponse avec un élément qui nous intéressera particulièrement, *« la participation des patients doit être maintenue par un intérêt pour l'activité. Par exemple, ils viennent plus en atelier cuisine parce qu'ils aiment cuisiner que parce qu'ils travaillent sur des fonctions pour leurs projets de vie en fait. »*

L'ergothérapeute B a ajouté les éléments suivants à sa réponse *« sentiment de persécution, nie toujours qu'elle a besoin d'aide, grande agressivité quand on lui fait constater ses difficultés, enfin dans un déni total ».*

Il y a deux éléments qui retiennent mon attention ici.

Le premier est qu'il y a trois ergothérapeutes sur quatre qui ont eu des réponses faisant parties du champ lexical de l'adhésion au suivi thérapeutique. Selon ces réponses, nous pouvons penser qu'il existe bien un lien entre l'anosognosie, le déni et l'adhésion au suivi thérapeutique.

Le deuxième est que sur ces trois ergothérapeutes, nous en avons deux qui parlent d'anosognosie et une qui parle de déni. Il semble apparaître que pour la question de la non conscience des troubles, certains patients vont plutôt présenter une anosognosie, c'est-à-dire développer un symptôme dont l'origine sera plutôt de l'ordre du cognitif, ou bien un déni de leurs difficultés, dont l'origine sera plutôt d'ordre psychique.

Nous pourrions également faire un lien entre l'utilisation des termes d'anosognosie et de déni avec les structures où interviennent ces ergothérapeutes. Il semble que dans les structures à visées plutôt de réadaptation, le terme d'anosognosie sera d'avantage utilisé que le terme de déni et inversement pour les structures en santé mentale.

Enfin, l'ergothérapeute B, n'a pas parlé d'adhésion au suivi, il observe plutôt que les patients « *se demandent ce qu'ils font ici* ». Il continue et exprime aussi que « *l'anosognosie complique vraiment la prise en charge* ». Nous pouvons alors penser que l'ergothérapeute met seulement en lien l'anosognosie et la perte de sens du parcours de soins.

Pour finir, il a exprimé qu'il existait une réelle différence entre un patient anosognosique et un patient dans le déni de ses difficultés. Il m'a alors expliqué que selon son point de vu, « *le patient va être anosognosique par le fait que c'est l'alcool qui entraîne les troubles et il va être dans le déni pour sa consommation d'alcool. Il n'a pas conscience que sa consommation d'alcool influe sur sa mémoire entre autres.* »

En conclusion pour ce thème, nous pouvons observer que de manière générale, les patients présentant un syndrome de Korsakoff rencontrent divers types de structures dans leur parcours de soins. En fonction des difficultés que rencontre la personne, mais aussi de leurs projets de vie et de la présence ou non d'un entourage social, elle sera dirigée vers les différentes structures énoncées précédemment. Nous pouvons également penser que c'est certainement le symptôme qui a déclenché le suivi du patient, qui a influencé l'orientation vers un type de structure. C'est-à-dire par exemple, que si le patient a plutôt rencontré des difficultés d'ordre psychique, alors il sera d'avantage dirigé vers une structure en santé mentale.

Puis, les effets de l'anosognosie et du déni viennent accentuer cette problématique d'adhésion aux soins pouvant aller jusqu'à une opposition totale. Ce sont alors des troubles qu'il faut réellement prendre en compte lors d'un accompagnement avec ces patients, et il existe des moyens qui peuvent limiter leur impact dans le suivi thérapeutique. Nous retrouvons principalement le fait de donner du sens aux activités que les patients réalisent, afin que celles-ci ne soient pas proposées et exécutées dans le seul but de répondre aux objectifs de l'accompagnement. C'est-à-dire, qu'il faut que les patients soient le plus possible acteurs de leur suivi, car ils arriveront davantage à saisir le sens et à acquérir une motivation pour réaliser tout ce qu'ils feront.

3. Thème C : Adhésion au suivi thérapeutique

Premièrement, l'ergothérapeute B a commencé sa réponse en disant que « *l'adhésion aux soins, c'est assez difficile pour les patients* ». Il semble apparaître que la question de l'adhésion au suivi thérapeutique auprès de cette population est une problématique qui s'observe dans l'accompagnement. Cela pourrait nous faire penser que cette problématique est abordée et réfléchiée en équipe, pour tenter de trouver et de mettre en place des solutions.

Pour les quatre ergothérapeutes interrogés, l'action principale de l'équipe pluriprofessionnelle permettant de remédier à la non adhésion au suivi thérapeutique est de créer une relation de confiance. Mais, il est également important pour eux de mettre en place des activités ludiques avec un côté attractif en fonction des centres d'intérêts des patients qui leur permettent d'avoir entre les mains un objet concret. Ces deux éléments pourraient sans doute permettre une accroche dans le suivi du patient. C'est-à-dire, que cela pourrait permettre aux patients d'investir une activité puis une personne et peut être que cet investissement pourrait générer un aspect plaisant et une certaine motivation à aller en séance. Cependant, il doit exister d'autres moyens pouvant favoriser une adhésion au suivi thérapeutique.

Les ergothérapeutes A et B, proposent un travail en équipe autour de la prise de conscience des difficultés. L'ergothérapeute A nous dira que « *si notre psychologue nous dit que c'est plus de l'anosognosie, et bien du coup, là on peut plus faire des bilans cognitifs, plus mettre les patients en difficulté, mais si c'est vraiment que du déni du coup il vaut mieux protéger ça et puis trouver un équilibre psychique.* »

Il semble important de déceler ce qui est de l'anosognosie et du déni pour préserver l'équilibre psychique des patients quand ils sont dans le déni de leurs difficultés. Il ne faudrait pas risquer à tort, de vouloir à tout prix leur faire prendre conscience de quelque chose, alors qu'ils risquent par la suite un effondrement psychique d'ordre dépressif voire mélancolique par exemple.

L'ergothérapeute B, a complété sa réponse en disant qu'il était nécessaire que tous les membres de l'équipe répondent aux interrogations des patients pour diminuer les angoisses qu'ils peuvent ressentir. Il a également terminé sa réponse en abordant, comme l'ergothérapeute A, la notion d'activité, mais il a ajouté un point qui m'a particulièrement

interpellée, « *on va faire des activités pour essayer de le rediriger et de faire en sorte qu'il adhère au suivi.* »

Pour cet ergothérapeute, la phase d'adhésion au suivi thérapeutique semble être en lien avec la réalisation d'activités.

