

INSTITUT DE FORMATION  
EN ERGOTHÉRAPIE

- Montpellier -

**ERGOTHERAPIE ET ADDICTOLOGIE :**  
**Accompagnement vers un équilibre occupationnel**

Mémoire d'initiation à la recherche

UE 6.5 S6

**Nicolas MAO**

**Juin 2016**

"Plus d'hommes se sont noyés dans l'alcool que dans la mer."

William -Claude. Fields, 1940.

# REMERCIEMENT

*« Sous la direction de Nadia ROUFFANEAU,  
Ergothérapeute au service d'addictologie de l'hôpital St-Eloi »*

Je remercie tout d'abord mon maître de mémoire, Nada Rouffaneau, ergothérapeute au service d'addictologie de l'hôpital St-Eloi à Montpellier, pour son soutien, son suivi et ses nombreux conseils. Je la remercie également pour le partage de ses connaissances et de son expérience.

Je remercie monsieur Guineau, référent du suivi du mémoire, pour son accompagnement lors des travaux dirigés. Je tiens également à remercier madame Boussagol pour son expertise sur les sciences de l'activité humaine et monsieur Petit sur la méthodologie, qui ont été des personnes de référence pour moi.

Je remercie les ergothérapeutes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, notamment pour leur temps qu'ils m'ont accordé.

Mes remerciements vont enfin à mes amis et mes collègues de promotions qui m'ont accompagné tout au long de mon cursus, et tout particulièrement à Camille Bontron pour sa patience à mon égard.

Et surtout, je remercie infiniment mes parents pour leur soutien continu durant ce travail et tout au long de ma formation.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>A. PROBLEMATIQUE PRATIQUE</b> .....	<b>2</b>
I. L'alcool-dépendance.....	2
I.1. Présentation.....	2
I.2. Une addiction.....	3
I.3. Les critères de dépendance.....	3
I.4. Ses conséquences.....	4
I.5. Un problème de santé publique.....	5
II. Les moyens de prise en charge du sujet alcool-dépendant.....	6
II.1. Les mesures de l'Etat.....	6
II.2. Les lieux de prise en charge.....	6
II.3. Les temps de prise en charge.....	8
II.4. Les professionnels de santé intervenant.....	9
III. L'ergothérapie.....	11
III.1. Etat des lieux et perspectives de la profession.....	11
III.2. L'ergothérapeute, acteur de changement.....	11
III.3. L'ergothérapie en addictologie.....	12
Synthèse.....	13
<b>B. PROBLEMATIQUE THEORIQUE</b> .....	<b>14</b>
I. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	14
I.1. L'être.....	15
I.1.1. La volition.....	15
I.1.2. L'habituatation.....	15
I.1.3. Les capacités de rendement.....	15
I.2. L'agir.....	16
I.2.1. La participation.....	16
I.2.2. Le rendement.....	16
I.2.3. Les habiletés occupationnelles.....	16
I.3. L'environnement.....	16
I.4. La personne.....	17
II. Le Modèle de l'Equilibre Occupationnel.....	17
II.1. Historique.....	17
II.2. Caractéristiques de l'Equilibre Occupationnel.....	19
III. Le Modèle transthéorique du changement.....	20
III.1. Précontemplation.....	20
III.2. Contemplation.....	21
III.3. Action.....	22
III.4. Maintien.....	22
III.5. Rechute.....	23

<b>C. METHODOLOGIE.....</b>	<b>24</b>
I. Choix de la méthode .....	24
II. Population ciblée .....	24
III. L’outil de recherche .....	25
III.1. Choix de l’outil.....	25
III.2. Elaboration de la grille d’entretien .....	26
III.3. Passation des entretiens.....	28
III.3.1. Constitution de l’échantillon .....	28
III.3.2. Présentation des variables de l’échantillon .....	28
IV. Résultats de l’étude .....	29
IV.1. Analyse quantitative.....	30
IV.2. Analyse qualitative.....	30
<b>D. DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
I. Liens avec les problématiques pratiques et théoriques .....	44
I.1. Le Modèle de l’Occupation Humaine (MOH).....	44
I.2. Le Modèle de l’Equilibre Occupationnel.....	46
I.3. Le Modèle transthéorique du changement .....	47
II. Discussion des résultats .....	48
III. Discussion et critiques de la méthodologie .....	50
III.1. Problématique pratique .....	50
III.2. Problématique théorique .....	51
III.3. Etude.....	51
IV. Pistes de réflexions / Hypothèses d’un travail ultérieur.....	52
V. Intérêts professionnel et personnel .....	53
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

# INTRODUCTION

---

Lors de ma fin de deuxième année de formation en ergothérapie, il fallut chercher un thème pour l'élaboration du mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. J'ai alors essayé de prendre du recul sur ma formation, sur mes envies, sur mes convictions en tant qu'ergothérapeute en devenir...

Depuis mes premiers cours en ergothérapie, je me suis intéressé à un enseignement central en ergothérapie : la science de l'activité humaine. Cet enseignement était à mon goût trop peu développé durant la formation d'ergothérapeute. Puis après avoir analysé « *l'activité humaine : un potentiel pour la santé* » de Morel-Bracq et de ses collaborateurs (2015), j'ai souhaité m'orienter vers les habitudes de vie qui ont une importance primordiale, puisqu'elles sont en corrélation directe avec la santé d'un sujet et sa qualité de vie.

J'ai par conséquent cherché une population où les habitudes de vie sont en lien avec la pathologie. Je me suis vite orienté vers l'addictologie ; l'objet ou le comportement addictif envahissant bien souvent les habitudes de vie du sujet. Après avoir commencé la réalisation de ma revue de littérature, entrant dans l'unité d'enseignement *méthode de recherche 5.3. S4*, sur les addictions et sur leur prise en charge, je me suis attardé sur un point important : le nombre élevé de rechutes des patients alcoolo-dépendants suite à un sevrage, après leur retour dans leur environnement. J'ai alors compris que l'ergothérapie avait un rôle important à jouer, afin de limiter le nombre de rechutes. Je me suis donc demandé :

**« Comment s'inscrit l'ergothérapie dans la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes ? »**

Afin de répondre à cette question d'étude, je présenterai tout d'abord l'alcoolo-dépendance, l'ensemble de sa prise en charge, ainsi que l'ergothérapie. Après avoir effectué cet état des lieux, je dégagerai ma question de recherche. Dans un second temps, je m'appuierai sur les trois modèles et concepts qui découlent de cette problématique, dans l'optique d'apporter davantage de valeurs scientifiques à mon étude. Je poursuivrai cette recherche par la création d'un outil de recueil de données, afin de l'appliquer pour effectuer une enquête de terrain. Pour conclure, j'analyserai les résultats obtenus à partir des modèles et concepts choisis, pour tenter de répondre à ma problématique.

# A-PROBLEMATIQUE PRATIQUE

---

Pour cette problématique pratique, je présenterai dans un premier temps l'alcoolodépendance, pour ensuite recenser les moyens de prise en charge de cette pathologie et pour finir nous étudierons plus précisément l'ergothérapie en addictologie.

## **I. L'alcoolodépendance**

### I.1. Présentation

Trotter, T. évoque pour la première fois les conséquences néfastes de la consommation abusive d'alcool sur l'organisme en 1804. Il la qualifie « *d'habitude pathologique* ». Par la suite, en 1993 Pierre Fouquet définit l'alcoolisme comme « *la perte de la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool.* » Au fil du temps, le terme d'alcoolisme est de moins en moins utilisé, du fait de sa connotation péjorative. Aujourd'hui, on préfère parler d'alcoolodépendance ou encore de maladie d'alcool.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi des seuils de consommation d'alcool, afin d'identifier un seuil pathologique. L'usage ponctuel représente une consommation d'alcool occasionnelle avec quatre verres maximum. L'usage régulier quant à lui, est divisé en plusieurs seuils : plus de trois verres par jour ou vingt et un verres par semaine chez l'homme, et plus de deux verres par jour ou quatorze verres par semaine chez la femme, avec une abstention de toute consommation au moins un jour par semaine, ou plus de quatre verres durant la même occasion pour les deux sexes. Au-delà de ces limites, une consommation pathologique est identifiée. Si cette consommation persiste alors on peut parler d'alcoolodépendance chronique.

A partir d'une consommation pathologique, des signes cliniques physiologiques peuvent apparaître. Ils peuvent se caractériser par divers tremblements, des troubles du sommeil, de l'humeur, du comportement, des troubles digestifs et musculaires, ainsi qu'une importante fatigue ou asthénie.

Selon l'OMS (2005 ; 2006), l'alcoolodépendance est identifiée comme une maladie chronique. « *Une maladie chronique correspond à une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. (...) Leur point commun est qu'elles retentissent sur les dimensions sociales, psychologiques et économiques de la vie du malade* ». De plus, d'après l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm)

suite à un traitement, seulement un tiers des patients reste abstinents à un an, et 10 à 20% au bout de quatre ans.

L'alcool-dépendance est donc une maladie invalidante et présente un fort taux de rechute.

## I.2. Une addiction

Selon la 5<sup>ème</sup> édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM V), l'alcool fait partie des addictions et correspond à un trouble lié à une substance.

L'étymologie du terme addiction est latine. Elle vient de ad-dicere « dire à ». A l'époque de la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient dits à leur maître. L'addiction témoigne donc une absence d'indépendance et de liberté, voire d'un esclavage.

Goodman en 1990 identifie l'addiction comme "*un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives*". La dépendance peut se présenter sur différentes formes. En effet elle peut être psychologique, physique et psycho-comportementale.

## I.3. les critères de dépendance

Le DSM V définit l'addiction comme un mode d'utilisation inadapté d'un produit, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit



7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit

8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. syndrome de sevrage du produit caractérisé

b. le produit est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La présence de 2 à 3 critères détecte une addiction légère. L'existence de 4 à 5 critères indique une addiction modérée. A partir de 6 critères l'addiction est qualifiée de sévère.

Selon les critères de dépendance du DSM V, l'alcoolodépendance se traduit par un impact sur l'ensemble des activités de vie quotidienne.

#### I.4. Ses conséquences

La consommation excessive d'alcool présente des conséquences physiques, psychiques, cognitivo-comportementales, sociales et financières pour l'individu dépendant. De plus, la 10<sup>e</sup> Révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) 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. »*.

Ainsi la dépendance à l'alcool impacte sur les habitudes de vie du patient et entraîne un déséquilibre occupationnel. En effet la personne alcoolodépendante utilise son temps et énergie à la consommation d'alcool, au détriment des autres activités.

## I.5. Un problème de santé publique

- Epidémiologie :

D'après L'InVS (Institut National de Veille Sanitaire) on compte en France 4 à 5 millions de buveurs excessifs et 1.5 à 2 millions de personnes alcoolo-dépendantes. C'est l'addiction la plus fréquente en France après le tabac.

- gravité :

La consommation excessive d'alcool contribue de façon directe ou indirecte à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins. Il s'agit de la 2<sup>e</sup> cause de mortalité prématurée en France. L'alcool serait responsable de 49 000 décès par an en France. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité prématurée après le tabac (BEH Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Mai 2013). De plus, l'alcool consommé à un seuil pathologique réduirait l'espérance de vie d'environ 10 ans et il représenterait un facteur de risque dans 25 % de l'ensemble des pathologies.

- Coût :

Selon l'Inserm (2009): « *La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives ; bien supérieure au coût du tabac ou de la toxicomanie aux produits illicites que ce soit en terme de perte de revenus et de productivité (près de 50 % de ce coût), de dépenses des sociétés d'assurances en charge de l'indemnisation des accidents (20 %), de dépenses de santé directes hospitalières et ambulatoires (16 %), de perte de prélèvements obligatoires (10 %) et de dépenses liées à la prévention (3,2 %) »*. Une prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant en hospitalisation coûte à la sécurité sociale en moyenne 48 194,37 euros, pour 63 jours. Cette prise en charge comprend 21 jours de sevrage et 42 jours de post-cure. Cette durée d'hospitalisation est un forfait annuel par personne. S'il y a dépassement de ce délai, le patient et/ou sa mutuelle doivent couvrir les frais supplémentaires.

L'impact financier direct et indirect de la maladie d'alcool est estimé à plus de 11 milliards d'euros par an.

Par conséquent, de par sa fréquence, sa gravité et ses répercussions sociales et financières, les éléments donnés ci-dessus permettent de démontrer que l'alcoolo-dépendance reste un problème de santé publique. Il présente donc une utilité sociale et un besoin important de prendre en charge cette maladie chronique.

## II. Les moyens de prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes

### II.1. les Mesures de l'Etat

- Etudes épidémiologiques du phénomène dans le temps, avec des organismes tels que : InVS, SFA(Société Française d'Alcoologie), COPAAH (Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière).

- Législatives : loi Evin du 10 janvier 1991, loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) adoptée le 21 juillet 2009, loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé aussi appelée « loi Kouchner », loi concernant la répression de l'ivresse publique, loi concernant la vente d'alcool aux mineurs, loi de sécurité routière concernant l'alcoolisation au volant, loi relative à l'alcoolisation sur le lieu de travail référencée dans le code du travail, loi concernant la restriction du commerce de l'alcool, loi interdisant la publicité de produits alcoolisés ; un plan ministériel de Santé Publique concernant la lutte contre les addictions nommé : « Prise en charge et la prévention des addictions » a été mis en place entre 2007 et 2011 en France ;

- De prévention : INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) grâce à la mise en place d'actions nationales de prévention primaire, secondaire et tertiaire qui visent à réduire le nombre de nouveaux cas, à les traiter précocement ou à en réduire les conséquences ;

- de recommandations sanitaires de bonnes pratiques: promulguées par l'HAS (Haute Autorité de Santé) en matière de prise en charge des patients alcoolo-dépendants, destinées aux centres de soins et aux professionnels.

Ainsi, de nombreuses mesures sont effectuées par l'état, afin de contrer ce problème de santé publique.

### II.2. Les lieux de prise en charge

Les sujets alcoolo-dépendants ont la possibilité de s'orienter vers différents dispositifs et professionnels. Ces derniers se sont progressivement organisés et structurés par la mise en place de diverses mesures faites par l'Etat, notamment avec le Plan 2007 - 2011 pour la prise en charge et la prévention des conduites addictives, visant « à restructurer l'offre de soins, à l'organiser pour placer le patient au coeur du dispositif en apportant à la fois une réponse médicale et une réponse médico-social ». A l'heure d'aujourd'hui nous pouvons distinguer :

Trois secteurs dans le champ sanitaire :

- Le secteur hospitalier : composé d'une filière hospitalière de soins addictologiques (Circulaire n° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008) ayant pour but « *d'offrir à chaque personne ayant une conduite addictives d'accéder à une prise en charge globale et graduée* » à travers une organisation en 3 niveaux :
- Des structures de niveau 1, de proximité : consultations, sevrages résidentiels simples, activités de liaison.
  - Des structures de niveau 2, de recours : D'une part il s'agit de structures de court séjour (soins résidentiels complexes en hospitalisation complète ou en hôpital de jour). D'autre part, des services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (S.S.R.A) qui ambitionnent « *de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation* ». Ils proposent au delà du suivi médical, un soutien psychothérapeutique et un programme socio-éducatif destinés à soutenir la réadaptation.
  - Des structures de niveau 3, de référence, qui sont des pôles hospitalo-universitaires d'addictologie.
- Le secteur psychiatrique : Concerne les individus ayant une co-morbidité psychiatrique indépendante associée à l'alcool-dépendance, relativement fréquent chez les sujets dépendants à l'alcool. (Gammeter R, 2002).

Il y a également les professionnels de santé exerçant en ville, tels que les médecins généralistes ou les pharmaciens.

Un dispositif médico-social spécifique essentiellement composé d'une part de Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.) regroupant les lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie) et les drogues illicites (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes), ainsi que des Consultations jeunes consommateurs. D'autre part, il est constitué de Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques des Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.) possédant comme but la prévention via de l'information et d'une aide à l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables.

Une fois que la personne alcool-dépendante a entrepris la démarche de soin au sein d'une structure, il s'insère dans un processus de prise en charge, lui proposant un accompagnement vers

l'abstinence et son maintien. Les structures d'addictologie peuvent être davantage portées sur l'approche psychanalytique ou cognitivo-comportementale.

### II.3. Les temps de prise en charge

La prise en charge de l'individu alcoolo-dépendants s'organise autour d'étapes importantes.

Le Dr Pierre Guibé (2010) a établi les trois étapes principales du parcours du sujet dépendant à l'alcool :

La préparation : Cette étape correspond aux premières consultations avec un médecin généraliste ou un addictologue. Elle coïncide à la « pré-cure ». C'est une période importante d'échanges et d'informations essentielles sur les modalités de prise en charge, le sevrage, la prise en charge... Les premiers objectifs peuvent être ainsi établis. L'adhésion du patient au soin est indispensable, excepté une situation d'urgence médicale. Il est donc primordial de laisser à l'individu le temps de prendre le temps de s'engager et en parallèle, de répondre à ses doutes et interrogations.

Le sevrage : C'est l'arrêt total de la consommation d'alcool. Selon l'importance de la dépendance, mais également selon le contexte environnemental du patient, le sevrage peut être mis en place en ambulatoire ou bien en hospitalisation. Le traitement comprend une réhydratation, une vitaminothérapie, et la prise de psychotropes sédatifs pour prévenir les signes physiques du sevrage.

La consolidation : Cette étape correspond au maintien de l'abstinence pour retrouver une vie satisfaisante sans le produit addictif. Il s'agit d'un travail au long terme qui nécessite une équipe pluridisciplinaire. Lorsque cette étape est réalisée en centre post-cure, il peut-être proposé au patient des « permissions » pour qu'il se confronte à son environnement habituel. Son environnement pouvant fortement influencer sa consommation d'alcool, le patient pourra raisonner sur des stratégies envisageables à adopter afin d'éviter la rechute.

La rechute est fréquente chez le sujet alcoolo-dépendant. En effet, des études ont démontré « *qu'à la suite d'un traitement résidentiel, les taux de rechute variaient entre 60 et 85%, quatre à dix ans après le traitement.* » (Uehlinger C, 1998).

Au cours de son parcours de soin, le patient rencontre de nombreux professionnels afin de l'accompagner dans son projet d'abstinence.

#### II.4. Les professionnels de santé intervenant

Du fait de cette maladie multifactorielle, la prise en charge est un problème complexe. Par conséquent il est important de travailler en interdisciplinarité avec les différents professionnels de santé.

Voici les principaux acteurs d'une prise en charge pluridisciplinaire :

- Les médecins : L'individu alcoolo-dépendant se confronte bien souvent en premier au médecin généraliste. Puisqu'il constitue des aspects de proximité et d'accessibilité. Par la connaissance de son patient, par son écoute, il peut faire naître chez le patient une prise de conscience de sa dépendance. Il peut ensuite orienter le patient vers une prise en charge médicamenteuse avec un traitement de substitution, mais également proposer une orientation vers d'autres professionnels ou structures spécialisées en addictologie, comme le médecin addictologue spécialisé dans la prévention et les soins des addictions. De plus le médecin psychiatre également peut intervenir. Au sein de la structure, le médecin coordonne les soins des autres intervenants et prescrit les prises en charge spécifiques aux différents patients.
- Le psychologue : Il accompagne le patient par un suivi psychothérapeutique en séance individuelle. Plusieurs approches existent, mais généralement le travail psychothérapeutique en addictologie consiste, d'une part, à gérer la réalité de l'addiction, et d'autre part, à augmenter la conscientisation du patient sur la place et le sens du produit dans sa vie personnelle. Ce professionnel peut également utiliser des thérapies de groupe ou des thérapies conjugales ou familiales lorsque cela est nécessaire.
- Les infirmiers et aides soignants : L'infirmier délivre les traitements de substitutions aux opiacées, contrôle leurs effets et supervise le suivi du traitement. Il a aussi un rôle de prévention et d'éducation ainsi que d'écoute auprès des patients. L'aide soignant participe à la surveillance de l'état général du patient, le stimule pour les activités de la vie quotidienne, et assure un soutien psychologique. Ce personnel aide également les patients à coordonner les rendez-vous et les séances de rééducation.

- Le neuropsychologue : il a pour mission d'évaluer l'origine et l'importance des troubles des fonctions cérébrales et peut proposer ainsi un réentraînement des fonctions cognitives.
- Le psychomotricien : il s'intéresse à la revalorisation de l'image corporelle avec des patients qui ont souvent une image dévalorisée. Il travaille sur la recherche d'une conscience corporelle, et favorise la gestion des émotions, notamment l'anxiété, par des techniques corporelles.
- Le diététicien : Il propose une prise en charge nutritionnelle adaptée individuelle en fonction des troubles que peut présenter le patient alcoolodépendant (dénutrition, diabète, complications cardiovasculaires, troubles du comportement alimentaire, surpoids, cirrhose...). Il effectue également une éducation nutritionnelle sur l'équilibre alimentaire et procure des informations concernant l'alcool contenu dans l'alimentation.
- L' EAPA (Educateur en Activités Physiques Adaptées) : il a comme objectif d'accompagner le patient à retrouver une démarche dynamique par un réentraînement à l'effort. Il participe à la rééducation fonctionnelle des conséquences de la maladie, comme par exemple l'équilibre et la coordination. L'activité physique en groupe favorise la socialisation, une valorisation et contribue à accroître la confiance en soi.
- L'assistante sociale : elle facilite les formalités à réaliser par les patients et leurs familles pour l'obtention de prestations et d'aides de tous genres. Ce professionnel intervient dans la sphère sociale, administrative, juridique et professionnelle du patient. Il favorise sa réinsertion sociale et/ou professionnelle en l'accompagnant dans ses démarches.
- L'ergothérapeute : Le rôle de l'ergothérapeute sera présenté ci-dessous.