Enfin, l'ergothérapeute D a ajouté qu'il était nécessaire d'attendre que le patient formule son propre projet de vie et qu'il ne fallait pas projeter sur le patient ses propres attentes et objectifs.

Cette réponse peut alors faire penser qu'il est difficile pour certains patients d'exprimer un projet, il serait intéressant de savoir ce qui rend cela complexe.

Puis, dans leur accompagnement ergothérapique, les ergothérapeutes observent des difficultés d'adhésion diverses au suivi thérapeutique.

Les quatre ergothérapeutes observent de manière globale une perte de sens chez les patients. L'ergothérapeute A, complète sa réponse en disant que le facteur temporel joue un rôle majeur, « *au début du suivi ils viennent souvent parce que c'est un nouveau lieu, qu'il faut faire les bilans. Ils se sentent acteurs, et puis en fait c'est plus au cours de la prise en charge qui est souvent assez longue à cause des difficultés sociales, deux ans après ils ont plus de mal à venir aux séances parce qu'ils ne se projettent pas dans l'endroit où ils vont aller plus tard parce que même nous on ne sait pas où ils vont aller.* »

Le fait de rester longtemps dans des structures semble, encore une fois, avoir un rôle sur le fait d'être acteur de l'accompagnement et provoquer une perte de sens, comme si cela se dégradait avec le temps. Il n'y aurait alors finalement pas que le déni et l'anosognosie qui puissent avoir une incidence sur l'adhésion au suivi thérapeutique.

L'ergothérapeute B, a ajouté qu'il observait chez ces patients un trouble de la volition. Il faut qu'il s'y reprenne à plusieurs fois pour faire venir les patients en séance, pour cela il tente d'expliquer l'intérêt de l'atelier mais il est souvent mal perçu par les patients à cause de leurs différents troubles.

Pour conclure sur ce troisième thème, les éléments fondamentaux permettant une adhésion aux soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff, est de mettre en place une relation de confiance et de proposer des activités attrayantes, adaptées aux patients et surtout significatives.

Il semble également pertinent d'ajouter qu'il faut préserver l'équilibre psychique des patients en limitant leurs angoisses, c'est-à-dire, en comblant leurs pertes de mémoire par les informations manquantes et en limitant les situations d'échecs, en respectant le rythme de chaque patient.

Enfin, nous remarquons que les difficultés telles que l'anosognosie et le déni, peuvent avoir des répercussions sur le suivi thérapeutique car il est possible que les patients présentent une perte de sens dans leur accompagnement, une difficulté à se projeter hors de la structure et une perte de volonté d'être dans l'action. Il est possible que cet élément soit accentué avec le parcours de soins de ces patients (l'enchaînement des structures), car les patients peuvent manquer de repères et être d'autant plus désorientés.

Les repères peuvent être spatiaux, c'est-à-dire qu'il peut être difficile par moment pour les patients de se repérer dans la structure, ils peuvent aussi être de l'ordre de l'environnement humain. Cela peut se compliquer si on ajoute les troubles mnésiques, car il peut devenir réellement complexe de faire confiance à quelqu'un, même à un professionnel de santé, si on ne se rappelle plus de son intervention dans la structure.

4. Thème D : Suivi ergothérapeutique

Le suivi ergothérapeutique des quatre ergothérapeutes se construit relativement de la même manière.

Ils commencent par instaurer une relation de confiance avec les patients grâce à des discussions formelles, comme le premier entretien, ou informelles. Au cours du premier entretien, ils évaluent la demande du patient ainsi que son projet de vie. Cependant, comment réussissent-ils à évaluer la demande du patient s'il n'a pas conscience de ses troubles ?

Ensuite, ils réalisent différents bilans mais ils peuvent également évaluer les troubles des patients grâce à des observations lors des ateliers.

Enfin, ils mettent en place des objectifs en accord avec les patients pour permettre la réalisation de leurs projets de vie. Pour cela ils vont travailler en lien avec les autres professionnels au sein de la structure mais aussi avec des professionnels extérieurs (ESAT, foyer de logement...) pour mettre en place le projet de vie.

L'ergothérapeute A, cherche également à savoir la demande de l'entourage du patient quand il est présent.

Les quatre ergothérapeutes établissent leurs objectifs en fonction des capacités et des envies du patient par rapport au projet de vie et ils ont des objectifs en commun.

Ils travaillent avec les patients sur la relation et tente de favoriser leur expression, la stimulation des fonctions cognitives à travers des activités diverses et enfin, ils abordent la faille narcissique du patient qui a provoqué l'alcoolisation et ont une action de revalorisation des patients.

Les objectifs des ergothérapeutes A et D sont d'orienter les patients vers des structures extérieures (ESAT, foyer de vie ou un logement autonome) ou vers un réinvestissement de leur ancien logement., de travailler sur la remédiation cognitive en observant si la personne fait encore des progrès ou non comme elle ne s'alcoolise plus et de retrouver des habitudes de vie et des stratégies pour être plus autonome dans la vie quotidienne.

L'ergothérapeute B, a ajouté qu'il essayait de faire en sorte que le patient trouve une activité qui puisse combler le manque de l'alcoolisation et d'éviter une réalcoolisation.

En conclusion de ce thème, nous pourrions dire que la construction du suivi ergothérapie se réalise plutôt de manière classique, c'est-à-dire que les objectifs se mettent en place en ayant pris en compte le projet de vie, les désirs et les capacités du patient.

Les objectifs principaux de ces suivis sont la socialisation, l'expression verbale ou non, le travail des fonctions cognitives et la revalorisation en passant par la confiance en soi.

Il semble important d'accompagner ces patients sur tous ces objectifs pour qu'une fois à domicile ou dans un lieu de vie, ils réussissent à avoir une vie stable avec de nouvelles ou non habitudes de vie et confiance en leurs projets et en eux pour se reconstruire.

Enfin, les particularités de suivi avec ces patients pourraient être, que la mise en place de la relation de confiance peut être difficile, c'est pourquoi il semble intéressant d'utiliser également des discussions informelles, pour mieux connaître la personne et d'installer l'accompagnement et la relation progressivement.

En fonction du lieu de pratique de l'ergothérapeute il peut utiliser ou non des bilans normés pour évaluer les capacités cognitives par exemple.

L'entourage de ces patients n'est pas toujours présent compte tenu du contexte de l'addiction à l'alcool et de la raison de leur dépendance alcoolique passées. Cet aspect peut représenter un frein pour la construction d'un suivi thérapeutique mais aussi, pour la connaissance de la

personne. En effet, en répercussion aux troubles mnésiques de ces patients, on retrouve des zones d'ombre sur leur histoire et leur parcours professionnel par exemple. Il faudra prendre cet élément en compte dans le suivi, car cela pourra générer des angoisses, et il faudra le travailler avec le patient.

Il est important de faire remarquer qu'à cette question, aucun ergothérapeute n'a abordé l'adhésion au suivi, nous pourrions alors penser qu'il ne s'agit pas d'un objectif ciblé par les ergothérapeutes interrogés.

5. Thème E : Médiation thérapeutique

Les quatre ergothérapeutes sont d'accord pour dire que le recours à la médiation thérapeutique représente un moyen favorisant l'adhésion au suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff.

J'ai choisi de mettre en avant deux réponses, celle de l'ergothérapeute A, « *En tant qu'ergothérapeute j'aurais des difficultés à dire non* » et celle de l'ergothérapeute D « *Oui, tout médiateur est bon à prendre, comment faire autrement* ». Il semble que le fait de s'adresser à des ergothérapeutes ait joué un rôle sur la réponse, car la réalisation d'activités fait clairement référence à notre champ d'intervention.

L'ergothérapeute A, explique qu'en proposant des activités qui intéressent le patient, il pourra plus facilement se mobiliser et être dans l'agir. Dans les premiers temps, cela va permettre de créer une relation de confiance et par la suite il va observer ses capacités et ses difficultés et il peut même arriver que certains patients prennent conscience de leurs troubles et ne sentent plus en capacité de retrouver leur domicile ou reprendre leurs activités antérieures.

L'intérêt pourrait être qu'il existe divers médiateurs qui peuvent s'adapter à chaque personne dans leur accompagnement.

L'ergothérapeute B nous dit, qu'en ayant les mains occupées, le patient va parler plus librement, ce qui va permettre d'aborder des sujets peut être plus sensibles pour lui.

L'ergothérapeute C nous fait part de l'aspect motivationnel que représente la médiation pour les patients mais aussi de son aspect valorisant, renarcissant en créant quelque chose de concret ou en ayant un accès à la culture.

L'ergothérapeute D met également l'accent sur l'aspect concret des activités manuelles notamment mais aussi sur le fait qu'il faut que la personne trouve un médiateur qui lui corresponde pour qu'il y ait des effets sur l'adhésion thérapeutique. « *Il est obligatoire de trouver des médiateurs qui correspondent aux patients.* »

Il semble intéressant de développer le lien qu'il existe entre un médiateur adapté et l'adhésion thérapeutique. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en réalisant une activité plaisante, le patient va s'épanouir dans cette activité, projeter des ressentis positifs et créer une accroche qui pourrait finir, à terme, par une adhésion.

Grâce à la diversité des médiations que peut proposer l'ergothérapeute, on peut penser que le patient va pouvoir trouver une matière qui fasse sens pour lui et aller ainsi vers l'élaboration d'un objet dans une direction signifiante. Il peut donc s'agir d'une activité signifiante pour le patient, donc en plus de permettre d'être dans l'agir, la médiation pourrait également amener du sens au patient. Au final, nous pouvons également aborder l'aspect symbolique de la continuité. C'est-à-dire que nous pouvons penser que le mécanisme de création est continu quand il s'agit d'une activité signifiante et donc que cela pourrait apaiser le patient qui se trouve dans un parcours de soins discontinu.

Pour conclure ce thème, nous dirons qu'en tant qu'ergothérapeute, il peut être possible d'utiliser les médiations thérapeutiques comme moyen pour permettre une adhésion aux soins des patients présentant un syndrome de Korsakoff. Il apparaît également que la création d'une relation de confiance avec les patients puisse permettre cela. Aussi, en étant dans l'action, ou autrement dit, l'acteur d'une activité, cela pourrait favoriser la personne à être acteur de son accompagnement et donc d'adhérer à son suivi thérapeutique.

Les médiations doivent correspondre à la personne pour qu'elle puisse ressentir tous les effets bénéfiques. C'est-à-dire, se revaloriser car on a réussi à créer un objet concret, une sortie culturelle qui nous a permis d'apprendre des choses, de changer sa routine, de se sociabiliser, de s'exprimer oralement ou grâce à l'expression corporelle, manuelle.

6. Thème F : Ouverture

Les quatre ergothérapeutes interrogés nous disent spontanément que sans avoir créé une relation de confiance, il n'est pas possible d'accompagner ces patients et d'observer chez eux une adhésion aux soins. « *La relation de confiance doit être créée, on ne construit rien sans ça* ».

Pour l'ergothérapeute A, il est nécessaire d'être dans le concret du patient, de savoir sa problématique et ce qui pourrait le mobiliser car en réalisant son projet, il va nous identifier comme une personne de confiance et quand il viendra en atelier, il nous associera à l'atelier donc comme quelque chose de positif car on aura touché sa mémoire émotionnelle et cela permettra de faciliter son adhésion aux soins.

Pour l'ergothérapeute B, il faut réaliser un suivi en individuel car les patients ont besoin d'être écouté et de parler, mais aussi parce que le suivi individuel favorise la création de la relation de confiance.

L'ergothérapeute B et C ajoutent qu'en plus d'un accompagnement psychique (relation de confiance) il faut également un accompagnement physique, c'est-à-dire faire des sorties hors de la structure pour changer d'environnement, faire naître des désirs mais aussi pour accompagner vers la sortie.

Pour conclure ce dernier thème, nous dirons qu'une nouvelle fois, l'importance de la relation de confiance s'est démarquée avec également le fait de respecter les envies et le projet du patient lors de l'accompagnement psychique et physique. Le fait de respecter les envies pourrait alors faire naître une sorte de lien de confiance entre le thérapeute et le patient qui pourrait aboutir sur un investissement du suivi thérapeutique.

Discussion

Dans cette partie, nous tenterons de mettre en lien les informations de la partie théorique avec les réponses obtenues lors des entretiens avec les quatre ergothérapeutes. Aussi, nous pourrons développer des notions que les ergothérapeutes ont abordés et qu'il semble intéressant de détailler.

I. Vérification de l'hypothèse

Après avoir réalisé quatre entretiens avec des ergothérapeutes et analysé leurs réponses, nous pouvons à présent revenir sur l'hypothèse qui avait été formulée à la suite du cadre conceptuel.

Pour rappel, cette hypothèse est : La relation médiatisée amène le patient à être dans l'agir, puis, peut favoriser une prise de conscience des difficultés et donc le rendre acteur de son suivi thérapeutique.