Malgré d'importants moyens de prise en charge, le taux de rechute des individus dépendants à l'alcool est très élevé. Nous allons voir quelle est la place de l'ergothérapie dans cette prise en charge.

### III. L'ergothérapie

#### III.1. Etat des lieux et perspectives de la profession

Selon l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2007), l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.

Chaque année, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé publie un rapport sur la démographie des professions de santé de l'année précédente, voici l'évolution démographique des ergothérapeutes en France (fig.1). En septembre 2016, on comptera 23 Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE) français agréés pour la formation au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Nous pouvons donc constater une évolution croissante du nombre d'ergothérapeutes sur le territoire français.

#### III.2. L'ergothérapeute, acteur de changement

D'après le référentiel d'activité de l'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'Etat : « *L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* ». L'ergothérapeute accompagne la personne dans son besoin fondamental d'être actif dans son environnement (thérapie par et pour l'activité Moyen et finalité).

La fédération mondiale des ergothérapeutes affirme que l'objectif principal de l'intervention de la profession est de permettre aux individus de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes peuvent acquérir ces résultats, en travaillant AVEC les individus ou les communautés, afin d'améliorer leurs habiletés à s'engager dans les occupations qu'ils veulent ou ont besoin de faire ou que l'environnement attend qu'ils fassent : « Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and wellbeing through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. OT achieves this outcome by working with people and communities to enhance their ability to



engage in the occupation or the environment to better support their occupational engagement » (WFOT, 2012).

Au vu de ses compétences (Annexe I), par son approche systémique et globale, bio-psycho-sociale, centrée sur le patient, l'ergothérapie a un intérêt dans une prise en charge interdisciplinaire du patient alcool-dépendant, notamment afin de l'accompagner à son retour à domicile.

### III.3. L'ergothérapie en addictologie.

- Etat des lieux

D'après l'annuaire réalisé par le Pr PAILLE.F de Nancy et le laboratoire Lundbeck (mai 2014) il existe 60 ergothérapeutes pour 364 institutions d'addictologie. L'ergothérapie est donc absente dans 84% des structures de soins d'addictologie.

- Intervention en ergothérapie :

Suite à la prescription du médecin, l'ergothérapeute réalise un entretien individuel. Lors de cette première rencontre il s'agira d'évaluer la personne dans sa globalité, de connaître ses habitudes de vie, d'évaluer les difficultés qu'elle rencontre au quotidien, et de définir avec elle les objectifs. Pour cela l'ergothérapeute va réaliser l'anamnèse, interroger sur les habitudes de vie du patient, et utiliser des bilans validés si nécessaire, comme par exemple la MoCA (Montreal Cognitive Assessment, Annexe II) utilisée auprès de cette population afin d'évaluer les fonctions cognitives et exécutives (Alarcon et coll, 2015). Suite au recueillement des données, il établira un plan d'intervention en adoptant les moyens les plus adaptés au patient afin d'atteindre des objectifs préalablement définis avec lui. Il sera également important d'expliquer au patient l'intérêt de l'ergothérapie dans sa prise en charge et dans son accompagnement vers le maintien de l'abstinence pour un retour à domicile optimal.

### Synthèse :

La prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes est importante pour la société, tant par le nombre de personnes touchées par cette maladie, tant par sa gravité et son impact économique. Cette maladie chronique impacte sur l'ensemble des activités quotidiennes du patient et peut provoquer un déséquilibre occupationnel.

De plus, le nombre de rechute après sevrage des personnes alcoolo-dépendantes démontre que cette prise en charge spécifique est difficile. Ainsi, L'ergothérapie en plein développement, spécialiste de l'activité thérapeutique et « expert des habitudes de vie » avec son approche systémique, centré sur le patient ; aura un rôle important dans la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes. Son rôle sera notamment d'accompagner au changement de leurs habitudes de vie liées à l'alcool.

Afin de recueillir des informations sur les apports de l'ergothérapie, j'ai réalisé une enquête exploratoire, sous forme d'un questionnaire, auprès de patients alcoolo-dépendants (Annexe III). J'ai pu constater que l'ergothérapie agit sur différents domaines « *cognitif* », « *créatif* », « *gestion des émotions* » « *autonomie* ». En agissant sur ces différents domaines, l'ergothérapie participe-t-elle à un équilibre occupationnel ?

En découle la question de recherche : « **Comment l'ergothérapeute par son accompagnement au changement des habitudes de vie des personnes alcoolo-dépendantes, favorise-t-il un équilibre occupationnel ?** »

## **B- PROBLEMATIQUE THEORIQUE**

---

Les théories, modèles, concepts utilisés vont permettre de guider mon raisonnement et ma pensée, en apportant les valeurs scientifiques à cette recherche. Ils ont été sélectionnés en fonction de ma question de recherche et sont en lien avec celle-ci : « **Comment l'ergothérapeute par son accompagnement au changement des habitudes de vie des personnes alcoolodépendantes, favorise-t-il un équilibre occupationnel ?** ». J'ai alors décidé de me baser sur le Modèle de l'Occupation Humaine, sur le concept de l'Equilibre Occupationnel et sur le modèle Transthéorique du changement.

### **I. Le Modèle de l'Occupation Humaine**

Gary Kielhofner (1949-2010) est né aux Etats-Unis, dans le Missouri. Après avoir obtenu un baccalauréat en psychologie, il obtient une maîtrise en ergothérapie, et s'intéresse aussi à la santé publique. Dans les années 1970, Gary Kielhofner a commencé à travailler sur un modèle afin de comprendre les défis psychologiques et sociaux que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap. Il s'agit du Modèle de l'Occupation Humaine (fig.2.), centré sur les activités humaines significantes et significatives.

C'est « *l'un des modèles de références les plus cités par les ergothérapeutes dans le monde* » (Manidi, 2006, p112.) Ce modèle met en lien le rapport de l'individu à l'occupation humaine. L'occupation humaine est définie par Kielhofner comme « *une large gamme d'activités (travail, loisir et activités de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » (Kielhofner, 2008, p5.) Ce modèle postule que c'est en agissant que les personnes façonnent, construisent ce qu'elles sont. Le MOH propose une pratique centrée sur la personne.

Pour Gary Kielhofner, « *Human Occupation is the doing of work, play, or activities of daily living within a temporal, physical, and sociocultural context that characterizes much of human life.* » Le terme « occupation » employé par Gary Kielhofner n'a pas de traduction équivalente en français. Selon le dictionnaire Larousse, la définition du terme occupation est: « *Ce à quoi on consacre son temps, son activité* ». Il serait alors préférable d'utiliser le terme activité, mais celui-ci manquerait de précision. Nous employons donc les termes d'activités significantes et significatives au sens de Léontiev (psychologue russe spécialiste de la psychologie du développement, et fondateur de la théorie de l'activité). Quand on parle d'activités significantes, il s'agit d'activités qui ont du sens pour la personne. Les activités significatives, elles, ont un sens socialement, à travers les autres. Un engagement dans des activités significatives permettra un

maintien d'un équilibre satisfaisant dans l'ensemble de ses activités et de ses rôles sociaux. Ceci engendrera une participation active au maintien de sa santé et de son bien-être et aura un impact positif sur la santé mentale. (Aubin, Hachey, & Mercier, 2002; Eklund, 2004; Goldberg, Brintnell, & Goldberg, 2002; Hammel, 2004)

« *Ce modèle permet de structurer le recueil des données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique* ». Pour Gary Kielhofner, l'être humain peut se comprendre selon trois composantes indissociables: la volition, l'habituatation et les capacités de rendement qui permettent de comprendre comment les activités sont choisies et réalisées. Elles sont interdépendantes et inséparables de l'environnement matériel et humain. Il définit les termes employés comme ceci : (figure1)

## I.1. L'être

### I.1.1. La volition

« *La volition concerne la motivation et le processus aboutissant au choix des activités. La conscience de ses capacités, le sentiment d'efficacité, les valeurs et intérêts personnels contribuent à un processus d'anticipation, de choix, d'expérience et d'interprétation de l'activité.* » La volition peut se trouver totalement impactée par le handicap et/ou la maladie.

### I.1.2. L'habituatation

« *L'habituatation permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne. Elle est constituée par les habitudes et par les rôles liés à la société et à la culture. Les habitudes structurent la vie ordinaire et lui donnent un caractère familier.* »

Selon le dictionnaire Larousse, le terme « *habitude* » se définit ainsi: « *Manière ordinaire, habituelle d'agir, de penser, de sentir, propre à quelqu'un ou à un groupe de personnes.*»

Cela se traduit par la capacité d'organiser la vie quotidienne. Concrètement, la personne a la capacité de structurer sa vie ordinaire, de respecter les horaires et/ou les rendez-vous. Il y a un versant personnel, et un versant lié à la société. L'aspect familier, routinier, permet de rassurer la personne.

### I.1.3. Les capacités de rendement

« *Les capacités de rendement permettant l'action sont liées aux systèmes organiques (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif) dans leurs aspects objectifs, mais aussi et surtout dans leurs aspects subjectifs correspondant à la sensation et au vécu de la personne.* » Afin de pouvoir réaliser des activités ou des tâches, la personne doit être en pleine possession de ses capacités physiques mais aussi psychologiques et cognitives. Elles peuvent être également appelées capacité de performance.

## I.2. L'agir

« *L'agir permet de développer son identité et ses compétences et ainsi permet l'adaptation à l'environnement.* » Il existe trois niveaux, permettant de décrire l'agir : la participation, le rendement et les habiletés occupationnelles.

### I.2.1. La participation

La participation, en cohérence avec la définition donnée par la CIM 10 : « *La participation signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.* » Il s'agit donc du niveau d'implication de la personne dans ses activités de vie quotidienne, de travail, de loisir et de repos. Ce niveau est le plus abouti.

### I.2.2. Le rendement

Il est observable dans les activités quotidiennes. Il peut également être appelé « performance ». Il s'agit du niveau intermédiaire.

### I.2.3. Les habiletés occupationnelles

Elles regroupent à la fois les habiletés motrices, opératoires, d'interaction et de communication. Il s'agit du niveau inférieur. Ainsi, c'est en développant ses habiletés (motrices, opératoires, d'interaction et de communication) et/ou en améliorant son rendement lors des activités de la vie quotidienne, et/ou en augmentant sa participation à celles-ci, que le patient pourra retrouver un équilibre de vie satisfaisant. Cela va aussi lui permettre de développer son identité ainsi que ses compétences. Le patient sera alors capable de s'adapter à l'environnement.

## I.3. L'environnement

« *L'environnement apporte des opportunités, des ressources, des exigences et des contraintes qui peuvent avoir un impact important sur la personne et sur ses activités.* » Pour Kielhofner (2008), la personne se situe toujours dans un contexte environnemental donné. L'environnement offre des opportunités, des ressources, ainsi que des demandes et des contraintes. Il comprend l'environnement physique (les objets et les espaces physiques) et l'environnement social.

Selon Kielhofner, il existe deux types d'environnement :

- L'environnement proche, qui fait référence à l'espace, aux objets, aux manières d'agir, aux groupes sociaux de proximité.
- L'environnement élargi, qui fait référence à la culture et aux conditions économiques et politiques.

#### I.4. La personne

*« Ce modèle prend en compte des aspects de la personne beaucoup plus étendus que les simples données médicales, en particulier les habitudes, la motivation et l'environnement. »*

L'alcoolodépendance doit avoir une prise en charge holistique du patient, car selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé se définit comme *« un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »*

Les personnes alcoolodépendantes devront mettre en place un processus de volition ainsi que des capacités de rendement suffisamment efficaces pour agir et se réadapter dans leur environnement, afin de modifier leurs habitudes de vie antérieures liées à l'alcool.

## **II. Modèle de l'équilibre occupationnel**

La notion d'équilibre occupationnel est un concept clé en ergothérapie qui soutient le lien entre l'occupation (ou Activité) et la santé (Wilcock, 1998 ; Backman, 2004 ; Jonsson & Person, 2006 ; Dür et al., 2014).

*« Une compréhension approfondie de ce concept est vitale pour la profession car il doit soutenir le raisonnement professionnel des ergothérapeutes, centré sur l'occupation et ayant comme objectif la promotion de la santé et du bien-être. »* (Martins, 2015) Il est également d'une grande importance pour les chercheurs en science de l'activité humaine qui s'intéressent aux façons dont les êtres humains utilisent les différentes activités ou occupations pour satisfaire les exigences de leur culture et société, pour développer des compétences, pour augmenter leur satisfaction et pour maintenir leur santé (Westhorp, 2003).

### II.1. Historique

Dès 1922, Adolf Meyer, un psychiatre partisan des fondateurs de l'ergothérapie aux Etats-Unis (Peloquin, 1991) a intégré dans la philosophie de la profession, ce principe pour la santé d'un équilibre entre les différentes activités (Meyer, 1977 ; p.641). *« The whole of human organization has its shape in a kind of rhythm. It is not enough that our hearts should beat in a useful rhythm, always kept up to a standard at which it can meet rest as well as wholesome strain without upset. There are many other rhythms which we must be attuned to : the larger rhythms of night and day, of sleep and waking hours, of hunger and its gratification, and finally the big four – work and play*

and rest and sleep, which our organism must be able to balance even under difficulty. The only way to attain balance in all this is actual doing, actual practice, a program of wholesome livings as the basis of wholesome feeling and thinking and fancy and interests. »

Dans les années 1960, Reilly, a également repris ce principe d'équilibre occupationnel de la philosophie de Meyer, considérant l'équilibre entre « *le travail et les loisirs, le repos et le sommeil* » (Wagman, 2012).

En 1977, Kielhofner parle d'un équilibre entre les soins personnels, la productivité et les loisirs. Rogers (1984, p. 47-49), cité par Wilcock, 1997), a souligné que l'ergothérapie se fondait sur le principe qu'un équilibre entre les soins personnels, les loisirs, le travail et le repos était essentiel pour vivre sainement et que l'activité humaine était le moyen pour atteindre cet équilibre et le bien-être physique et mental. Pour Law et ses collaborateurs (1994), le fondement d'une approche visant le rendement occupationnel est une approche centrée sur le patient, intégrant un équilibre dans les activités de soins personnels, de productivité et de loisir.

Par la suite, Wilcock (1998) a également proposé que cet équilibre se centre sur l'utilisation et le développement des capacités. Il précise que les personnes doivent utiliser leurs capacités physiques, mentales, sociales, émotionnelles et spirituelles dans des proportions entièrement individuelles, qui soient satisfaisantes et promotrices de la santé. Cet auteur nous souligne également l'intérêt d'un équilibre entre les activités désirées et les activités que la personne se sent obligée d'entreprendre, afin de répondre aux engagements communautaires, sociaux et familiaux. Selon l'auteur, un équilibre entre les facteurs intrinsèques (par exemple, la motivation) et extrinsèques (par exemple, les opportunités ou les obstacles dans l'environnement) semble être la clé pour la promotion de la santé et du bien-être.

Comme le conclut Backman (2004), « malgré sa longue histoire, l'équilibre occupationnel reste une notion abstraite et en constante évolution » (p.202). Jusqu'à présent, plusieurs définitions de l'équilibre occupationnel ont été élaborées (Dur et al., 2014) et parfois dans un même article, le concept est utilisé de différentes façons sans distinction (Wagman et al., 2011). De plus, il existe peu d'apparition de ce concept en France (Morel-Bracq, 2015.) Cependant de nombreux auteurs (Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005; Townsend & Polatajko, 2007) soutiennent que l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain et un déterminant de la santé.

## II.2. Caractéristiques de l'Équilibre Occupationnel :

Il existe différentes désignations qui peuvent se rapporter à la même notion (Meyer, 1922 ; Wilcock, 1988 ; Law et al., 1994 ; Christianasen & Matuska, 2006 ; Stamm et al., 2009). Une des désignations proche de l'équilibre occupationnel qui apparaît souvent est l'équilibre de style de vie. Ces auteurs (Christianasen & Matuska, 2006 ; 2008). Wetshorp (2003) ont considéré les deux notions comme synonymes. Tandis que pour Wagman (2012) ils sont tous les deux subjectivement définis par l'individu, il s'agit de deux concepts distincts. Quant à l'équilibre de vie (ou équilibre de style de vie), il inclut l'Équilibre Occupationnel, et va au-delà en incluant d'autres aspects. Cet auteur nous propose de définir l'équilibre de style de vie comme « la perception de sa vie incluant un équilibre entre les activités, un équilibre entre le corps et l'esprit, un équilibre par rapport aux autres et un équilibre par rapport au temps » et de définir l'Équilibre Occupationnel comme « la perception de sa vie comme ayant la bonne quantité et variété entre les activités de différentes catégories et différentes caractéristiques, et le temps passé dans ces activités. ». Elle insiste sur le fait que les ergothérapeutes peuvent utiliser les deux concepts, le focus de la profession se centre sur l'Équilibre Occupationnel.

Wagman (2012) a groupé les définitions existantes d'Équilibre Occupationnel en trois approches :

Une première, classique où les définitions se basent sur l'équilibre entre les différentes catégories d'activités, c'est-à-dire, soins personnels, productivités/travail, jeu/loisir, repos et sommeil. Une autre où les définitions sont basées sur les caractéristiques de l'activité, concernant davantage la façon dont la personne expérimente l'activité et non pas la catégorie de l'activité réalisée, comme celle de Wilcock, qui nous parle de l'équilibre entre activités physiques, mentales et sociales ; entre choisies et obligatoires, entre exténuantes et relaxantes ainsi qu'entre le faire et l'être (Wilcock, 2006, p. 343, cité par Wagman, 2012). Et enfin, une troisième approche qui respecte le modèle de l'équilibre de style de vie (Matuska & Christiansen, 2008), dont l'intérêt est de se centrer sur le niveau d'activité et de la façon dont il correspond aux besoins de la personne, et une combinaison entre ce que la personne fait vraiment et ce qu'elle aimerait faire.

Ce modèle de l'équilibre occupationnel développé par Matuska & Christiansen (2008 AOTA) a identifié cinq besoins qui doivent être satisfaits par le type d'activités réalisées par la personne :

- Répondre aux besoins basiques instrumentaux nécessaires au maintien de la santé biologique et de l'intégrité physique ;
- Avoir des relations gratifiantes et positives avec les autres ;



- Se sentir engagé, mis au défi et compétent ;
- Créer du sens et développer une identité personnelle positive ;
- Organiser son temps et son énergie de manière à répondre à des objectifs personnels importants et de changement.

Le modèle soutient que lorsque les personnes sont capables de s'engager de façon **cohérente** dans des niveaux d'activités qui répondent aux cinq dimensions citées, elles perçoivent **plus de satisfaction** dans leur vie, **moins de stress** et plus de sens ou d'**équilibre**. Le modèle propose également le fait qu'un meilleur équilibre occupationnel contribue, au bien-être psychologique et à la santé globale. Les personnes possédant un meilleur équilibre seront moins susceptibles d'être victimes de maladie, de souffrir de maladie chronique ou de dépression. Et par conséquent auront une meilleure qualité de vie.

### **III. Le modèle transthéorique**

Prochaska et DiClemente (1992) ont analysé le processus de changement de comportement, en examinant les différentes variables qui y sont associées et en comparant leurs résultats avec ceux des nombreuses recherches réalisées dans ce domaine. Le grand nombre de théories développées sur le changement de comportement a incité Prochaska à en faire le bilan en consultant les dix-huit théories qu'il considérait comme les plus pertinentes parmi celles qui existaient. Il a ainsi complété une analyse comparative de ces théories, parmi lesquelles se trouvaient les idées d'auteurs de grande renommée tels que Freud, Skinner et Rogers. Cette étude a donné naissance au modèle développé avec DiClemente, qu'ils ont nommé le modèle transthéorique du changement, également connu sous le nom de modèle des stades du changement (fig.3.).