Tout d'abord, nous pourrions dire que les quatre ergothérapeutes interrogés ont exprimé que l'utilisation des médiations thérapeutiques était nécessaire pour favoriser l'adhésion au suivi thérapeutique. Cette relation, faisant intervenir des médiations, est alors qualifiée de relation médiatisée.

Pour eux, l'utilisation de médiateurs permet de créer plus facilement une relation thérapeutique car en se concentrant sur un objet, une expression corporelle peut apparaître. Par exemple, quand une personne réalise une activité, et plus particulièrement un objet, ce sont ses mains qui vont le fabriquer sous la coupe de l'imagination. Si celle-ci réalise une activité sportive, c'est son corps tout entier qui sera en action. En observant comment cette personne agit avec son corps, comment elle se tient, ou encore, comment elle place son corps dans l'espace quand elle est seule et quand elle ne l'est pas. Tous ces éléments, appartenant au non verbal, permettront de mettre en avant une forme d'expression.

De plus, cela pourra faciliter par la suite une expression verbale. En effet, naturellement ou non, la personne pourra élaborer sur ces ressentis personnels sur l'activité. Elle pourra faire des liens avec ses expériences passées ou ses projets à venir.

Ensuite, au vu du nombre de médiations qu'il existe, il est possible de proposer au patient une médiation qui a du sens pour lui et de ce fait, devenir une activité signifiante mais aussi valorisante. Nous pouvons peut-être penser qu'en réalisant une activité signifiante, nous pourrions voir naître une sorte de motivation pour la personne. Cette notion de motivation a également été abordée lors du cadre conceptuel, durant l'explicitation du terme d'adhésion et détaillé plus en détails par la suite. En d'autres termes, la motivation admet une consonance d'action, de faire, de maintien, dans le but de réaliser quelque chose. Il semble pertinent de la mettre en lien avec une notion, évoquée par un ergothérapeute lors de l'entretien, celle de volition. La volition s'observerait aussi par des agissements guidés par la volonté en vue d'obtenir un résultat, c'est-à-dire le fait de réaliser quelque chose. Les notions de motivation et de volition me semblent donc étroitement liées, complémentaires voir même semblables et à prendre largement en compte dans un contexte de non adhésion au suivi thérapeutique.

Si nous poursuivons un peu plus cette idée, nous pourrions ajouter que le patient pourrait sortir d'une forme de passivité en réalisant une activité et observer ses propres capacités et difficultés s'il s'agit d'une activité qu'il avait pour habitude de réaliser.

Il y a plusieurs idées qu'il semble important de relever et de compléter. En effet, nous pourrions dire qu'il est important de bien choisir les médiateurs que nous proposons. Pour cela, il peut sembler primordial de laisser faire le choix au patient car c'est lui qui réalise l'activité. S'il est difficile pour la personne de faire un choix, il faudra alors accompagner le patient dans cette démarche. En choisissant son activité et en faisant un choix, le patient pourra se sentir acteur et continuer cette dynamique jusque dans son suivi thérapeutique global et donc permettre une adhésion à son suivi.

Nous pourrions également penser qu'il est important de suffisamment écouter le patient, à propos de ses goûts, de ses loisirs. Ou encore, de construire un projet d'activité conjointement. Tout cela dans le but de voir ce qui pourrait faire sens pour lui.

Enfin, l'aspect valorisant de la réalisation d'une activité et de la création d'un objet tel qu'il soit, permet de faire le contrepied face à une perte de confiance qui s'était installée progressivement lors de l'alcoolisation.

Si nous prenons en compte ces réponses, nous pouvons dire que l'hypothèse formulée précédemment est validée. Cependant, la dernière question des entretiens a permis de nourrir ces premières réponses car de nouveaux éléments sont apparus.

Nous pouvons alors dire que l'utilisation des médiations thérapeutiques n'est pas suffisante pour permettre une adhésion au suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff. Selon les ergothérapeutes interrogés il y a quatre éléments qui viennent s'y ajouter.

Le premier élément qui vient compléter l'utilisation des médiations thérapeutiques est la création d'une relation de confiance. Celle-ci peut s'acquérir au fur et à mesure du suivi et peut être particulièrement fragile avec ces patients.

Il est possible de penser que l'utilisation de médiations thérapeutiques et la création d'une relation de confiance sont étroitement liées. En effet, en réalisant une activité signifiante, le patient pourra y assimiler l'ergothérapeute. Cette vision positive de l'ergothérapeute pourra dans ce cas déboucher sur la facilitation de la création de relation de confiance.

Le deuxième élément qui permet d'enrichir l'utilisation des médiations thérapeutiques est le respect des envies, des désirs et des choix des patients. C'est-à-dire de respecter le projet du patient s'il a pu l'élaborer ou de l'accompagner dans son élaboration. Cela ne se cantonne pas seulement au choix de la médiation thérapeutique mais à tous les choix auxquels le patient peut faire face lors de son parcours de soins.

Le troisième élément est le dispositif utilisé c'est-à-dire s'il s'agit de séances individuelles ou en groupe. Nous pouvons retrouver plusieurs effets pour ces deux types de séances.

Les facilitateurs des séances individuelles sont de laisser un espace aux patients pendant lequel ils pourront être entendus, parler plus librement, avoir à nouveau confiance en quelqu'un, s'interroger sur leurs problématiques, leurs envies.

Les limites des séances individuelles sont qu'il n'y a pas de socialisation, dans le sens contact avec un groupe.

A contrario, les facilitateurs des séances en groupe sont un accès à une socialisation, ou encore d'entrer doucement dans l'activité

Les limites des séances en groupe sont moins s'exprimer, se perdre dans le groupe.

Il semble alors important d'utiliser ces deux dispositifs à bon escient, pour qu'ils soient le plus bénéfique possible pour le patient.

Enfin, le quatrième élément est l'accompagnement du patient vers la sortie. Cela peut contribuer à la facilitation de l'adhésion au suivi thérapeutique car en accompagnant le patient dans ses différentes étapes vers la sortie vers un lieu de vie voire un retour à domicile,

En conclusion, nous pourrions dire qu'il serait trop réducteur de ne prendre en compte qu'un seul élément de réponse à cette problématique complexe qu'est l'adhésion au suivi thérapeutique. Mais aussi, que les réponses de quatre ergothérapeutes ne peuvent suffire à valider une hypothèse, car cela ne peut être représentatif de tous les ergothérapeutes de France.

Il faut également ajouter, qu'il y a d'autres éléments que le déni et l'anosognosie qui sont liés à la difficulté d'adhésion au suivi thérapeutique, comme les troubles mnésiques ou une désorientation spatiale par exemple. Il semble aussi important de mettre du sens et du signifiant lors de la proposition de médiations, mais aussi plus globalement, en tout point de l'accompagnement du patient. Il est possible de penser qu'en ce qui concerne la médiation, le fait de construire un objet ou de réaliser une activité du début à la fin, puisse offrir un sentiment de cohérence et de continuité que le patient n'a pas ou peu vécu dans son parcours de soins. Ce sentiment de cohérence pourrait, de manière symbolique, se projeter sur le suivi thérapeutique général du patient, en lui faisant ressentir comme signifiant et continu.

Enfin, concernant l'accompagnement du patient, cela peut se faire en équipe pluriprofessionnelle, en réalisant une réflexion commune autour d'un projet d'équipe signifiant pour le patient. Par exemple, le but de cette réflexion pourrait être qu'il n'y ait pas de contradictions entre les différentes interventions des professionnels.

II. Axes de réflexion supplémentaires

A travers les recherches réalisées pour le cadre théorique mais aussi grâce aux entretiens avec les ergothérapeutes, il y a des notions qu'il semble important d'aborder car elles me questionnent et nécessitent une mise en avant.

La première notion est apparue dès l'élaboration de la question de recherche. Il s'agit du peu de structures ou de services spécialisés pour les patients présentant un syndrome de Korsakoff.

C'est un élément qui m'a interpellée tout au long de la rédaction de ce travail de recherche. Quel est l'impact de la structure ou du service sur le suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff ? Une unité spécialisée à cette population peut-elle favoriser une adhésion au suivi thérapeutique ?

La deuxième notion est qu'il n'existe que très peu d'écrits sur la pathologie elle-même et sur les conduites à tenir avec ces patients. De plus, lors de la recherche d'ergothérapeutes professionnels intervenant auprès de cette population, il s'est révélé assez complexe de trouver des structures qui accueilleraient cette population et de surcroît où il y avait une intervention ergothérapeutique. Cela reflète-t-il un manque de ressources général quant au traitement des personnes présentant un syndrome de Korsakoff ? Une stigmatisation de cette population ?

La troisième notion s'allie avec les observations faites durant toute ma formation. Celle-ci est l'importance du travail en équipe pluriprofessionnelle. Les patients présentant un syndrome de Korsakoff comme tous les patients que nous pouvons rencontrer, ont des problématiques et des troubles divers nécessitant donc l'intervention de différents professionnels de santé. Le travail en complémentarité de tous ces professionnels semble alors primordial pour que le patient puisse avancer dans son parcours de soin dans sa globalité, pour qu'aucun aspect ne soit mis de côté.

Enfin, la quatrième notion est revenue à plusieurs reprises au fil de mon travail. A travers les écrits et durant les entretiens avec les quatre ergothérapeutes, nous avons pu observer que la notion de relation était très souvent abordée.

Dans le cadre conceptuel, nous avons pu apprendre qu'une addiction à l'alcool avait souvent pour conséquence de perturber les relations entre le consommateur et son entourage. Ensuite, la notion de relation a été abordée dans le parcours de soins de ces patients mais aussi lors de l'explication des notions d'adhésion et de motivation. Mais dans ce cas-là, il s'agissait d'un type particulier de relation, la relation thérapeutique, c'est-à-dire celle construite entre un patient et le professionnel de santé qui intervient auprès de lui.

Dans le cadre exploratoire, les ergothérapeutes ont mentionné à plusieurs reprises la notion de relation de confiance. Même si les ergothérapeutes cherchent à mettre en place la relation de confiance, nous ne pouvons pas dire que ce dispositif est spécifique à cette profession. En effet, il est utilisé par tous les professionnels de santé et cela vient donc renforcer l'aspect

primordial du travail complémentaire de tous les professionnels faisant partie intégrante de l'équipe pluriprofessionnelle. Les professionnels de santé mettent-ils tous en place la même relation de confiance ? Peuvent-ils tous utiliser les mêmes dispositifs ?

III. Les limites

1. La méthodologie d'enquête

Dans cette partie nous aborderons les limites observées lors de la réalisation de la phase exploratoire. C'est-à-dire les éléments qui ont moins bien fonctionnés et les pistes d'amélioration possible

Les questions de l'entretien étaient destinées à des ergothérapeutes exerçant dans des lieux différents. Certaines questions paraissaient assez subjectives ou trop générales selon les situations. Ils n'avaient pas tous le même nombre de patients présentant un syndrome de Korsakoff. Cela a alors eu un impact sur leurs réponses car en fonction des profils de ces patients il y a une multitude de réponses possibles.

Ensuite, au vu de la diversité des lieux pouvant accueillir des patients présentant un syndrome de Korsakoff, il aurait pu être intéressant de réaliser un questionnaire.

Cependant, en utilisant un questionnaire, il peut être difficile de saisir le réel sens des propos des ergothérapeutes interrogés. Mais aussi, il aurait été nécessaire de réaliser une étude en amont sur toutes les structures accueillant cette population en France.

Puis, j'avais déjà pu échanger avec une ergothérapeute interrogée sur cette question d'adhésion au suivi thérapeutique auprès des patients présentant un syndrome de Korsakoff. Il est possible que cela ait joué dans ses réponses et qu'elle n'ait pas autant explicité ses réponses, comme quand nous en avons parlé pour la première fois.

Enfin, le dernier élément que j'apporterais et que j'aurais dû interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes. Grâce à cela j'aurais pu davantage nuancer mes réponses, analyser des données plus significatives et obtenir davantage d'éléments ou des réponses plus fines en croisant tous les regards des ergothérapeutes.

2. Le mémoire d'initiation à la recherche

Dans ce travail, je me suis particulièrement focalisée sur l'anosognosie et le déni qu'on peut observer chez les patients présentant un syndrome de Korsakoff. De plus, je me suis également intéressée au travail de l'équipe pluriprofessionnelle. Il aurait été intéressant que je prenne en compte le travail des neuropsychologues et des psychologues, et les objectifs que nous pourrions développer ensemble pour ces deux troubles.

Conclusion

Lors de mes stages et durant la réalisation de mon cadre conceptuel, j'ai pu remarquer que les patients présentant un syndrome de Korsakoff admettent des troubles cognitifs sévères divers, liés à une consommation chronique et excessive d'alcool. Les troubles cognitifs présents chez ces patients, plus particulièrement l'anosognosie et le déni, ont différents impacts dans leurs vies mais également dans leurs parcours de soins.

J'ai également choisi d'ajouter la notion d'adhésion au suivi thérapeutique car c'est une problématique qui m'a intéressé durant ces trois années de formation et qui fait corps avec cette population.