#### III.1. Précontemplation

En précontemplation, premier stade de changement, la personne n'est pas consciente d'avoir un problème ou encore ne pense pas sérieusement au changement. Elle a une tendance à la défensive et est distante face aux sujets en lien avec l'aspect négatif de son comportement actuel. On peut penser que la personne est naïvement non-informée ou qu'elle est activement résistante au

changement. On peut donc supposer que c'est durant le stade de précontemplation que la personne utilise le moins de procédés de changement. Le *précontemplateur* ne se réévalue pas, n'est pas ouvert aux informations et ne ressent pas d'émotions négatives face à son comportement. Prochaska & DiClemente (1994) explique que l'estime de soi de la personne est diminuée lorsqu'elle prend conscience de son comportement problématique et/ou pathologique. La personne qui admet son mauvais comportement accepte également qu'il ne maîtrise plus une partie de sa vie. Reconnaître son problème (et donc passer au stade de contemplation) signifie que l'individu accepte qu'une chose importante voire même intrinsèque chez elle est inadéquate. Il peut s'agir de laisser tomber une valeur importante ou encore d'avouer un échec. Il est donc très difficile d'admettre le comportement problématique.

Les personnes qui consultent un thérapeute au stade de précontemplation ne le font pas pour eux-mêmes mais plutôt pour changer une situation qui leur est désagréable. Comme le précontemplateur ne voit pas la présence du problème, Prochaska & DiClemente (1994) indique que le passage vers le stade de contemplation nécessite malheureusement un aspect légal ou une importante question de santé publique.

### III.2. Contemplation

Une fois la prise de conscience qu'un problème existe, la personne entre en contemplation. En début du stade de contemplation, la personne est davantage en détresse qu'en précontemplation car elle admet avoir un problème. C'est justement cet état d'insécurité lié à la détresse qui la motivera à tenter de comprendre son comportement négatif, d'en connaître les causes et les façons de les surmonter. Le contemplateur affiche une ouverture d'esprit et une meilleure prise de conscience pour obtenir plus d'information sur la thématique qui l'intéresse. Il y a également davantage d'émotions durant cette période. La personne réfléchit à sa relation avec le comportement problématique. Elle se réévalue dans sa situation actuelle et pense sérieusement à changer mais n'a pas encore pris d'engagement. Chez une personne en contemplation, on distingue une impatience à discuter de son problème car elle cherche à se faire rassurer en apprenant qu'il est possible de surmonter ce comportement inadapté.

En réalité, plus la personne discute de son problème, plus elle s'approche de la mise en action du changement de comportement. Lorsque le patient avance dans le stade de contemplation, le sentiment de détresse éprouvé lors du dévoilement du problème disparaît peu à peu et la confiance en soi acquise dans le processus permet de faire avancer la démarche vers l'action.

Il peut exister parfois que l'individu trouve un équilibre malsain entre le confort de rester dans ses habitudes de comportement inadéquat et la bonne conscience de poursuivre des démarches de changement. C'est un processus de réévaluation cognitivo-affective qui pousse la personne de la contemplation vers l'action. Les réévaluations personnelles dirigeront la personne vers l'action lorsque celle-ci sentira davantage de points positifs que de négatifs au changement. La durée de ce stade est donc variable selon la personne et son problème.

### III.3. Action

Vient ensuite le stade de l'action, celui où la personne change son comportement. Dans l'article présenté par Prochaska & DiClemente (1983) sur les étapes menant à l'abandon du tabagisme, il est noté que c'est lorsqu'une personne prend un engagement envers le changement, qu'elle prend action face à son comportement négatif, c'est à ce stade qu'elle utilise le plus de procédés de changement afin d'atteindre son objectif. La mise en action est précédée d'une réévaluation personnelle pour s'assurer que les décisions appropriées ont été prises. Au moment où le changement se met en place, la personne ressent une auto-libération, puis viennent les mécanismes de contrôle de stimuli et la gestion du renforcement de ses propres capacités. Le comportement est changé, les conditions environnantes sont tout aussi importantes à gérer. La personne se sent efficace. Elle est complimentée par son entourage qui a remarqué le changement. Ceci l'encourage à poursuivre.

À ce stade, la personne semble avoir moins besoin de parler de l'origine de son problème, elle a l'impression d'en avoir déjà assez discuté pour bien le comprendre et pouvoir passer à l'action (Prochaska & DiClemente, 1994). L'action est probablement le stade le plus court mais celui où il y a le plus de progrès.

La personne est enthousiaste et motivé face au changement. Prochaska et DiClemente mentionnent que ce stade dure en moyenne d'un à trois mois, mais peut aller jusqu'à six mois.

### III.4. Maintien

Au stade de maintien, le processus continue car la personne poursuit son travail pour conserver ses acquis. La personne lutte pour contrer les stimuli et prévenir une rechute possible. Il ne s'agit pas d'une absence de changement mais plutôt de la continuation de celui-ci. Cette étape

du changement est très anxiogène pour la personne car celle-ci craint toujours la rechute. Prochaska & DiClemente (1983) racontent que parfois, les personnes étant en stade de maintien se montrent très rigides et soucieuses face à tous types de modification de leurs habitudes de vie car elles ont le sentiment qu'un changement est une menace à l'équilibre précaire acquis avec le nouveau comportement. Les auteurs estiment à six mois le temps d'adaptation d'une personne avant qu'elle n'ait plus peur de rechuter, mais pour d'autres, cela peut durer des années.

### III.5. Rechute

Comme tous les autres stades, la rechute fait partie intégrante du processus de changement de comportement. Certes la rechute possède un caractère en apparence plus négatif en raison du retour du mauvais comportement, mais elle est présente dans le processus de changement pour de nombreuses personnes.

La rechute survient lorsque les stratégies de maintien échouent. Selon les auteurs (Prochaska & DiClemente, 1994), souvent la personne qui rechute retourne au stade de contemplation avec l'intention de repasser à l'action, mais environ 15% d'entre eux s'éloignent du cycle de changement et retournent en précontemplation. Lors de la rechute, l'estime de soi est sérieusement touchée car la personne vit un sentiment d'échec, de frustration et de culpabilité. La pensée de repasser à l'action peut être inhibée par l'expérience de la rechute. Le *rechuteur* utilise plusieurs procédés de changement précédemment nommés par Prochaska & DiClemente. Son état d'esprit quelque peu troublé par les circonstances le conduit à aller chercher de l'aide auprès de ses proches ou de professionnels. Il reste sensibilisé à son problème et se réévalue en permanence pour prévenir une rechute qui perdure. Finalement, le processus de changement se poursuit et arrive un temps où il est possible d'affirmer qu'un problème est résolu. Lors de ce stade, l'individu ne ressent plus de tentation face à son ancien comportement et ne doit plus fournir d'effort pour l'éviter.

#### Synthèse

En conclusion, pour ce mémoire, une dimension essentielle est de situer la personne dans sa démarche de changement. Il s'agit d'établir si la personne se trouve à l'étape de précontemplation, de contemplation, d'action, de maintien ou de rechute dès le départ afin de mieux l'accompagner selon ses besoins spécifiques dans sa démarche de changement de comportement.

## C-METHODOLOGIE

---

La scientificité d'un mémoire dépend de la méthodologie utilisée qui implique le choix d'une méthode, la construction d'un outil à partir d'une matrice théorisée, la définition d'un échantillon de population, et enfin la réalisation de l'enquête. L'objectif de cette partie sera de développer la démarche de recherche qui me permettra par la suite, de répondre à la question initiale.

### **I. Choix de la méthode**

« *Quelle que soit la méthode de recherche utilisée, le chercheur ne peut prétendre saisir la totalité de ce qu'il étudie, d'autant plus quand il s'agit d'êtres humains que l'éthique ne permet pas de réduire à l'état d'objets, aux contours nettement délimités* » (VAN DER MAREN J.-M. 1996). En partant de ce postulat, faire le choix d'une méthode renvoie à choisir la partie du sujet que l'on veut traiter. Pour rappel, ma question de recherche est « l'apport spécifique de l'ergothérapie dans l'accompagnement au changement des habitudes de vie des personnes alcoolo-dépendantes, vers un équilibre occupationnel. » Mon objectif étant ici de démontrer l'intérêt de l'ergothérapie dans cet accompagnement, d'analyser comment l'ergothérapeute favorise un équilibre occupationnel des ses patients alcoolo-dépendants. Je souhaiterais donc recueillir l'avis d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes dépendantes à l'alcool via le biais d'entretiens. C'est pourquoi j'ai choisi d'utiliser une méthode de recherche qualitative, de recherche clinique. Cette méthode permet de récolter des savoirs à partir de personnes concernées par le sujet, ayant de l'expérience dans ce domaine. Par la suite, leur discours sera analysé de manière quantitatif et qualitatif.

### **II. Population ciblée**

J'ai choisi d'aller à la rencontre d'ergothérapeutes dans le cadre de ma recherche, puisque c'est leur pratique qui m'intéresse. C'est leur discours sur leur expérience professionnelle qui pourra me permettre de mettre en lumière l'apport éventuel des concepts, théories et modèles théoriques utilisés et d'y faire le lien.

Pour obtenir des résultats en accord avec l'objectif de l'étude, j'ai établi pour cette population ciblée des critères d'inclusion et d'exclusion.

- Des critères d'inclusion : définis en fonction des caractéristiques à prendre en compte dans la constitution de la population

- Des critères de non inclusion : définis en fonction des caractéristiques à rejeter dans la constitution de la population

- Critères d'inclusion :
  - Ergothérapeutes diplômés d'état
  - Ergothérapeutes travaillant auprès de personnes alcoolodépendantes
  - travaillant sur les habitudes de vie.
- Critères d'exclusion :
  - Autres professionnels qu'ergothérapeute
  - Ergothérapeute ne travaillant pas avec des personnes alcoolodépendantes
  - Ne travaillant pas sur les habitudes de vie.

### **III. L'outil de recherche**

#### **III.1. choix de l'outil**

*« Il n'est pas possible de concevoir une quelconque construction de connaissance en clinique sans relation avec l'autre »* (Vial M., 2005). Selon ce même auteur, la rencontre avec l'autre sur le terrain a pour but de créer une relation particulière qu'on appelle « *l'entretien* ». Cet outil laisse une certaine liberté de réponse aux personnes interrogées, ce qui leur permet d'exprimer leurs ressentis et d'apporter des données nouvelles. Pour Tétreault (2014), « *l'entretien en profondeur et dynamique se place dans une approche phénoménologique, c'est-à-dire qu'il explore la réalité perçue par la personne, afin de mieux saisir les différentes facettes d'un phénomène donné.* ».

Dans le cadre de ma recherche, j'ai choisi la forme semi-directive de l'entretien car elle permet d'orienter le discours des interlocuteurs mais aussi d'aborder les thèmes dégagés dans la matrice théorisée.

Les questions seront rédigées au préalable avec la possibilité d'utiliser des relances pré-écrites, afin de réorienter l'entretien en fonction des réponses fournies. J'effectuerai trois entretiens, sous la forme d'une rencontre en face à face, dans un lieu neutre, d'une durée maximale de 60 minutes.

### III.2. Elaboration de la grille d'entretien

#### ➤ La matrice théorique (Annexe IV)

La matrice est l'outil qui servira par la suite de support à la construction de la grille d'entretien. C'est un arrangement ordonné d'éléments, sous la forme d'un tableau à double entrée, qui permet d'analyser des éléments dans un domaine de recherche. Elle est construite avec, en première colonne, les variables théoriques qui sont des modèles, concepts ou théories. Ici elles correspondent au Modèle de l'Occupation Humaine de Gary KIELHOFNER (1980), au concept de l'Equilibre Occupationnel et au modèle Transthéorique du changement (Prochaska et Diclemente, 1992). Dans la seconde colonne on trouve les indicateurs, qui correspondent aux principes et éléments de référence, permettant de définir les variables théoriques. Ces indicateurs sont ensuite divisés en indices correspondant à des éléments spécifiques au domaine de recherche, à renseigner pour l'étude. Ils indiquent de manière précise les éléments à prendre en compte, à informer et à questionner.

#### ➤ Elaboration de la grille d'entretien

Après avoir explicité le thème de ma recherche aux ergothérapeutes, je débiterai l'entretien par des questions d'ordre général afin d'établir une relation et recueillir quelques informations sur leur pratique professionnelle. L'intérêt étant d'établir les variables d'enquête de l'échantillon. Ainsi lors de l'interprétation des résultats, je pourrai étudier l'influence de certains paramètres sur les réponses apportées.

A partir de la matrice théorique, j'ai dégagé les différents thèmes de mes questions :

- Les objectifs principaux en ergothérapie pour les personnes alcoolodépendantes
- Les activités thérapeutiques en ergothérapie
- Les facteurs qui influencent le processus de changement

- L'adaptation de l'ergothérapeute quand au processus de changement du patient.

**Question n°1 : Quels sont les objectifs de la prise en charge des patients alcoolo-dépendants en ergothérapie ?**

L'objectif de cette question est d'obtenir des éléments clairs et concis quand aux objectifs thérapeutiques de l'ergothérapeute. L'intérêt est de soulever les retombées des bienfaits de l'ergothérapie dans le quotidien des personnes alcoolo-dépendantes. Les objectifs thérapeutiques en ergothérapie sont-ils en lien vers un équilibre occupationnel ?

**Question n°2 : Dans quelles activités orientez-vous vos patients ? Pour quelles raisons ? Comment choisissez-vous les activités thérapeutiques ?**

A travers cette question, j'essaye de faire le lien avec le concept de l'Equilibre Occupationnel. Cette question concorde avec la première question. Ici le protagoniste va parler de ses moyens pour obtenir ses objectifs thérapeutiques.

Les activités choisies en ergothérapie favorisent-elles un équilibre occupationnel ?

**Question n°3 : Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'individu alcoolo-dépendant de changer ses habitudes de vie antérieures, liées à la consommation d'alcool ?**

Ici je recherche l'avis de l'ergothérapeute sur les facteurs (intrinsèques et extrinsèques) personnels et environnementaux qui permettent à l'individu alcoolo-dépendant de modifier ses habitudes de vie, de s'investir vers d'autres activités (qui seront utiles en ergothérapie)

J'investigue des éléments en lien avec le Modèle de l'Occupation Humaine.

**Question n°4 : Comment adaptez-vous votre accompagnement selon le processus de changement du patient ?**

- **Ne considère pas le changement**
- **Songe au changement**
- **Action**
- **Maintien**
- **Rechute**

Par le biais de cette question, je souhaite recueillir des informations concrètes quand aux méthodes utilisés par les ergothérapeutes pour accompagner au mieux le patient alcoolo-dépendant dans son processus selon son stade de changement.



**Question n°5: Auriez-vous des remarques à ajouter pour la rédaction de mon travail de recherche ?**

Cette dernière question est ici pour donner la possibilité au sujet interrogé de s'exprimer davantage sur les notions qu'il souhaite, en lien avec ce mémoire.

**III.3. Passation des entretiens**

**III.3.1. Constitution de l'échantillon**

Afin de constituer l'échantillon d'ergothérapeutes, j'ai consulté les différents professionnels que j'ai rencontré lors de ma formation ayant une expérience professionnelle en addictologie. Je me suis également dirigé vers les réseaux sociaux (sites dédiées à l'ergothérapie, forums), où j'ai publié des messages stipulant l'objet de mon mémoire et mes critères d'inclusion de recherches d'ergothérapeutes.

J'ai ainsi pu m'entretenir avec eux par téléphone pour avoir un premier contact et pour confirmer mes critères d'inclusions. Après sélection lors des entretiens téléphoniques, mon échantillon comporte trois ergothérapeutes.

**III.3.2. Présentation des variables de l'échantillon**

Suite à la passation des entretiens et leurs retranscriptions (Annexe V, VI, VII), j'ai synthétisé sous la forme d'un tableau, les différentes informations d'ordres générales, représentant l'identité et la pratique des différents ergothérapeutes interrogés.

	<b>Ergothérapeute 1 (E1)</b>	<b>Ergothérapeute 2 (E2)</b>	<b>Ergothérapeute3 (E3)</b>
<b>Année d'obtention du diplôme d'Etat</b>	2004	1994	2000
<b>Nombres d'années de pratique auprès de patients alcoolo- dépendants</b>	1an	21ans	4ans
<b>Activités utilisées</b>	Atelier écriture, activités manuelles projectives, cuisine thérapeutique, remédiation cognitive	Atelier entretien vélo, jardinage, bricolage, remédiation cognitive	Gestion du quotidien, relaxation, remédiation cognitive
<b>Modèle conceptuel</b>	Aucun en particulier	Modèle de l'Occupation Humaine et PPH	TCC
<b>Durée de l'entretien</b>	45min	50min	55min

#### **IV. Résultat de l'étude**

Dans cette partie, je vais vous présenter les résultats de mes trois entretiens. J'ai tout d'abord réalisé une analyse quantitative puis une analyse qualitative, question par question. L'objectif est de visualiser de la manière la plus complète possible, les discours des ergothérapeutes interrogés et d'y extraire les différentes idées abordées.

#### IV.1. Analyse quantitative

Dans le but d'analyser les réponses de manière quantitative, j'ai utilisé le logiciel Dico®. Celui-ci permet de relever les termes employés par les ergothérapeutes et leurs fréquences lors des entretiens.

Les résultats à cette analyse n'ayant aucune valeur significative pour mon travail de recherche, j'ai décidé de m'appuyer uniquement sur l'analyse qualitative. En effet, les notions intéressantes abordées tout au long des entretiens sont sous formes « d'idées » et non de mots redondants, ce qui ne permet pas l'utilisation de ce logiciel de façon pertinente.

#### IV.2. Analyse qualitative

Afin de réaliser l'analyse qualitative, je vais tout d'abord me baser sur une étude longitudinale. Je vais confronter les discours des trois ergothérapeutes, question par question, afin de comparer leurs approches, leurs idées et relever les éléments significatifs de chaque entretien. Afin de visualiser ces éléments bruts, un tableau les regroupant par chaque question et par chaque professionnel sera construit.

<b>Question n°1 : Les objectifs thérapeutiques en ergothérapie auprès de patients alcoolo-dépendants</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lutter contre l'isolement, socialisation, ouvrir vers l'extérieur</li><li>- Retrouver confiance, retrouver du plaisir</li><li>- Travail de l'expression</li><li>- Travail sur la prise de conscience par rapport à la problématique de l'alcool</li><li>- Améliorer les fonctions cognitives</li><li>- Retrouver une autonomie dans la gestion du quotidien</li><li>- Retrouver des activités par un autre biais</li><li>- Trouver d'autres centres d'intérêts</li><li>- Faire du lien avec l'extérieur, en faisant en sorte qu'ils prennent des initiatives</li><li>- Qu'ils pratiquent des activités par rapport à ce qu'ils faisaient avant ou ce qu'ils aimeraient faire.</li><li>- Les accompagner vers des activités</li><li>- Gérer les moments de vide</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les fonctions cognitives, et dans un deuxième temps faire le lien avec l'extérieur</li> <li>- Planifier des choses qu'ils peuvent réutiliser et retranscrire sur leurs activités de leur vie quotidienne</li> <li>- Stimuler les fonctions cognitives et exécutives, dans l'objectif qu'ils arrivent à reproduire ça dans leurs activités de la vie quotidienne</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amener une autre vision de la vie</li> <li>- Eviter les moments de vide</li> <li>- Occuper les mains, occuper l'esprit</li> <li>- Voir comment il peut occuper son temps</li> <li>- Agir sur les facteurs de risques en rapport avec l'alcool</li> <li>- Informer sur les risques de la sédentarité et de la maladie</li> <li>- Les préparer à la sortie</li> <li>- Stimuler les fonctions cognitives et exécutives en situation écologique</li> <li>- Habileté sociale</li> <li>- Permettre de « prendre conscience de ce qu'ils sont capables »</li> <li>- Entretenir un dialogue</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les accompagner dans la démarche de sevrage</li> <li>- Apprendre à les connaître pour mieux les accompagner</li> <li>- Donner des informations sur la maladie</li> <li>- Pouvoir mettre des stratégies en place pour ses habitudes de vie à venir.</li> <li>- Lui amener à trouver des activités différentes (...) des activités qui ont un sens pour lui</li> <li>- Mettre le doute sur ses habitudes de vie antérieures, pour qu'ils se rendent compte qu'elles ne sont pas adaptées, qu'elles sont liées à la maladie d'alcool</li> <li>- Lui montrer que ce qu'on fait ici ce sont des habitudes de vie plus saines avec des activités qui vont avoir un sens pour lui et où il a passé par exemple une heure sans penser du tout à son addiction</li> <li>- Déprogrammer, en quelque sorte, sa maladie addictive de son comportement via le biais d'autres activités</li> <li>- Arriver à se détendre, pour surmonter une pulsion de consommer</li> </ul>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lâcher prise</li> <li>- Réadapter leurs habitudes de vie</li> <li>- Restaurer des choses qu'ils savent faire</li> </ul> |
|--|--|

Selon l'ergothérapeute<sup>1</sup> (E1), les objectifs thérapeutiques en ergothérapie pour les patients alcoolo-dépendants, sont dans un premier temps « *de lutter contre l'isolement* », d'effectuer un travail de « *socialisation* » afin de les « *ouvrir vers l'extérieur* ». Elle mentionne l'idée de la nécessité de la « *prise de conscience par rapport à la problématique alcoolique* » pour le patient. Elle note par la suite, l'objectif d'« *améliorer les fonctions cognitives* » afin de « *retrouver une autonomie dans la gestion du quotidien* ».