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai concilié ces deux notions et tenté d'avoir des éléments de réponses et de savoir comment le suivi ergothérapeutique pouvait avoir une incidence sur l'adhésion au suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff.

Le travail exercé en phase exploratoire m'a permis d'enrichir mes connaissances sur le sujet en recevant de nombreuses informations et d'entamer, après les entretiens, des réflexions avec les ergothérapeutes interrogés autour de mon sujet, notamment sur la question de l'adhésion au suivi.

L'analyse des résultats obtenus lors des entretiens a permis de mettre en avant que l'utilisation des médiations thérapeutiques pouvait être un moyen favorisant l'adhésion au suivi des patients présentant un syndrome de Korsakoff. En effet, le fait d'être acteur d'une activité pourrait par la suite amener une prise de conscience des capacités du patient et initier des objectifs personnels. Mais aussi, qu'il était primordial qu'une relation de confiance soit établie pour que l'accompagnement se réalise plus simplement.

Cependant, ces éléments ne constituent pas une réponse type et peuvent varier ou ne pas fonctionner pour certains patients.

Pour finir, il a été mentionné qu'il paraissait important de respecter les envies et les désirs des patients quant aux choix des activités proposées pour faire naître une motivation et permettre une accroche et une adhésion au suivi thérapeutique plus aisée.

Mais comment pouvons-nous accompagner un patient présentant un syndrome de Korsakoff vers cette adhésion s'il refuse la relation et n'a aucune appétence pour les activités telles qu'elles soient ?

De plus, comment mettre en place une relation avec une personne en rupture de liens sociaux depuis plusieurs années ?

Bibliographie

Ouvrage

Lançon, C. (2013). *Conduites addictives et processus de changement*. Montrouge : Editions John Libbey Eurotext.

Articles

Delostal, C., Sanahuja, A., (2015). Sevrage alcoolique et pulsion de mort : clinique du vide. *Cliniques méditerranéennes*. 92, 245-260.

Eyzop, E., Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., (2016). Prendre en compte la motivation aux soins dans un parcours en addictologie. A partir de l'exemple du trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent. *La presse médicale*. 45, 1147-1153.

Godefroy, O., (2009). Fonctions de contrôle frontales et syndromes dysexécutifs : quelles délimitations et quelles avancées ? *Revue de neuropsychologie*, 1,12-15.

Klein, F., (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? dans H. Hernandez, (dir), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, 37-54. Belgique : De Boeck-Solal.

Le Berre, A-P., Eustache, F., Beaunieux, H., (2009). La métamémoire : théorie et clinique. *Revue de neuropsychologie*. 1, 312-320.

Monjauze, M. (1999). Les médiations thérapeutiques, dans Anzieu, D. (dir.), *La part alcoolique du Soi : La prise en charge clinique des patients alcooliques*. 255-278. Paris : Dunod

Pibarot, I., (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie dans H. Hernandez, (dir), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, 27-36. Belgique : De Boeck-Solal.

Pitel, A-L., Beaunieux, H., Sullivan, E., et al, (2009). Le syndrome de Korsakoff revisité. *Revue de neuropsychologie*, 1, 84-89.

Sites internet

- INPES 2016 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/index.asp>
(consulté le 15 Septembre 2016)
- OMS 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
(consulté le 15 Septembre 2016)
- INPES 2008 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
(consulté le 18 Octobre 2016)
- Drogues info service <http://www.drogues-info-service.fr/content/view/pdf/4484>
(consulté le 06 Décembre 2016)
- HAS 2014 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/apathie_fiche_de_synthese_2014-10-07_16-36-45_104.pdf
(consulté le 18 Octobre 2016)
- Médipedia <http://fr.medipedia.be/alcoolisme/causes/alcoolisme-facteurs-de-risque>
(consulté le 31 Janvier 2017)
- Aide-alcool <https://aide-alcool.be/consommation-problematique-cercles>
(consulté le 31 Janvier 2017)
- Larousse
http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publicque/90008
(consulté le 15 Septembre 2016)
- OMS 2010 http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf
(consulté le 18 Octobre 2016)
- OMS Europe 2012 <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021> (consulté le 18 Octobre 2016)
- HAS 2015 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives
(consulté le 15 Octobre 2016)
- Ministère de la santé 2015 <http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017> (consulté le 23 Octobre 2016)
- HAS 2014 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf (consulté le 23 Octobre 2016)

- HAS 2014 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf
(consulté le 23 Octobre 2016)
- HAS 2014 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660673/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge-de-l-apathe
(consulté le 18 Octobre 2016)
- OMS http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
(consulté le 06 Décembre 2016)
- Alcoolinfoservice <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-court-terme>
(consulté le 06 Décembre 2016)
- Famidac 2008 <https://www.famidac.fr/IMG/pdf/korsakoff-brochure.pdf>
- ANFE 2016 <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
(consulté le 11 Décembre 2016)
- OMS http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/
(consulté le 31 Janvier 2017)
- Em-consule <http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>
(consulté le 14 Février 2017).
- CRIP 2014 <http://lecrip.org/wp-content/uploads/2015/10/2--Facteurs-explicatifs1.pdf> (consulté le 14 Février 2017).
- Ergopsy 2015 <http://www.ergopsy.com/alcoolisme-a572.html>
(consulté le 15 Février 2017)
- HAS 2013 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/ipaqss_fiche_descriptive_sad.pdf
(consulté le 16 Février 2017).
- HAS 2011 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
(consulté le 16 Février 2017)
- Ergopsy 2015 <http://www.ergopsy.com/fonctions-du-cadre-a401.html>
(consulté le 26 Février 2017)
- Ergopsy 2015 <http://ergopsy.com/freud-et-le-transfert-a471.html>
(consulté le 26 Février 2017)

- Ergopsy 2015 <http://www.ergopsy.com/relation-mediatisee-a613.html>
(consulté le 26 Février 2017)

Annexes

Annexe 1 : Retranscription d'un entretien

Question 1 : Dans quels types de structure et de service intervenez-vous auprès des patients présentant un syndrome de Korsakoff ?

Réponse 1 : *Donc une unité spécifique, qui s'oriente vers les patients atteints du Syndrome de Korsakoff. Donc, après leur hospitalisation en aigue et un service SSR. Ils arrivent à la MAS unité Korsakoff pour travailler sur la réadaptation et sur tout ce qui est retour à domicile ou insertion dans le travail.*

Question 2 : Vous avez plus ou moins répondu à la deuxième question qui porte sur le parcours de soins avant et après un suivi dans votre institution. Voulez-vous compléter votre réponse ?