Lors des séances en ergothérapie, elle effectue un travail sur le quotidien, où les patients ont pour missions de « *planifier des choses qu'ils peuvent réutiliser et retranscrire sur leurs activités de leur vie quotidienne* ». En parallèle de cet exercice, elle souligne la difficulté pour les patients alcoolo-dépendants de « *gérer les moments de vide* ». C'est pourquoi, ses patients possèdent également comme objectifs thérapeutiques de « *trouver d'autres centres d'intérêts* ». Pour cela, son travail consiste ici à « *faire du lien avec l'extérieur, en faisant en sorte qu'ils prennent des initiatives* » afin de « *les accompagner vers des activités* ».

Pour répondre à cette question sur les objectifs en ergothérapie, l'E2 propose en premier lieu l'idée d'« *amener une autre vision de la vie* ». Il signale rapidement la problématique pour les sujets alcoolo-dépendants de « *gérer les moments de vide* ». Pour lui, l'objectif premier en ergothérapie va être « *d'éviter les moments de vide* ». « *Occuper les mains, c'est occuper l'esprit* ». Son but, va être d'identifier « *comment il peut occuper son temps* ».

Il parle ensuite d'« *agir sur les facteurs de risques en rapport avec l'alcool* ». Cet objectif peut se traduire plus précisément par « *informer sur les risques de la sédentarité et de la maladie* ».

Dans sa pratique professionnelle il s'oriente vers la stimulation des fonctions cognitives et exécutives dans le but que les patients sachent « *se débrouiller dans la vie* ». Il effectue ce travail en situation écologique « *simplement en leur faisant passer un questionnaire sur ordinateur, comme lorsqu'ils étaient au code* » par exemple. Cette confrontation à la réalité permet aux patients de « *prendre conscience de ce qu'ils sont capables* », pour « *les préparer à la sortie* ». Pour finir, il note également l'intérêt d'« *entretenir un dialogue* » avec le patient, durant les ateliers en ergothérapie.

Selon l'ergothérapeute 3 (E3), le principal objectif en ergothérapie va être de « *les accompagner dans la démarche de sevrage* ». Et pour cela, elle souligne l'importance d' « *apprendre à les connaître* » afin de mieux les guider. Ensuite, elle nous fait part de l'intérêt « *qu'ils aient des connaissances sur la maladie addictive, pour qu'ils puissent avoir des bagages derrière* ». Des informations complémentaires vont permettre de « *mettre le doute sur ses habitudes de vie antérieures, pour qu'ils se rendent compte qu'elles ne sont pas adaptées, qu'elles sont liées à la maladie d'alcool.* » L'E3 effectue également un travail cognitif afin que les patients puissent « *mettre des stratégies en place pour ses habitudes de vie à venir* ».

L'E3 va utiliser des activités comme média pour « *déprogrammer* » son comportement addictif. Pour elle, ces activités permettent de leur « *montrer que ce qu'on fait ici, ce sont des habitudes de vie plus saines* » auxquelles elles peuvent avoir « *un sens pour lui* » et où « *il a passé une heure sans penser du tout à son addiction.* » Elle note également l'intérêt pour certains patients « *d'arriver à se détendre* », dans l'optique de « *surmonter une pulsion de consommer.* » La finalité de son intervention va être de « *réadapter leurs habitudes de vie* ».

#### Synthèse :

Ils ont pour objectif d'aider le patient à **prendre conscience** de l'intérêt à s'abstenir.

Les trois ergothérapeutes interrogés effectuent un travail sur les fonctions **cognitives et exécutives** et font le lien avec leur **quotidien**, leur habitude de vie. De plus, ils ont pour objectif d'**accompagner** les patients à s'investir dans des activités à l'**extérieur** de l'institution.

<b>Question n°2 : Les activités thérapeutiques utilisées et choisies par l'ergothérapeute</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité manuelle projective</li> <li>- Atelier expressif</li> <li>- Cuisine thérapeutique</li> <li>- Remédiation cognitive</li> <li>- Activités en groupe</li> <li>- Activités signifiantes</li> <li>- Investissement</li> <li>- Des activités par rapport à ce qu'ils faisaient avant ou ce qu'ils aimeraient faire</li> <li>- Maison pour Tous</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- JAIME</li> <li>- Les différentes activités quotidiennes : « l'identité de la personne », « toilette », « habillage », « sexualité » « la cuisine », « tout ce qui touche à l'environnement » « à la maison » «les tâches ménagères » « la partie administrative » « la partie loisir », « la partie travail »</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout dépend de la personne, c'est un peu intuitif</li> <li>- Activité qui pourrait être thérapeutique pour lui</li> <li>- Activité de la vie réelle</li> <li>- Activité vers l'extérieur</li> <li>- Activité d'expression</li> <li>- L'atelier théâtre en collaboration avec la psychomotricienne</li> <li>- Atelier cognitif</li> <li>- Jardinage, le bricolage et l'entretien voiture, et informatique et gestion administrative</li> <li>- Orienter vers des associations qui proposent des loisirs</li> <li>- Il y a une psychomotricienne qui travaille sur la relaxation. Et je travaille avec elle sur la remédiation cognitive</li> <li>- Pour les activités physiques, on a l'enseignant APA qui s'en occupe</li> <li>- Ça m'est arrivé de faire un faux entretien</li> <li>- Travailler avec lui, pour qu'il s'occupe de son appartement. Il y a plein de petites activités de la vie courantes qui font que la journée peut être remplie</li> <li>- Et il faut faire attention aussi, à ce que le patient ne se chronicise dans une activité. Il y en a qui vont faire qu'une activité, donc petit à petit le sortir de là et aller vers autre chose, avec une petite finesse</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité en groupe</li> <li>- Activités créatives ou expressives</li> <li>- Identifier leurs habitudes de vie en lien avec l'addiction et travailler avec eux sur ce qu'ils peuvent mettre en place dans le futur</li> <li>- Ça va dépendre de ceux qu'ils veulent faire eux</li> <li>- Du sport, des techniques de relaxations, la stimulation cognitive, et on essaye de faire le lien avec</li> </ul>

- Des activités qu'ils peuvent faire dehors
- Association, Maison pour Tous
- Restaure des choses qu'ils savaient faire
- Orienter vers des formations professionnelles, selon leur goût et leur vécu.
- J'utilise une grille d'activités diverses et variées
- Le côté bien-être c'est quelque chose qu'on aimerait bien développer
- Sur les ordinateurs, il y a pleins de petits programmes, qui sont gratuits, pour stimuler la mémoire, la concentration

En plus des activités de stimulations cognitives, l'E1 utilise des activités projectives manuelles « *à travers la terre* » et propose un « *atelier écriture* » afin de favoriser l'expression. Elle effectue également un atelier intitulé « *Cuisine thérapeutique* ». « *J'utilise des activités en groupe, et après j'essaye de les ouvrir vers l'extérieur.* »

Pour « *les ouvrir vers l'extérieur* » L'E1 dirige ses patients vers des associations telles que les « *Maison pour Tous* » ou « *les Jaime* ». Elle oriente également les patients vers des activités signifiantes. Les « *activités qui ne font pas sens à la personne [...] ça ne sert à rien. Enfin du moins la personne sera moins investie dans son activité* ».

Elle axe son travail sur l'ensemble des différentes activités quotidiennes, à partir d'une grille qu'elle a personnellement créée. Elle cite les items : « *L'identité de la personne* », « *toilette* », « *habillement* », « *sexualité* », « *la cuisine* », « *l'environnement* », « *la maison* », « *les tâches ménagères* », « *l'administratif* », « *loisirs* », « *travail* ».

L'E2 effectue des ateliers « *Jeux cogite* » afin de développer les fonctions cognitives. Il travaille en lien avec la psychomotricienne pour la « *remédiation cognitive où pour certains patients l'objectif va être de baisser l'angoisse* ». De plus elle « *travaille sur la relaxation* »

L'E2 réalise également des activités d'expression « *Nous avons des ateliers de création, peinture de soie, dessin, du photocollage,* » et « *L'atelier théâtre en collaboration avec la psychomotricienne.* »

De plus, il s'intéresse dans son établissement aux activités de la vie quotidienne tel que « *jardinage, le bricolage et l'entretien voiture, informatique et gestion administrative* » « *ça m'est arrivé de leur faire un faux entretien. Donc là c'est vraiment des projets pour l'extérieur* ». Pour lui l'accompagnement des personnes alcoolodépendantes vers le retour à domicile « *c'est un axe de travail qui va se développer.* »



Pour l'E2, le choix de l'activité « *dépend de la personne, c'est un peu intuitif* ». Il va conduire le patient vers une « *activité qui pourrait être bénéfique pour lui* ». Pour cela, il oriente en complément « *vers des associations qui proposent des loisirs* ». Il note que « *pour les activités physiques, on a l'enseignant APA qui s'en occupe.* »

*L'E3 réalise également « des activités créatives ou expressives où il y a des moments où ils peuvent un peu lâcher prise »*

*Elle s'intéresse à « leurs habitudes de vie » afin d'identifier lesquelles « sont vraiment autour du produit » dans le but de « travailler avec eux sur ce qu'ils peuvent mettre en place dans le futur. »* Pour cela elle « *utilise une grille d'activités diverses et variées* » qu'elle a construit elle-même.

Pour l'E3, le choix de l'activité « *va dépendre de ceux qu'ils veulent faire eux* ». Elle va également porter un intérêt aux activités qu'ils ont « *arrêté de faire depuis des années* ».

L'E3 mentionne l'idée que les patients ont des « *activités créatives, du sport, bon c'est pas moi qui le fait, des techniques de relaxations, de la stimulation cognitive* » et suite à la réalisation de ces activités en institution « *on essaye de faire le lien avec des activités qu'ils peuvent faire dehors.* ». Par exemple, elle peut encourager les patients à continuer de travailler les fonctions cognitives par des exercices « *sur des ordinateurs* ». De plus, elle va inciter les patients à « *s'inscrire dans une association* », telle qu'une « *Maisons pour Tous* ».

Elle peut inciter certains patients à se former « *il y a plein de formations qui existent* ». Elle souligne l'absence de travail sur « *le côté bien-être* », en ajoutant que « *c'est quelque chose qu'on aimerait bien développer* ».

Synthèse :

Les ergothérapeutes utilisent des activités d'**expression** en **groupe**. Ils travaillent tous les trois sur le **quotidien** des patients alcoolo-dépendants. Pour cela, l'E1 et E3 se basent à partir d'une grille qu'elles ont construites elles-mêmes, comprenant les différentes activités de la vie quotidienne. Tandis que l'E2 lui effectue des **mises en situation écologique** afin de confronter le patient à la réalité. Par la suite, les trois ergothérapeutes orientent le patient vers des **activités signifiantes** à l'extérieur de la structure en plus de les guider vers des **associations**.

Question n°3 : Les facteurs influençant le processus de changement	
E1	- C'est compliqué, parce que bien souvent les patients rechutent

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes qui s'en ont sorti, c'est souvent un électrochoc par rapport à un vécu.</li> <li>- Après avoir repris confiance en eux, en sentant qu'ils peuvent exister autrement que par l'alcool</li> <li>- Qui ont retrouvé des activités de loisirs, de retrouver une complicité avec l'entourage familiale</li> <li>- Qui vont à des groupes de soutien assez régulièrement</li> <li>- Patients qui ont un équilibre stable</li> <li>- Qui ont des activités assez structurées et un environnement familial qui est aidant</li> <li>- Après la motivation, je pense que ça influence mais ça ne fait pas tout. J'ai vu des patients très motivés mais qui ont rechuté à la moindre contrariété</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut qu'il soit bien dans sa tête</li> <li>- Qu'il soit dans une période où il soit apte au changement</li> <li>- La possibilité de changer d'environnement.</li> <li>- Changer l'écologie du patient</li> <li>- Si on remet le patient dans un environnement où il avait l'habitude de consommer, même s'il a toute la volonté du monde, il va à un moment donné reproduire le même schéma et être confronté aux mêmes risques</li> <li>- Après il y a des patients, on a beau essayer de les motiver, si dans leur tête il se voit comme une merde, « je ne suis pas capable de faire ça, je veux rien, je ne ferais rien de ma vie, ça sert à rien » »</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ça va vraiment dépendre des patients, et ça va dépendre à quelle étape ils sont de leur maladie</li> <li>- Il y en a qui font des tout petits changements, comme changer la place des meubles</li> <li>- Un changement d'eux-mêmes</li> <li>- Une rupture avec leur environnement pour ne plus être dans le même cursus, dans les mêmes habitudes de vie antérieures</li> <li>- Tous petits changements, comme changer la place des meubles</li> <li>- Souvent ce sont des gens assez isolés socialement »</li> <li>- S'entraident mutuellement</li> </ul>

- La motivation est primordiale
- Acteur de son soin
- Je pense que si tu investis toi-même des choses, et que tu as décidé de changer pour toi, la motivation est doublement plus efficace et les stratégies seront plus efficaces
- Plus la personne fonctionne bien sur le plan cognitif, plus la personne est acteur de son soin, plus la personne est au clair avec sa maladie (...) plus il y a des chances de mettre en place des choses efficaces
- Il y a pas mal de critères pour que ça réussisse
- Tous les êtres ne sont pas tous égaux au niveau du système immunitaire ou génétique
- J'ai remarqué qu'il y a souvent des maladies d'alcool dans la famille
- Ce qui est difficile des fois, c'est pour les gens en couple, où les deux personnes boivent. Et quand il y en a un qui fait un sevrage et qu'il y a l'autre qui continue à consommer à côté...

Concernant les facteurs influençant le processus de changement des personnes alcoolo-dépendantes, l'E1 nous mentionne directement que « *c'est compliqué, parce que bien souvent les patients rechutent* ». Pour elle, « *les personnes qui s'en sont sorti, c'est souvent un électrochoc par rapport à un vécu.* ».

Par la suite, elle indique que les personnes alcoolo-dépendantes ont davantage de facilités à modifier leurs habitudes de vie, « *après avoir repris confiance en eux, en sentant qu'ils peuvent exister autrement que par l'alcool.* ».

Elle note l'importance de l'environnement familial, qu'il soit « *aidant* », où il y a la présence d'une « *complicité* ».

L'E1 cite également l'intérêt des actes réalisés au quotidien, ses activités doivent être « *assez structurées* ». Pour elle, il faut que le patient présente un « *équilibre stable* ».

Pour l'E1, la motivation « *influence mais ça ne fait pas tout.* » Elle fait part de son expérience professionnelle « *J'ai vu des patients très motivés mais qui ont rechuté à la moindre contrariété* ».

Pour répondre à cette question concernant les facteurs qui permettent à l'individu alcoolo-dépendant de changer ses habitudes de vie, L'E2 mentionne en première intention l'idée qu' « *il* »

*faut qu'il soit bien dans sa tête. »* avant d'ajouter *« qu'il soit dans une période où il soit apte au changement »*.

Il souligne l'intérêt de *« changer l'écologie du patient »*. Pour lui, il va être intéressant que l'individu alcool-dépendant ait *« la possibilité de changer d'environnement »*. Il se justifie par cette phrase : *« Si on remet le patient dans un environnement où il avait l'habitude de consommer, même s'il a toute la volonté du monde, il va à un moment donné reproduire le même schéma et être confronté aux mêmes risques »*. Dans cette phrase il évoque également les limites de la motivation. Il développe cette idée dans un autre contexte, par la suite : *« on a beau essayer de les motiver, si dans leur tête ils se voient comme une merde... »*.

A propos des facteurs permettant au patient addicté de changer ses habitudes de vie, l'E3 répond que *« ça va dépendre des patients »* avant d'ajouter *« ça va dépendre à quelle étape ils sont de leur maladie »*.

Elle note également l'importance que le patient soit *« acteur de son soin »*, et que la décision d'un changement doit venir *« d'eux-même »*. Pour elle *« la motivation est primordiale »*. Elle relie et synthétise ces trois notions par cette phrase : *« si tu investis toi-même les choses, et que tu as décidé de changer pour toi, la motivation est doublement efficace et les stratégies seront plus efficaces »*.

Par la suite, Elle fait part de l'intérêt d'une *« rupture avec leur environnement pour ne plus être dans le même cursus, dans les mêmes habitudes de vie antérieures »*. Pour elle, même de *« tout petits changements, comme changer la place des meubles »* peuvent s'avérer utiles.

Pour l'E3, *« plus la personne fonctionne bien sur le plan cognitif, plus la personne est acteur de son soin, plus la personne est au clair avec sa maladie [...] plus il a des chances de mettre en place des choses efficaces »*.

Selon l'E3, *« tous les êtres ne sont pas tous égaux au niveau du système immunitaire ou génétique »* en ce qui concerne la résistance à la dépendance à l'alcool. Elle observe également *« qu'il y a souvent des maladies d'alcool dans la famille »*. Elle ajoute l'importance de l'environnement familial : *« ce qui est difficile des fois, c'est pour les gens en couple, où les deux personnes boivent. Et quand il y en a un qui fait un sevrage et qu'il y a l'autre qui continue à consommer à côté... »*. Elle remarque que *« souvent ce sont des gens isolés socialement »*. C'est pourquoi elle justifie l'intérêt des activités en groupe, où les participants peuvent créer un lien social et *« s'entraident mutuellement »*. Pour conclure, elle considère qu'*« il y a pas mal de critères pour que ça réussisse »*.

## Synthèse :

Concernant les facteurs influençant le processus de changement des personnes alcoolo-dépendantes, il en ressort l'intérêt d'une **prise de conscience** du patient face à sa problématique alcoolique afin qu'il soit **acteur** de son projet de soin. La **motivation** est selon l'E3 primordiale, alors que pour les deux autres ergothérapeutes, elle ne fait pas tout.

De plus, le **niveau cognitif** du patient va faciliter ou non son changement d'habitudes de vie. Et enfin, l'**environnement** matériel, social et sociétal seront important concernant la réadaptation du patient alcoolo-dépendant de son lieu de vie.

### Question n° 4 : méthodes utilisées pour accompagner au mieux le patient alcoolo-dépendant dans son processus

Pour analyser cette question, j'ai décidé de répartir les éléments bruts récoltés, selon le stade de changement du modèle transthéorique.

<b>Pré contemplation</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Etablir une relation de confiance</li><li>- C'est un travail en équipe pour l'aider à prendre conscience</li><li>- Voir avec l'entourage</li></ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"><li>- C'est tout un travail d'équipe</li></ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"><li>- Semer le doute</li><li>- En participant aux groupes, il va comprendre que la maladie est une maladie chronique</li><li>- Il va avoir des informations</li><li>- Après c'est eux qui décident</li></ul>

<b>Contemplation</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"><li>- S'appuyer sur l'expérience d'autres patients</li><li>- Encourager, le stimuler et lui montrer les bénéfices qu'il peut gagner</li></ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les groupes de paroles qui permettent à l'individu d'avoir des informations sur les conséquences de la dépendance à l'alcool</li></ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tu peux juste les guider, les accompagner</li></ul>

<b>Action</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Là il y a juste à enclencher</li> <li>- Notre rôle va juste d'être d'accompagner, de rajouter un peu d'huile</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accompagne</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On l'accompagne</li> <li>- On va le guider et l'aider à continuer</li> </ul>

<b>Maintien</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre le temps de discuter</li> <li>- Valoriser les éléments positifs</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est l'accompagner dans son problème et de réfléchir à comment on peut le régler</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On va l'aider à consolider ce maintien.</li> <li>- Un suivi</li> <li>- Voir si ses stratégies tiennent</li> <li>- Le mettre en garde sur les possibilités de rechutes</li> <li>- Leur rappeler qu'il faut rester vigilant.</li> <li>- Les aider à trouver des pistes pour mieux se connaître</li> </ul>

<b>Rechute</b>	
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On essaye de relativiser</li> <li>- On essaye de le remotiver</li> <li>- C'est vraiment l'accompagner et souligner les éléments positifs</li> <li>- Les rassurer et les déculpabiliser</li> <li>- Les valoriser sur les points positifs</li> <li>- Leur dire que ce n'est pas une fatalité d'avoir replongé et que c'est un processus quasiment normal dans la pathologie</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout ce qui est répressif, je ne vais pas le faire</li> <li>- L'alliance thérapeutique</li> <li>- J'utilise beaucoup l'humour</li> <li>- Assouplir le cadre</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre un temps de parole est important</li> <li>- On apporte souvent un autre regard qui est positif</li> <li>- Après il ne faut pas non plus trop de messages positifs, sinon le patient il n’y croira plus</li> <li>- On essaye de trouver les choses positives</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’accueillir en le déculpabilisant au maximum</li> <li>- Positiver</li> <li>- Informer</li> <li>- Travail en équipe avec les différents thérapeutes</li> <li>- On est là pour trouver la solution</li> </ul>

Pour l’E1 il faut dans un premier temps « *établir une relation de confiance* ». Pour accompagner le patient alcoolo-dépendant dans les différentes étapes du changement, c’est avant tout un « *travail en équipe pour l’aider à prendre conscience* ». Elle note l’idée de travailler avec les proches, de « *voir avec l’entourage* » les difficultés du quotidien. Ensuite elle mentionne l’intérêt de « *s’appuyer sur l’expérience d’autres patients* », qui vont permettre au patient de prendre davantage conscience de sa problématique alcoolique. En parallèle, le rôle de l’ergothérapeute est d’« *encourager, de le stimuler et de lui montrer les bénéfices qu’il peut gagner* » à arrêter la consommation d’alcool et à changer certaines habitudes de vie.

Une fois que le patient s’engage dans des actions « *il y a juste à enclencher* ». Selon l’E1, son rôle « *va juste d’être d’accompagner, de rajouter un peu d’huile* ». Durant le maintien des actions mises en place du patient, elle mentionne l’importance de continuer à « *prendre le temps de discuter* » ainsi que de « *valoriser les éléments positifs* ». Lorsque le patient vient de rechuter, elle souligne l’intérêt « *de relativiser* », « *de le remotiver* ». Selon elle « *c’est vraiment l’accompagner et souligner les éléments positifs* ». Il s’agit de « *les rassurer et les déculpabiliser* ». Elle développe davantage cette notion par cette phrase : « *leur dire que ce n’est pas une fatalité d’avoir replongé et que c’est un processus quasiment normal dans la pathologie* ».

Pour l’E2, l’accompagnement du patient alcoolo-dépendant « *est tout un travail d’équipe* ». Il émet l’intérêt des « *groupes de paroles qui permettent à l’individu d’avoir des informations sur les conséquences de la dépendance à l’alcool* ». Selon lui il s’agit de « *l’accompagner dans son problème et de réfléchir à comment on peut le régler* ».

En ce qui concerne la rechute, l’E3 est clair : « *tout ce qui est répressif, je ne vais pas le faire* ». Ceci aura pour aboutissement la conservation de « *l’alliance thérapeutique* ». Cet

ergothérapeute «*utilise beaucoup l'humour*», afin d'«*assouplir le cadre*». Il émet l'idée que «*prendre un temps de parole est important*». Selon lui, l'ergothérapie «*apporte souvent un autre regard qui est positif*», avant d'ajouter «*Après il ne faut pas non plus trop de messages positifs, sinon le patient il n'y croira plus*».

Pour l'E3, dans l'optique d'accompagner au mieux le patient alcool-dépendant dans son processus de changement, il faut avant tout «*semer le doute*» s'il n'a pas conscience de l'intérêt à modifier certaines habitudes de vie. Elle mentionne cette idée que le patient «*en participant aux groupes, il va comprendre que la maladie est une maladie chronique.*» Durant les séances en ergothérapie «*il va avoir des informations*». Elle ajoute «*Après c'est eux qui décident*». Pour elle, en tant qu'ergothérapeute, «*tu peux juste les guider, les accompagner,*» afin de les «*aider à continuer*». Si le patient rechute, la première des choses à effectuer sera de «*l'accueillir en le déculpabilisant au maximum*». Il sera ensuite de «*positiver*» puis d'«*informer*» sur cette étape. Pour l'E3 c'est un «*travail en équipe avec les différents thérapeutes*», qui ont pour mission de l'aider à «*trouver la solution*».

#### Synthèse :

Après avoir établi une **relation de confiance**, le rôle de l'ergothérapeute va être d'**informer** le patient sur sa maladie, afin qu'il soit responsable et acteur de son soin. Pour compléter ceci, les ergothérapeutes interrogés mettent en valeur l'intérêt du **partage des expériences** des autres patients et des séances en groupe.

Le rôle du thérapeute va être d'**accompagner** le patient dans ses différentes étapes, en valorisant les éléments positifs et en lui apportant d'autres éléments ou d'autres pistes. Même lorsque le patient a mis des stratégies efficaces concernant l'abstinence de l'alcool, ils soulignent l'importance, de **conserver un suivi** thérapeutique. Pour finir, si le patient a rechuté, les trois ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire qu'il faut **déculpabiliser**, ne pas être dans la répressive, **positiver**. C'est un vrai **travail pluri-professionnel** afin de conserver, voire renforcer l'alliance thérapeutique.



## D- DISCUSSION

---

Dans cette dernière partie je m'attacherai dans un premier temps à relier l'analyse des résultats obtenus avec la problématique théorique et pratique. Par la suite, je répondrai de manière plus concrète à ma question de recherche qui est « **Comment l'ergothérapeute par son accompagnement au changement des habitudes de vie des personnes alcoolo-dépendantes, favorise-t-il un équilibre occupationnel ?** »

Dans un second temps je tenterai d'apporter un regard critique et constructif sur l'ensemble de mon travail d'initiation à la recherche et sur la méthodologie employée. Enfin, j'aborderai des pistes de réflexions complémentaires à cette étude, ainsi que les apports de ce travail, tant sur le plan professionnel que personnel.

### I. Liens avec les problématiques pratiques et théoriques

#### I.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine

L'ensemble des ergothérapeutes abordent les trois dimensions du MOH que sont l'Etre, l'Agir, le Devenir. Je vais donc les traiter afin de les mettre en corrélation avec mes recherches scientifiques.

##### ➤ Etre

Tout d'abord la notion de **volition** est primordiale lors d'un changement d'habitudes de vie, lors d'engagement dans une activité.

Même si elle ne fait pas l'unanimité quand à son importance dans la réussite du maintien de l'abstinence et pour le développement personnel dans ses activités, la **motivation** est un facteur indéniable dans le processus de changement du patient alcoolo-dépendant.

Les **capacités de rendement** liées aux systèmes organiques, notamment les fonctions cognitives et exécutives sont essentielles pour le sujet alcoolo-dépendant, dans son processus de changement des habitudes de vie liées à l'addiction. Ses aptitudes lui permettront d'organiser sa vie quotidienne et de s'adapter dans son environnement. Or les conséquences de l'alcoolo-dépendance sur l'organisme, démontrées par des recherches scientifiques, entraînent des lésions sur ces fonctions. Les outils d'évaluation tels que le **MoCA** ou la **BREF** utilisés par les ergothérapeutes vont permettre de mesurer le niveau des fonctions cognitives des patients.

➤ Agir

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que c'est au patient d'agir. Il doit être acteur de son soin. L'**engagement** et la **participation** dans des activités **significatives** vont permettre à l'individu alcool-dépendant de s'adapter à son environnement.

Or d'après la CIM10 l'addiction provoque un « désinvestissement progressif des activités ». Ainsi la participation sera atteinte chez le sujet alcool-dépendant.

D'après le MOH, les habilités motrices, opératoires, d'interaction et de communication sont des facteurs indéniables dans la réussite de son adaptation. Ce qui soutient l'intérêt de développer les **habilités sociales** en ergothérapie et d'utiliser des activités en groupe lorsque celles-ci sont altérées.

➤ Devenir

D'après les ergothérapeutes interrogés, l'**environnement proche**, tel que la famille, les amis, et les collègues de travail, doit être « aidant » et non pas contraignant.

L'**organisation de l'espace** et les objets du quotidien peuvent être modifiés pour symboliser un changement et rompre une routine en lien avec l'addiction.

Le patient a également la possibilité de changer sa **manière d'agir** tout en conservant une même activité. L'ergothérapeute peut utiliser pour cela un atelier « cuisine thérapeutique ». Celui-ci à pour but d'utiliser cette activité quotidienne d'une autre façon, en recherchant la notion de plaisir autrement que par la consommation d'alcool.

De plus l'**environnement élargi** du MOH est évoqué. En effet, au-delà des mesures de l'état pour lutter contre la consommation excessive, citées dans la problématique pratique, l'E2 fait référence aux contraintes que l'**environnement sociétal** nous impose. Selon lui la société incite la consommation d'alcool, en rendant l'alcool disponible et en laissant les publicités opérées.

## I.2. Le concept de l'Équilibre Occupationnel

Les différents items du concept de l'équilibre occupationnel ont été mentionnés par les ergothérapeutes interrogés.

### ➤ Domaines d'activités

L'ergothérapeute analyse l'ensemble des domaines d'activité de la personne qui sont les **soins personnels**, la **productivité**, les **loisirs** et le **repos**. Après avoir identifié les sphères posant problème pour le patient, il oriente son axe de travail vers tel ou tel domaine d'activités.

### ➤ Caractéristiques de l'activité

L'ergothérapeute a la spécificité de rééduquer **PAR** l'activité, mais également **POUR** l'activité. Il utilise comme moyen thérapeutique l'activité en prenant en compte toutes ses caractéristiques. Pour le sujet alcoolo-dépendant les activités cognitives reviennent souvent, mais également la composante sociale et physique. Ainsi l'ergothérapeute favorise l'investissement dans les activités **physiques, mentales et sociales**, de manière adaptée au patient, en fonction de son **énergie** et de ses **capacités**.

De plus, il aide également à réguler également entre les activités **désirées** et les tâches considérées comme **obligatoires**, plus contraignantes pour le patient, mais qui sont nécessaires.

Enfin l'ergothérapie agit sur le **faire** et l'**être** du sujet alcoolo-dépendant. Pour l'E2 il va être important d'« *occuper les moments de vide* » mais également de « *gérer les moments de vide* ».

### ➤ Niveaux d'activités

D'après les ergothérapeutes interrogés, les objectifs en ergothérapie sont d'informer le patient sur les conséquences de la maladie d'alcool dans le quotidien et sur leurs activités quotidiennes. L'orientation vers des habitudes de vie plus saines permettra le **maintien de la santé et de l'intégrité physique**, impactée par la consommation excessive d'alcool. Les activités en

groupe et le travail de l'expression permettront au patient d'établir des **relations gratifiantes et positives**.

L'engagement dans des activités significatives aura pour but de **créer du sens** pour la personne, de se **sentir engagé, compétent et mis au défi**, et ainsi **développer son identité personnelle**.

La restauration ou le maintien des capacités cognitives et des fonctions exécutives va accroître la capacité du patient à **organiser son temps en fonction de son énergie**.

### **I.3. Le modèle transthéorique du changement**

Les différentes étapes du processus du changement selon le modèle transthéorique (Prochaska et Diclemente, 1992) ont été évoquées par les trois ergothérapeutes.

#### ➤ Précontemplation

En premier lieu, il s'agit d'établir une **relation de confiance** afin de créer une **alliance thérapeutique**. Dans cette étape, l'objectif du thérapeute va être d'**informer** des risques de la maladie et des bénéfices à changer afin d'augmenter la **conscientisation** face à la nécessité de changer.

#### ➤ Contemplation

Lorsque le sujet alcoolodépendant songe au changement, l'ergothérapeute va le **motiver**, l'**encourager** à agir dans sa démarche.

#### ➤ Action

Durant cette phase, le rôle du thérapeute est de l'**accompagner**, de le guider, ainsi que de le **gratifier** sur les éléments positifs.

#### ➤ Maintien

Même lorsque le patient a maintenu son abstinence, il lui est nécessaire pour le patient de **conserver un suivi thérapeutique**. L'accompagnement en ergothérapie pourra s'orienter vers les

activités quotidiennes du patient, sur son emploi du temps, afin d'y faire le point régulièrement. Ce suivi permettra de **réguler les actions spécifiques et de prendre de nouvelles décisions**.

Il servira également à rappeler au patient le risque de rechute.

#### ➤ Rechute

Dans un premier temps, le patient aura un **soutien** en cas de rechute. Cet accueil doit être réconfortant pour le patient afin de le **déculpabiliser** mais aussi de l'informer le patient sur cette étape du processus de changement. Dans un second temps ce lien aidera le patient à trouver de nouvelles solutions et de nouvelles stratégies pour le maintien de l'abstinence et le développement personnel dans ses activités quotidiennes.

Ces différentes étapes que suit le patient sont effectuées tout au long de son parcours, selon les différents lieux et temps de prise en charge évoqués en problématique pratique. Ainsi l'ergothérapeute doit s'adapter à l'étape du changement du patient, dans l'optique de mieux l'accompagner dans son processus.

## **II. Discussion des résultats**

Pour répondre de la manière la plus précise possible, j'ai décidé de scinder ma réponse en deux parties. La première concernera l'accompagnement en ergothérapie du patient alcoolodépendant dans son processus de changement. La seconde répondra à la question « En quoi l'ergothérapie favorise-t-il un équilibre occupationnel ? ».

#### ➤ **Comment l'ergothérapeute accompagne le patient alcoolodépendant dans son processus de changement ?**

Les ergothérapeutes sont unanimes quand au fait que le patient doit être **acteur** de sa prise en charge. Ainsi l'objectif du thérapeute va être d'accompagner le patient dans l'ensemble des différentes étapes du processus de changement, dans son maintien de l'abstinence et en parallèle dans son changement d'habitudes de vie.

L'ergothérapeute favorise une prise de conscience du patient face à ses problématiques et encourage le patient à être autonome. En effet, son rôle est d'augmenter la conscientisation face à

la nécessité de changer certaines habitudes de vie en lien avec la consommation d'alcool. Ce qui se traduira en pratique par de l'information et de l'éducation au patient en faveur de l'arrêt de la consommation d'alcool et aux risques de la consommation. Le rôle de l'ergothérapeute est également d'informer le patient sur les conséquences de la sédentarité et l'importance d'investir des activités signifiantes et significatives au quotidien.

L'ergothérapeute servira de soutien au patient. Il doit se rendre disponible afin d'entretenir une relation thérapeutique et un dialogue. Il aura pour rôle d'alimenter la motivation du patient, en soulignant les actions positives.

L'ergothérapie va permettre d'anticiper le devenir du patient dans son environnement. Il s'agit de restaurer ses compétences altérées par la consommation excessive d'alcool et de réadapter l'ensemble des activités quotidiennes du patient sans le produit addictif. Ainsi, le **développement des capacités** du sujet alcoolo-dépendant consiste à favoriser la socialisation et améliorer les fonctions cognitives et exécutives. Le rétablissement des fonctions cognitives va permettre d'accroître les capacités de rendement et ainsi améliorer les capacités d'adaptation du sujet alcoolo-dépendant.

Enfin l'ergothérapeute poursuit son accompagnement par un **travail sur le quotidien** du patient en collaboration avec ce dernier. En effet il s'agit d'agir sur l'ensemble des activités quotidiennes, aussi bien sur les soins personnels, que sur les loisirs ou encore sur le domaine de la productivité. Ainsi le changement des habitudes liées à l'addiction vers des habitudes de vie plus saines pourra être effectué.

Cet accompagnement a pour but d'augmenter progressivement la participation du patient dans les différents domaines d'activités, afin qu'il développe davantage ses compétences et son identité.

A noter que lors de ce travail sur le quotidien du patient, il est indispensable de prendre en compte son **environnement**. En effet, il est important pour l'ergothérapeute d'identifier les facteurs environnementaux favorisant ou faisant obstacle au processus du changement. Que ce soit l'entourage humain, le milieu matériel ou encore l'environnement élargi à notre société. En effet, malgré les mesures mises en place par l'état pour lutter contre l'alcoolo-dépendance, la société continue à inciter à la consommation, tant par la disponibilité de l'alcool, que par les publicités.

Le travail sur les activités quotidiennes offre une **ouverture vers l'extérieur** de l'institution et un axe de travail intéressant pour l'ergothérapie. L'ergothérapeute peut par la suite

conserver un suivi thérapeutique avec le patient en travaillant avec lui sur son quotidien, sa vie personnelle et son projet professionnel.

➤ **L'ergothérapie favorise-t-il l'équilibre occupationnel des patients alcoolo-dépendants ?**

Après analyse de ces entretiens, on peut constater que les objectifs thérapeutiques en ergothérapie sont en corrélation avec le concept de l'Équilibre Occupationnel. Il en est de même pour les activités thérapeutiques réalisées en institution par les ergothérapeutes. Ainsi on peut conclure que l'ergothérapie favorise l'équilibre occupationnel des patients alcoolo-dépendants. En effet il utilise les différentes caractéristiques de l'activité, mais l'ergothérapeute permet également de réguler l'ensemble des domaines d'occupation et de stimuler les différents niveaux d'activités.

Cependant, les ergothérapeutes ne sont pas les seuls à participer à l'équilibre occupationnel des patients alcoolo-dépendants. En effet, l'EAPA (Enseignant d'Activité Physique Adapté) y contribue via les activités sportives, ou encore la psychomotricienne par les activités relaxantes et corporelles. Il en est de même avec l'assistante sociale concernant les différentes sphères sociales, administratives, et professionnelle.

Ainsi il nécessite une coordination entre ces différents acteurs, un travail interdisciplinaire dans le but d'accompagner de façon pertinente le patient, vers un équilibre occupationnel.

De plus, j'ai pu observer lors d'échanges avec des professionnels de santé travaillant en addictologie, que les créations d'hôpitaux de jour en addictologie se sont multipliées. Le travail en ergothérapie sur le quotidien du patient et sur son équilibre occupationnel, prendrait davantage de sens, dans ce type de structures de soin. En effet, il sera plus facile de faire le lien avec l'extérieur et avec l'environnement du patient.

### **III. Discussion et critique de la méthodologie**

#### **III.1. Problématique pratique**

L'entendue de la problématique alcoolique étant large, il a été difficile cibler les axes de la problématique pratique. J'ai souhaité dans un premier temps démontrer l'intérêt de la prise en charge des individus alcoolo-dépendants.

Au début de mes recherches, le parcours du patient alcoolo-dépendant m'apparaissait de manière confuse, tant il peut paraître complexe, aux premiers abords. C'est pourquoi j'ai dans un

second temps recensé les différents éléments de cette prise en charge spécifique, afin de bien comprendre ce système et d'identifier quel rôle y jouait l'ergothérapeute.

Pour finir, il m'était indispensable de présenter l'ergothérapie et d'exposer ses perspectives.

L'enquête exploratoire aurait mérité d'être davantage utilisée. Je n'ai pas pu recueillir de nombreux éléments significatifs. Les patients interrogés étaient en cours séjour, par conséquent ils avaient peu de recul sur leur prise en charge, et sur les apports de l'ergothérapie.

### III.2. Problématique théorique

L'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine s'est montrée rapidement inévitable pour ma recherche.

Le concept de l'Equilibre Occupationnel est récent, notamment en France. Pour la première fois cette année, les étudiants en 1ere année d'ergothérapie de Montpellier y ont été initiés. On y retrouve l'identité même de l'ergothérapie, trop peu mis en avant à mon goût. De plus, c'est un concept récent et possédant des perspectives d'évolution intéressantes tant pour les sciences de l'activité humaine, que pour les ergothérapeutes.

Le modèle transthéorique du changement (Prochaska et Diclemente, 1992) peut être considéré comme plus ancien et ses principes d'accompagnement ne sont pas spécifiques qu'à l'ergothérapie. Ils s'appliquent à l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès du patient alcoolodépendant. Cependant les principes d'accompagnement selon les différents stades de ce modèle sont d'autant plus importants en ergothérapie.

### III.3. Etude

#### **Choix du dispositif de recherche**

##### ○ Outil

La méthode clinique m'est apparue comme étant la plus adaptée pour répondre à ma question de recherche puisqu'elle m'a permis de récolter des informations quant à la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes alcoolodépendantes.

Grâce à des entretiens semi-dirigés, j'ai pu consulter des ergothérapeutes ayant sensiblement des approches semblables et un savoir-faire certain. L'inconvénient des entretiens réside dans le fait qu'ils ne possèdent pas de temps pour élaborer et construire leurs pensées, afin de transmettre la réponse la plus complète qu'il soit.



Les questions étaient volontairement assez larges afin d'obtenir les réponses les plus complètes possibles et d'influencer le moins possible la personne interrogée. Ceci a parfois provoqué, chez l'un des ergothérapeutes interrogés notamment, des difficultés à cerner l'étendue de la question.

De plus le fait de réaliser les entretiens dans un endroit neutre, que les ergothérapeutes ne connaissaient pas, a pu leur provoquer de l'appréhension aux premiers abords. Dans un second temps, il a facilité d'avoir un regard extérieur sur leur structure et pratique professionnelle.

#### ○ Résultats

Ma réflexion, limitée à trois entretiens d'ergothérapeutes, ne peut être exhaustive. Je constate que les témoignages de ces professionnels ne se basent pas sur des preuves objectives, mais sur leurs vécus, leurs observations, leurs ressentis accompagnés de leur subjectivités.

Je n'avais pas choisi de m'orienter sur une approche spécifique comme celle psychodynamique ou cognitivo-comportementale. Cependant cela ne m'a pas été préjudiciable.

Les objectifs et les activités utilisés en ergothérapie sont étroitement liés. Ce qui a rendu difficile l'analyse des résultats sur ces deux points.

Par ailleurs, je fus agréablement surpris de constater autant d'éléments significatifs du discours des ergothérapeutes en lien avec ma problématique pratique et théorique.

#### **IV. Pistes de réflexions / hypothèses de travaux ultérieurs**

L'ergothérapeute par sa vision holistique, a un rôle important à jouer dans l'accompagnement au retour à domicile du patient et plus précisément, dans la régulation des différentes activités quotidiennes du patient dépendant. Or d'après l'annuaire réalisé par le Pr PAILLE.F (2014), il existe peu d'ergothérapeutes dans les structures d'addictologie. En parallèle, le nombre d'ergothérapeute augmente de manière croissante. Ainsi l'ergothérapie a un champ d'action à exploiter dans le domaine de l'addictologie.