Réponse 2 : *Donc oui, en SSR ils ont plus de la remédiation cognitive donc intensive et ici on est vraiment là pour les mettre en situation écologique et évaluer le projet de vie et du coup (...) réfléchir au mieux sur les axes de réadaptations : ESAT, FAM, MAS, EHPAD...voilà*

Question 3 : Quels sont les effets de l'anosognosie et du déni sur le suivi thérapeutique de ces patients de manière générale ?

Réponse 3 : *Du coup, de manière générale, ça diminue ben forcément l'adhésion aux soins et aux séances...et la participation aux séances parce que du coup si on n'a pas conscience de ses troubles, on n'a pas envie de mettre en place des outils de compensation type carnet mémoire, puisqu'on ne voit pas l'intérêt étant donné qu'on n'a pas conscience du fait qu'on puisse oublier. Et (...) du coup la participation des patients doit être maintenue par un intérêt pour l'activité. Par exemple, ils viennent plus en atelier cuisine parce qu'ils aiment cuisiner que parce qu'ils travaillent sur des fonctions pour leurs projets de vie en fait. Voilà (...) c'est plus, on essaie de mettre des ateliers ludiques pour vraiment (...) pouvoir nous travailler sur des objectifs de soins et pouvoir créer l'alliance thérapeutique avec eux.*

Question 4 : Selon vous, quelles pourraient être les actions de l'équipe pluridisciplinaire pour remédier à cette problématique d'adhésion au suivi thérapeutique de ces patients ?

Réponse 4 : *Alors du coup, la première chose c'est créer des ateliers, toujours se repenser, créer des ateliers avec un côté très ludique avec un côté attractif en fonction des centres d'intérêts des patients. Parce que, ça, ça marche bien quand même. (...)*

Ensuite, il faut quand même travailler sur la prise de conscience des difficultés mais nous dans cette unité on essaie d'éviter une mise en échec qui serait trop douloureuse donc en fait on essaie (...) de faire prendre conscience des capacités restantes et du coup en creux des difficultés. (...) Et du coup on essaie aussi, forcément le déni étant un mécanisme de défense, si on arrive à déterminer ce qui est de l'anosognosie et du déni et bien on essaie de pas toucher aux défenses de la personne, en fait, si notre psychologue nous dit que c'est plus de l'anosognosie, et bien du coup, là on peut plus faire des bilans cognitifs, plus mettre les patients en difficulté, mais si c'est vraiment que du déni du coup il vaut mieux protéger ça et puis trouver un équilibre psychique.

Question 5 : Dans votre accompagnement en tant qu'ergothérapeute auprès de ces patients, observez-vous des difficultés d'adhésion au suivi thérapeutique ? Comment cela se manifeste-t-il ?

Réponse 5 : *Alors (...) Du coup il peut y avoir pour certain une perte de sens « mais pourquoi je fais ça », « à quoi ça sert » par exemple quand on fait le bilan du EF2E, on a eu une dame qui nous a dit « ben oui mais moi je saurais le faire parfaitement si j'étais chez moi, mais là c'était juste parce que je ne suis pas chez moi que je ne sais pas faire, c'est comme si on était chez une copine ça (rire) » Du coup, là il y a pour eux...on est en situation semi-écologique, on est n'est pas encore en situation écologique du coup c'est ça qui rend les choses difficiles parce que les gens, ils ont le sentiment que quand ils seront chez eux tout va très bien se passer. Donc (...) ils ont un peu une pensée magique comme quoi quand ils vont sortir de toute façon tout se passera très bien et du coup, on a vraiment la...en fait au début du suivi ils viennent souvent parce que c'est un nouveau lieu, qu'il faut faire les bilans. Ils se sentent acteurs, et puis en fait c'est pour au cours de la prise en charge qui est souvent assez longue à cause des difficultés sociales, deux ans après ils ont plus de mal à venir aux séances parce qu'ils ne se projettent pas dans l'endroit où ils vont aller plus tard parce que même nous on ne sait pas où ils vont aller. Donc ça c'est...ça rend plus difficile le suivi et donc du coup on essaie vraiment de mettre toute la prise en charge écologique plutôt à la fin avec des (...) vraiment une transition entre le futur lieu de vie et l'unité parce que c'est là que ça fait émerger la demande, c'est quand ils commencent à se rendre compte que ce*

n'est pas magique en fait et que, effectivement quand ils sont dehors ce n'est pas plus facile. Donc c'est ça les difficultés d'adhésion, c'est vraiment le fait que « ben non quand je serais chez moi tout se passera très bien ». (Rire)

Question 6 : Comment se construit le suivi ergothérapeutique et quels sont vos objectifs ?

Réponse 6 : Du coup le suivi commence toujours par un entretien, pour évaluer la demande du patient puis son projet. Donc après il y a le bilan (...) donc on parle aussi de la demande de l'entourage dans le projet pour savoir s'ils sont entourés, s'il y a une compagne, un compagnon, si c'est plutôt père, mère, enfants, voilà savoir un peu qui est l'environnement social et ce que eux ils souhaitent, vers où on va aller et du coup en fonction du bilan on détermine les objectifs donc pour certaine personne, qui ont déjà un bilan, avec une bonne récupération du coup on va plus les orienter soit vers un travail protégé en ESAT avec un foyer de vie ou un logement autonome ou réinvestir leur ancien logement et puis du coup en fonction du bilan si le bilan est très déficitaire on va travailler sur la remédiation cognitive, sur essayer de voir ce que la personne fait encore des progrès parce que le fait de ne pas consommer d'alcool ça permet quand même de faire des progrès et ici comme ils sont sans alcool pendant 1 an et demi et ben en fait on voit qu'on continue de progresser du coup pour d'autres patients ça va être juste de travailler sur la relation, de (...) de commencer à s'orienter, de stimuler toutes les fonctions cognitives et de pouvoir ben ensuite d'un petit peu les décliner dans la vie quotidienne, retrouver sa chambre, essayer de se lever à l'heure enfin voilà, retrouver des habitudes de vie qui sont compatibles avec un futur lieu de vie en collectivité. Donc en fait les objectifs ils vont être très variés puisqu'on a une grande palette, on va dire, de patients avec des capacités très différentes. Voilà et on essaie du coup de travailler sur des objectifs de réhabilitation, de remédiation cognitive mais aussi on essaie de travailler quand on fait des activités plus expressives sur ce qu'il se joue pour la personne ou est-ce qu'elle en est maintenant, ce qu'elle peut dire enfin parce qu'on voit que souvent c'est des personnes qui ont tendance à beaucoup se dévaloriser aussi qui ont des grandes difficultés du coup nous c'est ce qu'on essaie de travailler, de favoriser l'expression parce que forcément l'alcoolodépendance, là en terme de (...) de pathologie au niveau du Korsakoff elle est devenue très très neurologique. Les plus gros déficits qu'on voit c'est au niveau neurologique mais elle est bien venue de quelque part au départ et du coup il faut qu'on essaie quand même de travailler sur la faille narcissique sur ce qui a pu créer la dépendance à l'alcool au début et si c'est toujours sous-jacent derrière en fait.