D'après les entretiens réalisés, on peut constater que deux d'entre eux, utilisent une grille d'évaluation dans les différents domaines d'activité, qu'elles ont élaboré elles-mêmes. Il serait donc utile pour les ergothérapeutes, de posséder un outil d'évaluation d'équilibre occupationnel commun, adapté et validé dans le domaine de l'addictologie. Or, il existe au Canada, pays moteur de l'ergothérapie, un outil d'auto-évaluation de l'équilibre occupationnel. Il s'agit de « l'inventaire de l'équilibre de vie » (Annexe VIII). Ainsi, il serait intéressant de réaliser une étude scientifique

concernant la cohérence de l'utilisation de cette évaluation en addictologie, sur le territoire français.

D'autre part, j'ai pu prendre conscience que l'équilibre occupationnel est un défi pour la société actuelle. Du fait de son exigence, l'équilibre occupationnel peut être instable pour de nombreux individus. Un déséquilibre important peut avoir pour conséquence l'apparition de pathologies, comme par exemple l'alcool-dépendance, traitée lors de ce mémoire.

Les compétences de l'ergothérapeute lui permettent d'identifier le déséquilibre occupationnel éventuel d'un individu, dans un environnement donné. Mais il peut également le prévenir par des programmes de prévention et/ou d'éducation de la population générale. Cette action pourrait s'inclure dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017), où la prévention fait partie des objectifs principaux de ce plan.

Etant donné que selon l'OMS, la Santé est un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », l'ergothérapie a-t-elle un rôle à jouer dans l'équilibre occupationnel de la population française ? L'ergothérapie peut-elle s'ouvrir à l'ensemble de la population ne présentant pas de maladie ou d'infirmité mais souhaitant s'épanouir davantage dans notre société ?

Agir en préventif, sur le bien-être de la population est sans doute un enjeu majeur pour notre société contemporaine.

## **V. Intérêt professionnel et personnel**

### Intérêt professionnel :

Cette étude tente de participer à mon échelle, à la promotion de l'ergothérapie, en montrant son intérêt, et ses perspectives futures. De plus j'ai trouvé intéressant prendre du recul sur un problème de santé publique et de me questionner sur la société d'aujourd'hui.

J'ai effectué un stage de deux mois dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (S.S.R.A), où j'ai pu constater l'intérêt d'un travail sur le quotidien du patient alcool-dépendant. En effet, le patient présente au sein de l'institution, un programme qui lui est transmis, où il a la possibilité d'effectuer des activités sportives, des activités de socialisation, etc. Comme disait le médecin-addictologue de ce service, l'établissement peut s'apparenter à « un cocon », à contrario de l'environnement extérieur des patients. Après leur passage dans l'institution, les patients sont de retour confrontés à eux-mêmes, à leur environnement, avec les incitations qu'il peut comporter. La structure offre donc les moyens d'établir un équilibre occupationnel satisfaisant. Cependant cet équilibre peut être déstabilisé lors du retour à domicile,

où le patient doit modifier ses activités routinières en lien avec l'alcool. Ainsi j'ai vraiment pu constater l'apport potentiel du modèle de l'Équilibre Occupationnel en addictologie, et l'intérêt de le développer en ergothérapie.

De plus, cette étude a permis de donner quelques pistes de réflexion à ma maîtresse de mémoire, concernant l'équilibre occupationnel. L'intérêt était de l'appliquer dans sa pratique, lors de la création d'un hôpital de jour d'addictologie, et de participer à l'amélioration de ses outils d'intervention en ergothérapie.

#### Intérêt personnel :

Pour ma part, ce travail de recherche a été très enrichissant. Tout d'abord il m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances pratiques et théoriques. Mais c'est surtout dans la démarche de recherche que j'ai appris le plus. Cette étude m'a encouragé à échanger avec de nombreux professionnels de santé médecins addictologues, neuropsychologue, enseignant APA, psychomotricien, ergothérapeute, etc. ce qui a été très instructif et formateur pour moi.

En parallèle de la réalisation de ce mémoire, j'ai pu prendre du recul sur mon propre équilibre occupationnel. Ceci a été bénéfique pour mon bien-être, durant la réalisation de ce mémoire.

Enfin, j'ai pris conscience de l'importance de continuer à me former au cours de ma carrière professionnelle, tant le métier d'ergothérapeute est riche et diversifié. De plus, ce mémoire m'a permis de comprendre l'intérêt de s'appuyer sur des données probantes, lors de ma pratique professionnelle.

## CONCLUSION

---

Au cours de cette étude, je me suis intéressé à la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool, en lien avec les sciences de l'activité humaine. Au fil de mes lectures, j'ai pu observer que l'alcool-dépendance a un impact important sur l'ensemble des activités quotidiennes. Ainsi j'ai constaté que l'addiction engendrait un déséquilibre occupationnel.

Par la suite, j'ai cherché à analyser de quelle manière l'ergothérapeute accompagne le patient alcool-dépendant, dans son changement d'habitudes de vie en lien avec la consommation d'alcool. Afin de répondre à mon questionnement, je me suis basé sur des modèles et concepts me permettant de réaliser une matrice théorique et d'analyser par la suite, les résultats obtenus. Ce mémoire a été établi selon une méthode qualitative, auprès d'ergothérapeutes travaillant sur les habitudes de vie des personnes alcool-dépendantes.

A la suite des entretiens, j'ai pu constater que les objectifs et activités thérapeutiques utilisées en ergothérapie, sont en corrélation avec le modèle de l'Equilibre Occupationnel. Ainsi on peut conclure que l'ergothérapeute favorise un équilibre occupationnel des patients alcool-dépendants. Cependant, d'autres professionnels de santé y participent également, c'est pourquoi ils doivent travailler de façon coordonnée. La prise en charge doit être interprofessionnelle au sein de la structure.

De cette étude, il en ressort également que lors de l'accompagnement en ergothérapie, le patient doit être acteur de son soin. Après une restauration des capacités cognitives, exécutives et sociales, l'ergothérapeute axe son travail sur le quotidien du patient et son environnement extérieur.

Ce mémoire m'a permis de comprendre les enjeux que pose l'équilibre occupationnel dans notre société, et non pas seulement en ce qui concerne l'alcool-dépendance. L'ergothérapie, en plein développement, par son approche spécifique et ses compétences, pourra y apporter sa plus value.

**Figure n°1 : Evolution du nombre d'ergothérapeutes en France, selon l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes)**

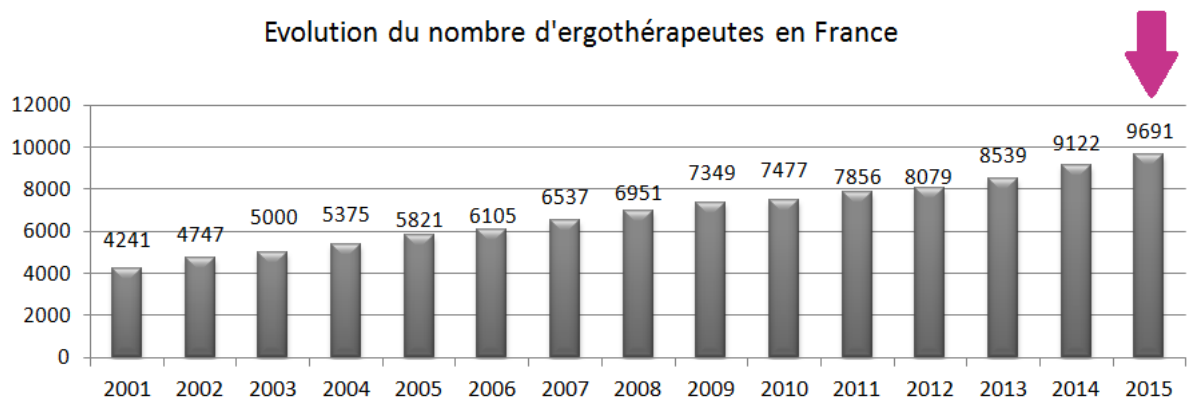


Figure n°2 : Le Modèle de l'Occupation Humaine selon Kielhofner

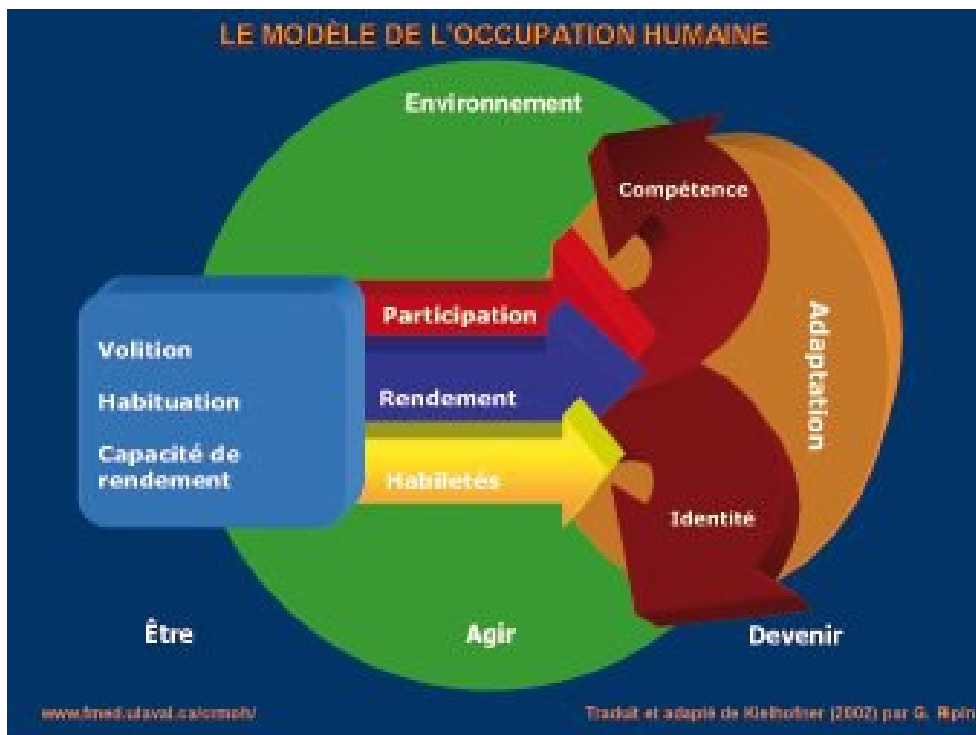
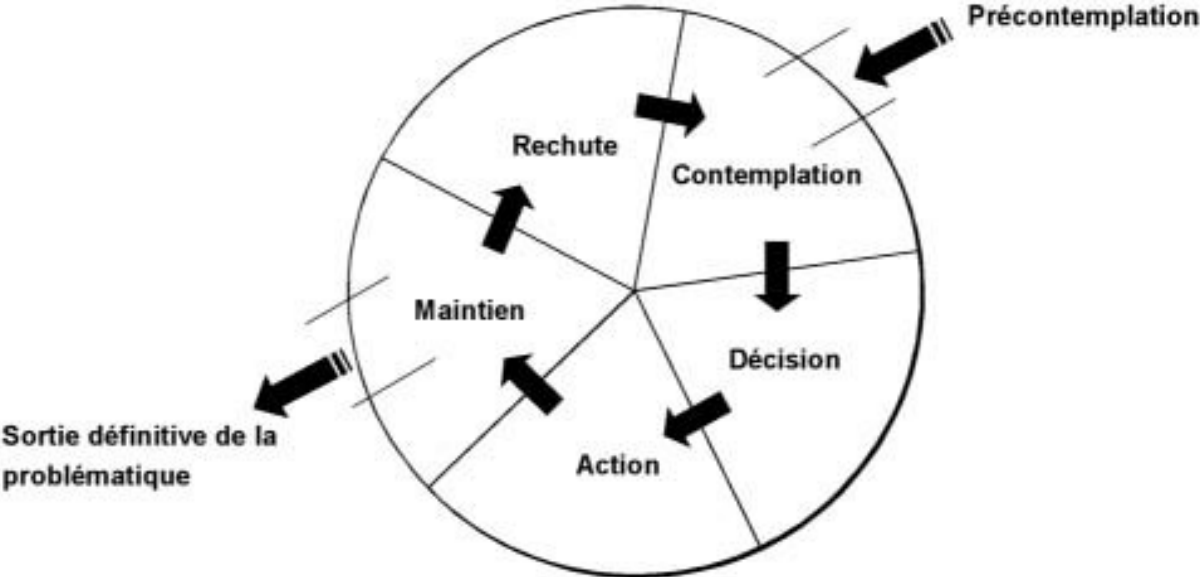


Figure n°3 : Stades de changement selon Prochaska et DiClemente, 1992.



## Références Bibliographiques :

« Selon la norme APA (American Psychological Association), (2002). »

Adès J., Lejoyeux M., (1993) « L'alcoolisme en questions », Sanofi Ed., Gentilly, 131p.

Alarcon, R., Nalpas, B., Pelletier, S., Perney, P. (2015). MoCA as a screening tool of neuropsychological deficits in alcohol-dependant patients. *Alcohol Clinical and Experimental Research* (2).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)

Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218-228.

Backman CL. (2004). « Occupational balance : exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being ». *Can J Occup Ther*, 202-209.

Caire, J. (2013). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. In *Collection ergOTHérapies*. 358p.

Christiansen, C. H., & Matuska, K.M. (2006). « Lifestyle balance : A Review of Concepts and Research. » *Journal of Occupational Science*, 13(1), 49-61.

Diclemente CC, Prochaska JO. (1994) Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : stages of change and addictive behaviors. In : Miller WR, Heather N, editors.

Dür, M., Steiner, G., Fialka-Moser, V., Kautzky-Willer, A., Dejaco, C., Prodinger, B., et Stamm, T. A. (2014). « Development of a new occupational balance-questionnaire : incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument ». In *Health and Quality of life Outcomes*, 12, 45.

Fouquet P et Clavreul J., (1956), « Une thérapeutique de l'alcoolisme, Presses Universitaires de France », Paris, in *Revue française de Psychanalyse*, 22, p113.

Gammeter R, (2002), « Comorbidité psychiatrique associées à la dépendance à l'alcool », in *Curriculum*, Suisse, 23, p562-566



Guibé P, (2010), « La maladie alcoolique », publication ANPA

Goldberg, B., Brintnell, E. S., & Goldberg, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2).

Goodman A., (1990). « Addiction: Definition and Implications», in *British Journal of Addictions*.

Hammel, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupation of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305.

I.N.S.E.R.M (2001), « Expertise collective, Alcool : Effets sur la santé », Editions Inserm, 560 p.

I.N.S.E.R.M (2003), « Expertise collective, Alcool : Dommages sociaux et dépendance », Éditions Inserm, 538 p

Jonsson H. & Persson D. (2006). « Towards an experiential model of occupational balance : An alternative perspective on flow theory analysis ». *Journal of Occupation Science*, 13(1), 62-73.

Kielhofner G., (2008). « Model of Human Occupation », Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 4° Ed.

Law M., Baptiste S., Carswell A., McColl MA., Polatajiko H., Pollock N. (1994). *Canadian Occupational Performance Measure 2<sup>nd</sup> edn*. Toronto, ON : CAOT Publication ACE.

Matuska K.M., & Christiansen, C. H. (2008). « A proposed model of lifestyle balance ». *Journal of Occupational Science*, 15(1),9-19. Doi :10.1080/14427591.2008.9686602.

Martins S. (2015). « Agissez... pour votre santé ! L'équilibre occupationnel : Un concept clé en ergothérapie. », in *l'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* deboeck, p43-51.

Meyer A. (1997). « The philosophie of occupation therapy ». *American Journal of Occupational therapy*, 31(1) :632-42 (Reprinted from *Archives of Occupational Therapy* 1, 1-10 1922).

Morel-Bracq, M. (2013). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. In collection *ergOThérapie*, 174p.

Morel-Bracq, M., Trouvé, E., Offenstein, E and co. (2015). « l'activité humaine : un potentiel pour la santé ? ». In *de boeck solal*, 342p.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (2015). *La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions : résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé*. 32.

Paille, F. (2014), « Annuaire des structures de soins en alcoologie », Princeps editions, Chollet, 568p

Pelonquin, SM. (1991). « Occupational therapy service : Individual and collective understandings of the founders », Part 1, American Journal of Occupational Therapy, 44(4), 352-360.

Société Américaine de Psychiatrie (2013) *DSM-V-TR. Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France : Masson

Société française d'alcoologie (2001), « Choix et définition des termes essentiels de la pratique alcoologique », in RPC-Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie ; 23 (4S) : 1S-76S)

Tétreault, S. & Guillez, P. (2014). « Guide pratique de recherche en réadaptation », de boeck solal, 555p.

Uehlinger C., Carrel J., (1998), « Gestion de la rechute alcoolique » in Revue Médical de la Suisse Romande, 118, p 783-785.

Van Der Maren J-M. (1996) « *Méthodes de recherche pour l'éducation* » Boeck, Bruxelles, 189p.

Vial, M. (2005) « *De l'éthique et de la déontologie dans l'exercice professionnel* » ADEPEI, Le Puy-en-Velay, 9p.

Wagman, P. (2012). Conceptualizing life balance from an empirical and occupational therapy perspective. PhD Dissertation, School of Health Sciences, Jönköping University.

Westhop, P. (2003). « Exploring Balance as a Concept in Occupational Science ». Journal of Occupation Science, 10(2), 99-106.

Wilcock, AA. (1998). An occupationnal perspective of health. Thorofare, NJ : Slack.

### **Sitographie :**

Site international de l'OMS : [www.who.int](http://www.who.int)

Site de l'Association Nationale Française des ergothérapeutes : [www.anfe.fr](http://www.anfe.fr)

Site de la Haute Autorité en Santé : [www.has.fr](http://www.has.fr)

Site national de la statistique et des études économiques : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

### **Textes législatifs :**

Arrêté du 5 juillet 2010

Circulaire n° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Décret d'actes du 21 novembre 1986

Rapport N°2013-119R (Février 2014) de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives

Plan 2007 - 2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions

# ANNEXES

## SOMMAIRE DES ANNEXES

---

ANNEXE I : Référentiel de compétences des ergothérapeutes (2010) .....	I
ANNEXE II : MoCA (Montreal Cognitive Assesment).....	II
ANNEXE III : Enquête exploratoire.....	III
ANNEXE IV : Matrice théorique.....	V
ANNEXE V : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1 .....	VII
ANNEXE VI : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2.....	XI
ANNEXE VII : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 3 .....	XVI
ANNEXE VIII : Inventaire de l'équilibre de vie .....	XXII

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE  
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

**Compétences**

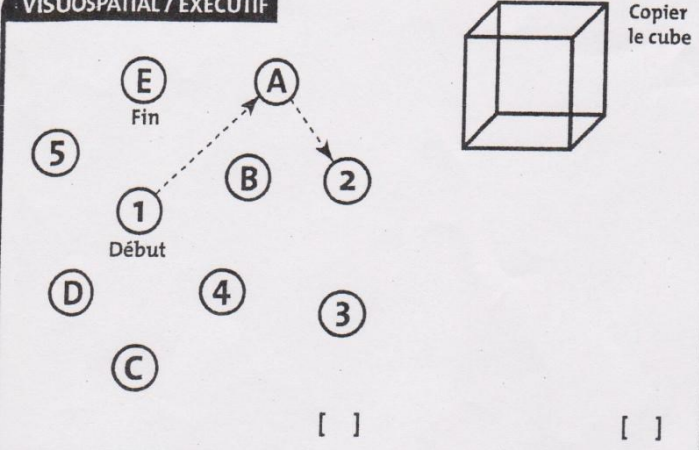
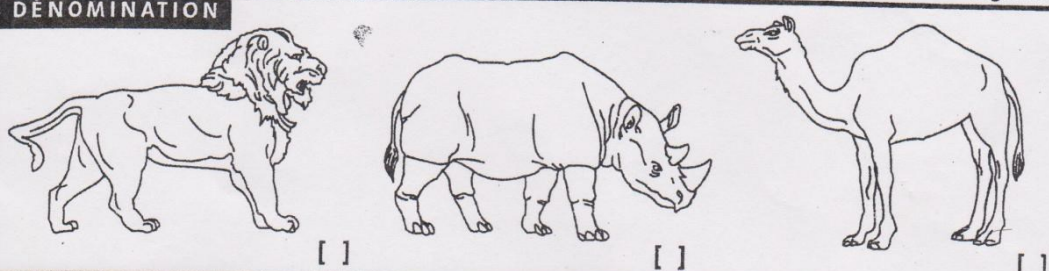
1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

ANNEXE II : MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :  
Scolarité :  
Sexe :

Date de naissance :  
DATE :

<b>VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF</b>		<b>DÉNOMINATION</b>					POINTS																											
 <p style="text-align: center;">[ ] [ ]</p>	<p style="text-align: center;">Copier le cube</p> <p style="text-align: center;">Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)</p>					_ / 5																												
 <p style="text-align: center;">[ ] [ ] [ ]</p>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">VISAGE</td> <td style="width: 15%;">VELOURS</td> <td style="width: 15%;">ÉGLISE</td> <td style="width: 15%;">MARGUERITE</td> <td style="width: 15%;">ROUGE</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>1<sup>er</sup> essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Pas de point</td> </tr> <tr> <td>2<sup>ème</sup> essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		1 <sup>er</sup> essai						Pas de point	2 <sup>ème</sup> essai						_ / 3							
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																													
1 <sup>er</sup> essai						Pas de point																												
2 <sup>ème</sup> essai																																		
<p><b>MÉMOIRE</b> Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1<sup>er</sup> essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.</p>		<p style="text-align: center;">Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2</p>					_ / 2																											
<p><b>ATTENTION</b> Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).</p>		<p style="text-align: center;">[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFABA</p>					_ / 1																											
<p><b>LANGAGE</b> Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]</p>		<p style="text-align: center;">[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt</p>					_ / 3																											
<p><b>ABSTRACTION</b> Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle</p>		<p style="text-align: center;">[ ] _____ (N ≥ 11 mots)</p>					_ / 1																											
<p><b>RAPPEL</b> Doit se souvenir des mots SANS INDICES</p>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">VISAGE</td> <td style="width: 15%;">VELOURS</td> <td style="width: 15%;">ÉGLISE</td> <td style="width: 15%;">MARGUERITE</td> <td style="width: 15%;">ROUGE</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Points pour rappel SANS INDICES seulement</td> </tr> <tr> <td>Optionnel</td> <td>Indice de catégorie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Indice choix multiples</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Points pour rappel SANS INDICES seulement	Optionnel	Indice de catégorie						Indice choix multiples						_ / 5
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																													
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Points pour rappel SANS INDICES seulement																												
Optionnel	Indice de catégorie																																	
	Indice choix multiples																																	
<p><b>ORIENTATION</b></p>		<p style="text-align: center;">[ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville</p>					_ / 6																											
<p>Administré par : _____</p>		<p style="text-align: center;">www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30</p>					TOTAL _ / 30																											

### ANNEXE III : Enquête exploratoire



#### Questionnaire sur les séances d'ergothérapie :

Dans le cadre de mon mémoire en ergothérapie, axé sur le changement des habitudes de vie des personnes ayant une addiction à l'alcool, je souhaiterais recueillir quelques informations quant à vos ressentis vis-à-vis des séances en ergothérapie.