Question 7 : Pensez-vous que le recours à la médiation thérapeutique peut représenter un moyen favorisant l'adhésion au suivi thérapeutique des patients présentant un syndrome de Korsakoff ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Réponse 7 : *Ben en tant qu'ergothérapeute j'aurais des difficultés à dire non (rire) mais oui bien sur déjà parce que du coup en permettant de proposer des activités qui sollicitent le résident, qui l'intéresse (...) qui vraiment vont le faire se mobiliser dans l'agir et ben du coup ça va être intéressant ça va être de permettre de travailler avec lui (...) et du coup lui ça lui permet au départ de juste créer une relation de confiance avec nous et de ne pas être trop confronté à ses difficultés ce qui peut être très douloureux au départ. Et puis au fur et à mesure qu'on travaille sur des objectifs annexes comme je t'ai dit tout à l'heure la valorisation tout ça, ça permet aux patients quand même de voir les capacités, de voir ses difficultés et du coup en entretien de bilan, quand on fait des pauses dans les activités on a des patients qui peuvent nous dire « ben là je ne suis pas encore prêt à faire ça tout seul », « là j'appréhende ça » donc en fait ça favorise quand même l'adhésion parce que déjà au départ l'activité permet la relation thérapeutique en ergothérapie grâce au travail avec l'objet donc ça c'est intéressant et puis le médiateur permet vraiment de proposer des accompagnements très différents à chaque personne et du coup de s'adapter aux capacités de chacun.*

Question 8 : Quels autres éléments du suivi ergothérapeutique peuvent selon vous contribuer à l'adhésion au suivi de ces patients ?

Réponse 8 : *Alors (...) moi je pense qu'il faut être dans le concret du patient et savoir qu'elle est sa problématique actuelle et qu'est-ce qui pourrait le mobiliser donc c'est pour ça que quand on construit le projet avec lui, des fois le patients il n'a pas de désirs ou il n'a pas de projet donc ça déjà il faut essayer de le construire avec lui et c'est ça qui va le mobiliser et à l'inverse quand il en a un et ben on arrive à réaliser ce projet avec lui par exemple même si à l'entrée, ce qu'il veut c'est faire des week-ends à la maison par exemple et ben de permettre ça, en étant en sécurité et voilà, dans un environnement bienveillant pour lui ben ça va favoriser la relation de confiance aussi donc du coup ça va favoriser son adhésion aux soins parce qu'il va nous identifier nous comme une personne de confiance voilà et qui suit son projet et qui l'accompagne là où il en est aujourd'hui donc ça c'est important je pense de vraiment entendre la demande du patient et de ne pas nous se fixer des objectifs qui vont être pour chacun, voilà, retrouver un appartement ou (...) avoir un travail du coup nous on*

a des patients ici qui déjà, on a juste travailler sur la relation et en fait on les sent beaucoup plus apaisés, beaucoup plus dans le lien et ça déjà, ça leur permet ce lien de confiance, c'est ça qui permet l'adhésion aux soins parce que en fait il nous reconnaissent pas par nos prénoms ou par notre fonction mais implicitement ils ont mémorisé que ce qu'ils faisaient en atelier (...) était positif pour eux et du coup quand on va les chercher pour venir en atelier et ben du coup ça se passe bien et peut être ils viennent spontanément en atelier alors que eux (...) ils n'ont pas le sentiment de nous connaître vraiment avec notre nom, notre prénom, notre fonction mais ils savent que ce qu'ils vont faire avec nous c'est positif pour eux donc voilà. En fait il faut essayer de toujours la mémoire aussi émotionnelle et ça on peut le faire en travaillant vraiment sur des activités qui touchent leurs centres d'intérêts voilà, ou qui travaillent particulièrement autour de leur problématique je pense.

Résumé

Mots clefs : Suivi ergothérapeutique – Syndrome de Korsakoff - Adhésion au suivi thérapeutique – Relation médiatisée – Médiations thérapeutiques

Les patients présentant un syndrome de Korsakoff admettent des troubles cognitifs sévères liées à une consommation d'alcool de manière chronique. Il est fréquent que cette population rencontre une problématique d'adhésion au suivi thérapeutique, due aux troubles qu'ils présentent, notamment l'anosognosie ou le déni. L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui est habilité à accompagner des patients présentant ce type de troubles grâce aux différents moyens qu'il a en sa possession et des divers champs d'intervention où il peut agir. Le sujet de ce travail est de savoir comment le suivi ergothérapeutique peut avoir une incidence sur l'adhésion au suivi thérapeutique de cette population. Plus particulièrement, si la relation médiatisée peut être considérée comme un moyen favorisant l'adhésion au suivi thérapeutique. Les entretiens réalisés auprès de quatre ergothérapeutes intervenant auprès de ces patients ont montré que les médiations thérapeutiques significatives pour les patients, accompagnées d'une relation de confiance, sont perçues comme des moyens facilitant cette adhésion au suivi. Cependant, comment pouvons-nous mettre en place une relation avec une personne en rupture de liens sociaux depuis plusieurs années ?

Key words : Occupational therapy monitoring – Korsakoff's syndrome – Compliance to follow-up – Mediated relationship – Therapeutics mediations

Patients with Korsakoff syndrome have severe cognitive impairment associated with chronic alcohol intake. It is common for this population to encounter issues of compliance to therapeutic follow-up, due to the disorders they present, in particular anosognosia or denial. The occupational therapist is a health professional who is empowered to accompany patients with this type of disorder through the various means in their possession and the various fields of intervention in which they can act. The subject of this work is to establish how occupational therapy monitoring can affect the adherence to therapeutic follow-up of this population. More specifically, this study considers whether the mediated relationship can be considered as a means favoring adherence to therapeutic follow-up. Interviews with four occupational therapists working with these patients showed that meaningful mediations for patients, accompanied by a relationship of trust, are perceived as facilitating this adherence to follow-up. However, how can a relationship be established with a person who has been outside social relationships for several years ?