Je vous serais très reconnaissant de répondre à ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse c'est la diversité de vos réponses.

Merci par avance.

Nb : ce questionnaire est strictement anonyme.

- Etes-vous un homme / une femme ?
- Quel âge avez-vous ? 37 ans
- Quelle est votre activité professionnelle ? AUCUNE (gérant de SCI)  
AAH et RQTH
- A quels ateliers avez-vous participé avec l'ergothérapeute ? Combien de fois ?
  - TRAVAIL COGNITIF : - MEMOIRE  
- TROUVER DES MOTS A PARTIR DE 99 LETTRES
  - TRAVAIL "MANUEL ET CREATIF"
  - RELAXATION : TECHNIQUES
- Quelles sont vos attentes par rapport aux séances en ergothérapie ?
  - REEDUQUER LA RELATION ENTRE DIVERSES "ZONE du CERVEAU"
  - REAPPRE à SE "DECONNECTER"
  - RETROUVER CERTAINES CAPACITÉ PHYSIQUES, D'EXPRESSION, EXPRESSION DE "NON OITS"

➤ Qu'est-ce que les séances d'ergothérapie peuvent apporter à votre quotidien ?

- TECHNIQUE DE RELAXATION
- GESTION DES EMOTIONS
- TRAVAIL COGNITIF

➤ Qu'avez-vous modifié dans vos habitudes de vie, suite aux différentes activités proposées en ergothérapie ?

- GESTION DE LA CONCENTRATION
- " DES EMOTIONS
- PRISE EN MAIN / AUTONOMIE

➤ Avez-vous d'autres idées à rajouter pour ce questionnaire ?



ANNEXE IV : Matrice théorique

Modèles, Théories, Concepts	Critères	Indicateurs	Indices	questions
<b>Modèle de l'Occupation Humaine</b> (Kielhofner années 80)	Volition	Motivation Processus aboutissant aux choix des activités	Motivation Le patient prend conscience de ses capacités. Le patient a le sentiment d'être efficace.	III + IV
	Habituation	Habitudes Rôles liés à la société et à la culture	Le patient arrive à organiser et à simplifier la vie quotidienne. Le patient sait structurer la vie ordinaire. Le patient respecte les horaires ou les rendez-vous. Le patient est rassuré.	I + III
	Les capacités de rendement (ou de performance)	Liées aux systèmes organiques	Musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif	I + III
	L'agir	Participation Rendement observable dans les activités quotidiennes Habilités (motrices, opératoires, d'interaction et de communication)	La personne réussit à développer son identité et ses compétences. Le patient s'adapte à l'environnement.	I + III
	L'environnement	Proche : espace, objets, manières d'agir, groupes sociaux de proximité.  Elargi : culture, conditions économiques et politique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opportunité</li> <li>- Ressource</li> <li>- Exigence</li> <li>- Contrainte</li> </ul>	III

<b>Equilibre Occupationnel</b> (Wagman, 2012) Matuska & Chistiansen, 2008)	Domaines d'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins personnels</li> <li>- Productivité</li> <li>- Loisirs</li> <li>- Repos</li> </ul>	<p>Identifier les domaines d'activités sous-développés ou surdéveloppés pour le patient par rapport aux autres domaines</p> <p>Organiser dans le temps les différents domaines d'activités de manière cohérente et équilibré pour le patient.</p>	I + II
	Caractéristiques de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiques</li> <li>- Mentales</li> <li>- Sociales</li> </ul>	L'implication dans les activités du quotidien sollicite les différentes composantes de l'individu de manière harmonieuse, en fonction des ressources et des besoins de la personne	I + II
		Exténuantes / relaxantes	En fonction de l'énergie et du sommeil	I + II
		Désirées / obligatoires	En fonction des activités signifiantes ou non	I + II
		Le faire / l'être	En fonction des valeurs	I + II
	Niveaux d'activité	Maintien de la santé et de l'intégrité physique	Orienter vers des activités quotidiennes « saines »	I
		Relations gratifiantes et positive	<p>Développer des compétences d'habiletés sociales.</p> <p>Orienter vers des activités de socialisation.</p>	I

		Créer du sens Développement d'une identité personnelle positive	Identifier les activités qui sont les plus susceptibles d'être thérapeutiques pour le patient.	I
		Se sentir engagé, compétent et mis au défi	La personne arrive à s'engager dans des activités signifiantes de manière « efficace »	I
		Organiser son temps et énergie de manière à répondre à des objectifs personnels et de changement	Développer des stratégies pour gérer et contrôler la vie quotidienne	I
<b>Modèle transthéorique</b> (Prochaska et Diclemente, 1992)	Précontemplation	inconscient du problème ne considère pas le changement	Augmenter la conscientisation face au besoin de changer, fournir de l'information sur les bénéfices possibles du changement	IV
	Contemplation	L'individu songe au changement dans un avenir plus ou moins rapproché	Motiver, encourager et accompagner l'individu à produire un plan spécifique ou une démarche personnelle	IV
	Action	Implantation d'un plan d'action spécifique et prise de décisions nouvelles, comportement nouveau	Assister dans la résolution de problèmes, support social, gratification et éléments de renforcement	IV
	Maintien	Continuation des actions désirées, comportement adopté et accepté par l'individu et son entourage	Accompagner dans la recherche de solutions alternatives, éviter les rechutes, éviter les écarts de conduite	IV
	Rechute	Echec du maintien des actions désirées, comportement non adopté	Soutien Encouragement	IV

## ANNEXE V : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1

### Questions générales :

-En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ? Depuis quand travaillez-vous auprès de patients alcoolo-dépendants ?

En 2004. Cela fait 10mois. Avant je travaillais en SAMSAH pendant 4ans et j'étais confronté une fois par semaine avec des personnes présentant des problèmes d'addictions à l'alcool.

-Avec quelle population travaillez-vous (homme/femme, moyenne d'âge, formes d'addiction)

Alors laisse-moi réfléchir... heu... On doit avoir à peu près équilibré homme/femme. Avec des patients qui ont autour de 25ans jusqu'à une cinquantaine d'années. Et avec pas mal de jeunes entre 25 et 40ans. On a pas mal d'alcool et après c'est coke, amphétamine essentiellement... et oui après consommation de cannabis. Mais le problème cannabis n'est pas souvent le problème principal, s'est souvent associé à d'autres addictions et psychoses.

-Avez-vous suivi une formation ? Si oui, laquelle ? Modèles conceptuels ?

Non pas du tout. Ça m'intéresserait, j'ai demandé un DU en addictologie, mais mon employeur m'a dit que ce n'était pas possible pour le moment, peut-être l'année prochaine. A voir !

Alors je dirais pas forcément un modèle en particulier, parce que je ne les connais pas forcément très bien, mais pour commencer à avoir un petit peu lu dessus, je pense que je fais pas mal de TCC, en tout cas je m'inspire de ce qui se fait en TCC. Et psychodynamique je ne connais pas trop. Après je m'en inspire quand je fais des activités à visées expressives comme atelier écriture ou de modelage. Et après je suis plus TCC quand je fais des ateliers de remédiations cognitives.

### **- Quels sont les objectifs de la prise en charge des patients alcoolo-dépendants en ergothérapie ?**

Alors les objectifs, euh... Il y en a plusieurs, après il faut me les remettre en tête.

Il y a tout ce qui est de lutter contre l'isolement, parce qu'on a beaucoup de personnes qui sont très isolées. Donc ça va être tout ce qui est la socialisation. Donc dans un premier temps, j'utilise des activités en groupe et après j'essaye de les ouvrir vers l'extérieur. Essayer de faire du lien avec l'extérieur, en faisant en sorte qu'ils prennent des initiatives. Qu'ils pratiquent des activités par rapport à ce qu'ils faisaient avant ou ce qu'ils aimeraient faire. Donc faire le lien avec par exemple des Maisons pour Tous ou des JAIME. Donc vraiment, ouvrir vers l'extérieur.

Donc ça c'est quelque chose que je travaille avec eux au quotidien en individuel pour certains.

Aider la personne à retrouver confiance en elle, l'aider à retrouver du plaisir, la valoriser, etc. Donc il y a ces objectifs là, euh... j'essaye de les remettre en tête... là ils ne me reviennent même plus à l'esprit ! Il faut que je me concentre... Oui, après il y a, tout ce qui est stimuler, améliorer les fonctions cognitives de la personne.

Travail de l'expression par des activités projectives et aussi un travail sur la prise de conscience par rapport à la problématique de l'alcool. Et on travaille ça avec la psychologue, au travers de l'atelier écriture.

Après par rapport au quotidien, il y a tout ce qui est, retrouver une autonomie dans la gestion du quotidien. Et retrouver des habitudes que la personne avait et a perdu en raison de la consommation d'alcool. Il y a des personnes qui avaient l'habitude de faire certains loisirs et qui ont arrêté, parce qu'ils le faisaient dans un cercle qui poussait à la consommation. Donc c'est d'essayer de retrouver des activités par un autre biais.

Et je pense à une personne qui avait l'habitude de cuisiner, mais dès qu'elle cuisinait, c'était associé avec de l'alcool. Donc c'est retravailler sur ces habitudes là et leur montrer qu'ils peuvent retrouver du plaisir autre que par l'alcool.

Il y a ça, et il y a aussi, essayer de voir avec la personne, sans l'influencer, pas en décidant à sa place, comment l'accompagner à trouver d'autres centres d'intérêts. Parce que souvent ce sont des personnes qui ont du mal à gérer tous les moments de vide, les moments où il ne se passe rien. Donc soit d'essayer de gérer ces moments là, mais aussi de trouver d'autres activités, en fonction de leurs centres d'intérêts. Parce que j'ai remarqué que souvent ce sont des personnes qui se sentent démunies face aux vides, et donc pour certains c'est dans ces moments où ils consomment. Donc comment faire différemment, comment agir différemment que par la consommation d'alcool. Donc essayer de les accompagner dans ça. Donc je travaille à partir de ce qu'ils aiment faire, sur ce qu'ils avaient l'habitude de faire avant, ce qu'ils aimeraient faire, sur ce qu'ils ne font plus et je les oriente vers des activités ou vers des recherches.. Ensuite on fait le point. Parce que moi je veux vraiment leur donner leur rôle d'acteur, qu'il soit au centre de leur projet. Donc moi je peux leur montrer comment chercher, à quel endroit et après on fait le point sur ce qu'ils ont trouvé, ce qu'ils n'ont pas trouvé, ce qui a été difficile.

Ensuite il y a gérer le quotidien. Alors ça dépend de la personne, mais en général quand je fais mon entretien, je me rends compte qu'il y a des choses dans le quotidien qui sont compliquées. Du coup devant moi j'ai un papier avec les différentes activités quotidiennes. C'est une grille que j'ai fait moi-même avec tout ce qui concerne l'identité de la personne, et aussi toilette, habillage, mais aussi la sexualité la cuisine etc. Ensuite il y a tout ce qui touche à l'environnement, à la maison, tout ce qui est tâches ménagères. Il y a la partie administrative, il y a la partie loisir. Il y a la partie travail. Euh... il me semble qu'il y en a d'autre, je ne me souviens plus. Et en fait, je demande à la personne de commencer par me parler de la partie qu'elle veut. Et en fait on essaye de détailler chaque partie. Donc je questionne la personne sur qu'est-ce qui lui pose des soucis dans cette activité. Et je lui demande de me décrire comment ça se passe. Mais parfois le patient ne voudra pas parler d'un certain point. Et ça c'est souvent tout ce qui touche au corps et à la toilette. Ils ne veulent pas en parler, en tout cas lors du premier entretien, donc ça je le respecte. Et après avec le patient on se fixe les objectifs, sur ceux qui sont prioritaires pour lui à travers la grille. Et la personne va classer les activités qui lui posent soucis et celles qui fonctionnent bien au quotidien. Donc ça me sert à voir ce qui est gênant pour la personne, de voir ce qui ne me semble pas adapté. Et après avec le patient, on définit les objectifs ensemble, par rapport à ça. C'est important pour que la personne puisse s'investir. Donc les objectifs sont fixés par rapport à ses priorités et par rapport à celles qui me paraissent essentielles.

Ça c'est quand je travaille sur la gestion du quotidien, en individuel.

Pour la remédiation cognitive le but va être de stimuler, améliorer les fonctions cognitives, et dans un deuxième temps, j'aimerais faire le lien avec l'extérieur, pour qu'ils puissent l'utiliser à l'extérieur. C'est-à-dire par exemple partir en ville, s'orienter par rapport à un plan, s'organiser, etc. Planifier des choses qu'ils peuvent réutiliser et retranscrire sur leurs activités de leur vie quotidienne. Ou de chercher une association, et qu'ils peuvent le faire de façon spontanée.

On stimule mémoire, attention, orientation dans l'espace, la planification, l'organisation, tout ce qui est fonctions exécutives, dans l'objectif qu'ils arrivent à reproduire ça dans leurs activités de la vie quotidienne. Donc il faut faire le lien avec le quotidien.

**- Dans quelles activités orientez-vous vos patients ? Pour quelles raisons ? Comment choisissez-vous les activités thérapeutiques ?**

Toutes les activités que je mène. C'est-à-dire activité projective à travers la terre, atelier écriture, cuisine thérapeutique et remédiation cognitive et après il y a un atelier affirmation de soi avec le médecin addictologue et prévention de la rechute, mais ce ne sont pas des ateliers que j'anime. Tous ces ateliers sont en groupe.

L'affirmation de soi c'est vraiment à apprendre à dire NON. C'est apprendre à se positionner face à l'alcool. En général ce sont des personnes qui ne savent pas dire non et qui replongent parce qu'ils n'ont pas réussi à dire non à l'alcool. Alors ce sont des mises en situation, par exemple un ami vous propose un verre, comment refuser.

Alors à mon sens c'est quelque chose qui devrait être plus développé au sein d'un hôpital de jour, et c'est quelque chose qu'on ne fait pas suffisamment et j'espère que ça viendra, parce que l'hôpital de jour a ouvert récemment donc il va y avoir des choses qui vont se développer. Après c'est de les accompagner vers des activités. Parce que bien souvent, ce sont des personnes qui n'osent pas faire les démarches pour y aller et parfois ils ont besoin d'être accompagnés une fois et après c'est bon. Donc c'est d'abord un travail d'affirmation et de devenir vraiment acteur de leur quotidien. Donc je pense qu'il y a pour certaines personnes un accompagnement qui est nécessaire, et après les laisser autonomes.

Donc ce n'est pas ce que je fais, mais à l'heure actuelle, on fait les recherches ensemble, c'est eux qui contactent les associations, et il m'arrive d'être présent à côté d'eux lorsqu'ils les appellent, pour leur rassurer, pour les aider si à un moment ils ne savent pas quoi dire. Mais ça se limite malheureusement à ça, pour le moment.

Après il y a des activités qui ne font pas sens à la personne, donc là ça ne sert à rien. Enfin du moins la personne sera moins investie dans son activité.

**- Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'individu alcoolo-dépendant de changer ses habitudes de vie antérieures, liées à la consommation d'alcool ?**

C'est une vaste question ! ... C'est compliqué, parce que bien souvent les patients rechutent. Les personnes qui s'en sont sorties, c'est souvent un électrochoc par rapport à un vécu. Je pense à un patient qui a perdu un ami à cause d'une cirrhose. Et là il a vraiment arrêté de consommer.

Sinon il y a des patients, qui après avoir repris confiance en eux, en sentant qu'ils peuvent exister autrement que par l'alcool, qui ont retrouvé des activités de loisirs, de retrouver une complicité avec l'entourage familial, de partager des choses autrement que par l'alcool en fait, ont réussi. Après ça n'empêchera pas une rechute, mais ce sont des patients qui ont découvert qu'ils pouvaient faire autrement qu'avec l'alcool, et qui vont à des groupes de soutien assez régulièrement. Des patients qui ont un équilibre stable. Qui ont des activités assez structurées et un environnement familial qui est aidant.

Après la motivation, je pense que ça influence mais ça ne fait pas tout. J'ai vu des patients très motivés mais qui ont rechuté à la moindre contrariété. Mais pourtant la motivation était vraiment là. Et justement, c'est des patients où la motivation était telle, que quand ils ont rechuté c'était encore plus douloureux. Parce qu'ils se disent qu'ils n'ont pas été assez loin et se sentent encore plus dévalorisés qu'ils ne l'étaient avant. Donc la motivation oui, mais je trouve que c'est un facteur qui est compliqué à gérer. Nous on essaye de leur dire que la motivation c'est très important mais que ce n'est pas le seul facteur.

**- Comment adaptez-vous votre accompagnement selon le processus de changement ?**

- Ne considère pas le changement
- Songe au changement
- Action
- Maintien
- Rechute

Alors on essaye de relativiser, on essaye de leur montrer que ce n'est pas pour autant qu'ils ne vont jamais s'en sortir. On essaye de le remotiver. Ce n'est pas évident, c'est vraiment l'accompagner et souligner les éléments positifs qu'il peut avoir par rapport à sa situation. Oui certes, il a replongé mais il est venu nous le dire rapidement. Il nous a sollicité rapidement et n'a pas totalement lâché prise, il est venu chercher à ce qu'on l'aide, qu'on l'écoute et surtout les rassurer

et le déculpabiliser. Je pense que c'est ce qu'il y a de plus important. Et après d'établir une relation de confiance. Ce qui est parfois compliqué avec des personnes qui consomment parce qu'ils nous mentent pour cacher qu'ils re-consomment. Je trouve que la relation de confiance avec les personnes alcoolo-dépendantes est compliquée. Donc que faire face à cette situation, c'est de les déculpabiliser, les encourager, les valoriser sur les points positifs. Et leur dire que ce n'est pas une fatalité d'avoir replongé et que c'est un processus quasiment normal dans la pathologie. C'est ce que nous dit le médecin addictologue c'est que la rechute fait partie du cycle. Mais c'est sûr, c'est compliqué à gérer, parce que le parcours n'est pas droit vers une sortie de l'alcool, et c'est vraiment un moment où ils ont besoin d'être soutenu. C'est plus facile quand ils sont dynamiques, investis. Là il y a juste à enclencher, après ce sont eux qui font les démarches. Quand ils sont dans cette étape, ils sont porteurs du projet et moteurs, et nous notre rôle va juste d'être d'accompagner, de rajouter un peu d'huile pour que ça roule mieux. Quand ils ne sont pas conscients du problème c'est très compliqué. Donc là c'est un travail en équipe pour l'aider à prendre conscience de ce qui peut bloquer. Et peut-être de voir avec l'entourage aussi, pour voir comment ça se passe au quotidien. Après le médecin addictologue va faire tout ce qui est, éducation par rapport à l'alcool, où il y a les intérêts à arrêter. Mais je pense qu'à certains endroits ça doit se faire avec des ergothérapeutes. Après il faut s'appuyer sur l'expérience d'autres patients, qui peuvent témoigner de ce qui leur a motivé, ce qui leur a permis de changer. Donc il y a des groupes avec la psychologue qui se font. En modelage, la discussion s'est orientée vers ça et du coup c'est laisser les gens s'exprimer et soutenir ce qui est dit pour pouvoir s'appuyer sur les expériences des autres. Après si la personne est motivée, c'est de l'encourager, de la stimuler et de lui montrer les bénéfices qu'il peut gagner en faisant telle ou telle activité. Prendre le temps de discuter, pour qu'il nous dise ce qu'il a mis en place, et valoriser les éléments positifs. Même s'il y a des choses que le patient a mis en place, je pense qu'il ne faut pas le lâcher tout de suite. Il faut pouvoir en parler régulièrement de ceux qu'ils font, pour pas qu'ils abandonnent et qu'ils lâchent prise, et qu'après ils se disent « tout le monde s'en fiche ». Parce qu'ils peuvent se dire que tout va bien, qu'ils peuvent continuer sans aucun suivi médical, et c'est parfois là qu'ils sont amenés à rechuter. Donc c'est faire le point avec eux, et à les encourager dans leurs efforts. C'est des personnes qui ont besoin d'être suivies. Alors après il ne faut pas que ce soit une dépendance qui remplace une autre. Qu'il devienne dépendant à ce suivi. Mais c'est les accompagner et rester disponible. Donc c'est aussi de faire le relai avec d'autres structures.

**Question d'ouverture : Auriez-vous des remarques qui pourraient m'être utiles pour la rédaction de mon travail de fin d'étude ?**

Ce que je pense important, c'est qu'en tant qu'ergothérapeute c'est de travailler sur la coordination et le lien entre les différents professionnels et même avec l'entourage familial. Il faut vraiment avoir une prise en charge globale autour de la personne pour que cela fonctionne. Parce que si chacun fait dans son coin et qu'il n'y a pas de lien qui se fait, les choses n'avancent pas.

Et ça peut être de faire passer le message à la famille de ne pas culpabiliser la personne. Parce que souvent c'est « ah, tu as encore rechuté, t'es vraiment trop nul ». Donc faire un travail d'information et de conseils aux familles. De former les personnes qui sont autour du patient.

ANNEXE VI : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2

Questions générales :

-En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ? Depuis quand travaillez-vous auprès de patients alcoolo-dépendants ?

Dans le reste de mémoire que j'ai c'était *en 1994. Assez récent* dans la structure où je travaille, j'ai eu l'occasion de travailler avec des patients alcoolo-dépendants quand j'étais en poste à Marseille. Mais ce n'était pas vraiment un service spécialisé sur cette pathologie là. Mais effectivement c'est une pathologie qui touche une bonne partie de la population chez les patients psychotiques ou autres, dans le domaine psychiatrique. Vu qu'il y a quand même beaucoup de

gens, qui se font hospitaliser pour l'alcool. Puisque c'est une des drogues les plus dures hein, contrairement à ce qu'on peut penser. L'alcool fait partie des drogues les plus dures, tout simplement parce que c'est quelque chose qu'on a à disposition, facilement, dans la moindre épicerie ou quoi. On peut acheter une bouteille d'alcool à un prix très bas, et c'est très difficile pour les patients de s'en passer quoi. Du coup, même en ayant eu un sevrage, on a des patients qui ont du mal à passer dans un rayon alcool. Depuis 1995, donc ça fait 21 ans à peu près.

-Avec quelle population travaillez-vous (homme/femme, moyenne d'âge, formes d'addiction)

Alors ce sont des personnes qui ont soit des consommations que d'alcool, soit des consommations alcool plus autres produits illicites. Depuis deux, trois ans on est de plus en plus confrontés, c'est quelque chose qui est de plus en plus présent. Après pour donner une tranche d'âge, au premier rapport, quand on les voit, puisqu'ils sont tellement abimés par la maladie, entre guillemet que des fois il y a des personnes, qui paraissent beaucoup plus âgées que leur âge véritable. On a aussi des jeunes adultes qui n'ont pas encore les stigmates de l'alcoolisation profonde, mais quand même quand on voit les quantités qu'ils consomment... on est en droit de se demander si ça ne va pas arriver rapidement quoi. Et pour vous citer une tranche d'âge ça peut aller de 20-21 jusqu'à 60ans.

Après dans la structure où je travaille la proportion homme/femme est plutôt équilibrée

-Avez-vous suivi une formation ? Si oui, laquelle ? Modèles conceptuels ?

Alors on a fait une formation en interne, dans la structure, avec un psychiatre-addictologue. Parce que dans le groupe où je travaille, ils s'orientaient petit à petit vers un peu plus de patients alcoolo-dépendants. Alors on n'est certes pas un service d'addictologie pure, mais en prévision de recevoir un peu plus de patients atteints d'addiction à l'alcool, ils nous ont fait cette formation, parce que c'est vrai que parfois on se sent démuné. La formation était sur la population addictive à l'alcool en général, et sur les mécanismes de l'addiction. Et notamment sur les jeunes générations qui malheureusement font ce qu'on appelle des « brings drinking ». Quand on voit toutes les pubs en ville, ils sont insurgés qu'on peut trouver des bières à 80¢ qui étaient vendues avec de l'absinthe dedans... on nous a dit « si on pouvait faire un procès aux publicitaires, je le ferais parce que franchement c'est une aberration complète de voir ça ». Et il y a de nos jours un phénomène qui n'aide pas ça, c'est que les familles sont de plus en plus éclatées. Donc on retrouve des patients qui ont un passé familial lourd, qui ont un manque d'affection, et puis bon, comme dirait un bon psychanalyste : manque d'affection égale oralité, qui se traduit par un besoin de plein de choses qui passent par la bouche comme boire, manger. Alors concernant les modèles, je ne suis pas encore bien informé. Les modèles sont destinés à crédibiliser encore plus la profession vis-à-vis de nos pairs et vis-à-vis de la population en générale aussi, lorsqu'on explique notre métier. On a besoin de standards, de choses concrètes et techniques, avec un langage professionnel. Il y a des modèles qui reviennent un petit peu dans ce que je fais, le modèle de l'occupation humaine et le PPH dans le sens où on a une vision holistique du patient. Après il n'y en a pas un que j'utilise plus que l'autre.

- **Quels sont les objectifs de la prise en charge des patients alcoolo-dépendants en ergothérapie ?**

Et bien, déjà d'essayer de leur amener une autre vision de la vie et de leur dire que s'ils ne veulent pas consommer, il faut éviter les moments de vide, les moments où ils gambergent, où ils se posent trop de questions. Et éviter les moments de vide, on en est en plein dedans en ergothérapie. C'est occuper les mains, c'est occuper l'esprit. Et donc du coup, les activités sont très importantes, et en fonction des affinités des uns et des autres, on va plus proposer des activités manuelles qui ont un lien avec le travail. Moi j'ai des patients qui se régalaient avec le jardinage, le bricolage, l'entretien du vélo... Ou plutôt pour les dames, il y en a qui préfèrent tout ce qui est création, peinture et voilà. Toutes ces activités là, les patients nous en font un retour et nous disent que c'est très important pour eux. Parce que quand ils vont rentrer chez eux, lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes toute la journée, la problématique c'est : « qu'est ce que je fais de ma journée ? » Parce que ça



peut être des personnes qui ont une activité professionnelle, ou ça peut-être des personnes qui n'en n'ont plus. Alors ceux-là, ont la possibilité d'aller dans des JAIME, groupes d'entraide mutuelle, d'aller dans des associations, de s'inscrire dans des clubs, ou dans des hôpitaux de jour. Toutes ces structures vont leur permettre un étayage mais des fois, ça ne suffit pas. Il y a des moments où ils rentrent chez eux, et il faut bien qu'ils trouvent quelque chose à faire. Donc ça va peut-être être à nous ergo d'avoir cette vision holistique et de ne pas envisager qu'une activité en particulier, et de voir au-delà de ses activités, de voir comment il peut occuper son temps ? Qu'est ce qu'il y a à faire ? Et là il y a aussi quelque chose de tout con, Les AVJ. Les activités de Vie Journalières ou au quotidien. Puisque ce sont des patients qui souvent ont un déni de la pathologie aussi. Donc nous on a des astuces qu'on peut utiliser pour leur faire comprendre qu'il y a des choses à faire dans la journée. La journée n'est pas vide. S'occuper d'un appartement, faire un repas, il y a plein de choses comme ça qui sont très importantes et qui sont liées à des activités saines de la vie courante, mais qui sont souvent négligées. Parce que quand ils sont dans une structure, tout va bien, ils mettent les pieds sous la table, ils font leurs activités de telle heure à telle heure, ils ont un planning... Mais une fois qu'ils sont dehors, toute cette organisation est perdue. Et quand on est seul devant la vie, et bien « qu'est ce que je fais ? ». Et comme ils ont des symptômes telles que l'abolie, ils n'ont souvent pas envie de faire les choses. Donc en gros « help, aidez-moi ! ». Après il y a travail multidisciplinaire, parce qu'on ne peut pas tout faire non plus.

Dans l'ETP, l'objectif est d'agir sur les facteurs de risques en rapport avec l'alcool et l'alimentation. Il leur arrive d'avoir des consommations d'alcool et alimentaire en plus d'être sédentaires. Donc du coup informer sur les risques de la sédentarité et de la maladie.

Et en tant qu'ergo on a un peu cette fibre Mike Giver comme on dit, et on est capable de construire des outils intéressants. Et ça c'est vraiment précieux dans une équipe. Maintenant c'est ça que je regrette dans les écoles, c'est qu'on s'oriente vers beaucoup de théories, et on vous demande d'apprendre le maximum de choses, tout ce qui est manuel sur le terrain. Il y a encore, quelques ateliers manuels, heureusement.

Autre chose, qui me vient à l'esprit : Là actuellement nous avons un patient qui craint de passer dans un rayon alcool.

Avec le psychiatre-addictologue, nous travaillons en collaboration sur l'accompagnement pour justement travailler sur cette peur de l'alcool, en passant dans les rayons alcool. On les prépare à la sortie.

Dans le cycle de la remédiation cognitive que j'effectue, on a une mission au début et une mission à la fin. Cette patiente on lui a déjà fait faire la mission de début, et pour la mission de fin on va lui demander, d'acheter un truc dans un magasin en passant par le rayon alcool. Donc ce genre de mise en situation que l'on pratique en tant qu'ergo, avec un regard holistique sur la personne et qu'on s'intéresse à tout ce qui est cognitif, habileté sociale, tout ce qui est « savoir se débrouiller dans la vie », pour parler simplement. Ça va nous servir de proposer un travail sur ce type patient. On a le projet avec l'addictologue de reconduire ce travail plus souvent.

**- Dans quelles activités orientez-vous vos patients ? Pour quelles raisons ? Comment choisissez-vous les activités thérapeutiques ?**

Bah ça tout dépend de la personne, c'est un peu intuitif. Quand on a un entretien avec la personne, c'est là où on se rend compte quelle activité pourrait être bénéfique pour lui. Après des fois les personnes vont vous le dire directement. Et après au-delà c'est de voir s'il n'y a pas des activités qui pourraient lui permettre par exemple d'acheter une voiture. Si j'achète une voiture, ça veut dire que ce qui peut être vu comme contraignant comme l'assurance etc., je suis obligé d'y penser. Donc du coup en tant qu'ergo on peut s'autoriser en collaboration avec l'assistance sociale, on peut faire une démarche au patient en étant là. Avoir une voiture, ça suppose une certaine responsabilité, ça suppose de l'entretenir et tout ça c'est à travailler avec lui.

Il y a des patients qui veulent repasser le code par exemple. Le psychiatre m'a demandé d'acheter un code de la route, et puis de travailler tout ce qui est fonctions exécutives et cognitives, tout ce qui est fonctions supérieures, concentration, attention divisée, mémoire de travail, de le travailler tout simplement en leur faisant passer un questionnaire sur ordinateur comme lorsqu'ils étaient au code. Et ça leur permettra au moins de prendre conscience de ce qu'ils sont capables. Parce que là, on prend un examen qui va être le même à l'extérieur. Et là, ça les confronte à une réalité qui est souvent douloureuse. Mais il vaut mieux que ça se passe ici en centre plutôt que de se dire, « je vais réussir, je vais y aller » et puis de se retrouver au code et que ça se passe très mal, dans une situation de rechute. Ça m'est arrivé également d'accompagner des patients dans un centre (à Epidaure val d'Orel), où il y a de l'information sur tout ce qui est alimentation, en lien avec un programme d'ETP (Education Thérapeutique). Et avec les patients alcoolo-dépendants, ils ont pu utiliser un simulateur de conduite en état d'ébriété. La voiture donne des sensations comme si le conducteur avait bu. Et là ils peuvent se rendre compte du danger. Nous avons des ateliers de création, peinture de soie, dessin, du photocollage, actualité. L'atelier théâtre en collaboration avec la psychomotricienne. Avec ma collègue ergo, on a créé un atelier « Jeux cogite », où on travaille les fonctions cognitives sous forme ludique. Parce que ça peut être une activité barbante. Après il y a le jardinage, le bricolage, l'informatique et gestion administrative. On leur apprend à se servir d'un ordinateur, au moins le traitement de texte, apprendre un faire un courrier, un CV... Moi ça m'est arrivé de leur faire un faux entretien. Donc là c'est vraiment des projets pour l'extérieur. Et ça c'est un axe de travail qui va se développer. On oriente aussi vers des associations qui proposent des loisirs. Après il y a une psychomotricienne qui travaille sur la relaxation. Et je travaille avec elle avec la remédiation cognitive où pour certains patients l'objectif va être de baisser l'angoisse. Dans le SSR où je suis, le patient a un projet. On le voit dans trois mois et on fait le point : s'il n'a pas rechuté, s'il a participé aux activités qui correspondent. Après pour les activités physiques, on a l'enseignant APA qui s'en occupe.

**- Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'individu alcoolo-dépendant de changer ses habitudes de vie antérieures, liées à la consommation d'alcool ?**

Déjà, il faut qu'il soit bien dans sa tête. Qu'il soit dans une période où il soit apte au changement. Euh, je vois autre chose aussi, qui est intéressant, c'est la possibilité de changer d'environnement. Changer l'écologie du patient. Ce qui suppose s'adapter à un autre quartier par exemple, à un autre appartement. Parce que si on remet le patient dans un environnement où il avait l'habitude de consommer, même s'il a toute la volonté du monde, il va à un moment donné reproduire le même schéma et être confronté aux mêmes risques. Et du coup pour supprimer ces risques là, lui proposer un étayage qui le maintienne de qui lui permette de vivre dans une vie socialement acceptable, où il ne va pas aller se murger chaque soir, se mettre en danger. Analyser le quartier pour éviter les commerces avec beaucoup d'alcool, les endroits propices à la consommation pour lui. Mais aussi travailler avec lui, pour qu'il s'occupe de son appartement. Il y a plein de petites activités de la vie courante qui font que la journée peut être remplie.

Après il y a des patients, on a beau essayer de les motiver, si dans leur tête il se voit comme une merde, « je ne suis pas capable de faire ça, je vau rien, je ne ferai rien de ma vie, ça sert à rien » une espèce de fatalisme. Donc c'est à nous de leur proposer une activité qui lui plaise, de maintenir tout ça et de valoriser les points positifs. La personne arrive pour une fois à l'heure « ah, vous voyez il y a du mieux hein. Avant l'alcool faisait que vous n'arrivez pas à vous lever à l'heure, là je constate que vous êtes à l'heure à votre rendez-vous ». Alors en faisant attention à ne pas trop valoriser non plus.

Entretenir un dialogue, parce que la psychologue n'est pas tout le temps là. Nous avons un rôle de médiateur avec nos activités. Et moi j'ai souvent eu des patients qui venaient me voir, et qui n'arrivaient pas à sortir quelque chose de la psychologue qui a l'étiquette psychologue, et qui viennent me demander si on peut parler. Et je lui ai dit, écoutez je peux écrire tout ce que vous me dites, on met dans une enveloppe et quand vous irez voir la psychologue vous lui transmettez. Donc le travail pluridisciplinaire nous permet d'avoir un impact sur le patient et ça permet de faire évoluer les choses. L'envie de s'en sortir, qui suffit des fois d'une petite étincelle. L'approche ergo, va faire qu'on ne va pas se braquer si le patient est réticent à ce qu'on lui propose. Et cette façon d'être va faire en sorte qu'il s'adapte davantage aux ateliers, et dans un autre jour, ça va peut-être lui donner envie de s'investir. Et il faut faire attention aussi, à ce que le patient ne se chronicise dans une activité. Il y en a qui vont faire qu'une activité, donc petit à petit le sortir de là et aller vers autre chose, avec une petite finesse.

- **Comment adaptez-vous votre accompagnement selon le processus de changement ?**

- Ne considère pas le changement
- Songe au changement
- Action
- Maintien
- Rechute

J'essaie de le maintenir dans des activités, même si le patient n'y voit pas tout de suite l'intérêt. Après c'est compliqué, c'est tout un travail d'équipe. Après tout ce qui est répressif, je ne vais pas le faire. Parce que je ne veux pas rompre l'alliance thérapeutique qu'on avait créé. Après j'utilise beaucoup l'humour, pour qu'il adhère un peu plus à ce qu'on lui propose. En assouplissant le cadre, même s'il y est bien présent, mais ça paraît moins officiel, ça assouplit l'atmosphère et ça incite la personne à participer. Prendre un temps de parole est important. Ça redonne au patient de l'importance dans les activités qu'il réalise. Il y a aussi les groupes de paroles, auxquelles je ne participe pas, qui permettent à l'individu d'avoir des informations sur les conséquences de la dépendance à l'alcool. On va essayer avec ma collègue ergo de développer davantage des entretiens individuels pour donner un temps de parole en plus des activités en groupes que l'on propose. Tout ce qui se passe dans l'atelier de positif, on est là pour en réunion dire « là en activité, il est moteur, il est force de propositions, il a des idées... » on apporte souvent un autre regard qui est positif. Et ensuite lors de l'entretien avec l'addictologue, il y aura des éléments positifs, des axes de travail encourageant sur la participation du patient. Et la parole du médecin va venir conforter encore plus ce que l'ergo a dit en réunion. Après il ne faut pas non plus trop de messages positifs, sinon le patient il n'y croira plus. Du coup il faut faire attention à quand on le dit, comment on le dit...

En général, on évite d'être répressif. On essaie d'être davantage dans la parole. Parce que si on est répressif, le patient va se braquer, il va se dire qu'on a rien compris à ses problèmes, et il va se désolidariser du soin. Donc on va davantage vers le dialogue, en essayant de comprendre les causes de sa rechute. Et là le patient il dit « ouf. Même si je me sens fautif, je ne suis pas accusé là, on me permet de dire pourquoi ça ne va pas ». Et souvent pour la suite, ça permet d'avoir une meilleure alliance avec le patient. C'est l'accompagner dans son problème et de réfléchir à comment on peut le régler. Lui montrer qu'il y avait d'autres solutions que de boire à ce moment là. Et on leur dit que toutes tentatives d'arrêt, va vous amener petit à petit, à une diminution du produit voir l'arrêt. On essaie de trouver les choses positives.

Question d'ouverture : **Auriez-vous des remarques qui pourraient m'être utiles pour la rédaction de mon travail de fin d'étude ?**

Le moment critique pour les patients, c'est après 17h, après leur activité, jusqu'au diné. C'est le moment le plus dur pour eux. Parce qu'ils se retrouvent seuls avec eux-mêmes. Et là il m'arrive de leur proposer des solutions, en leur incitant à aller se balader, à prendre des initiatives.

### ANNEXE VII : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 3

#### Questions générales :

-En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapeute ? Depuis quand travaillez-vous auprès de patients alcoolo-dépendants ?

En 2000. Ça fait 4ans. Je travaille sur hospitalisation complète et maintenant il va ouvrir en plus un hôpital de jour sur 2jours, avec des cycles d'un mois pour des patients qui viennent de l'extérieur.

-Avec quelle population travaillez-vous (homme/femme, moyenne d'âge, formes d'addiction)

Alors, majoritairement dans les statistiques il doit y avoir un peu plus d'hommes. Et la moyenne d'âge doit être entre 35 et 60ans. Sachant que certains sont même mineurs, j'ai eu des patients qui avaient à peine 17ans, c'est exceptionnel mais on les accepte à partir de 18ans. Alcool, opiacé, benzodiazépine... enfin tous les autres produits additifs, tabac, cannabis, tout ce qui est crac, héroïne... Les plus fréquents vont être l'alcool en premier, tout ce qui est toxicomanie et ensuite cannabis.

-Avez-vous suivi une formation ? Si oui, laquelle ? Modèles conceptuels ?

Alors quand je suis arrivée en psychiatrie, je me suis renseignée avant parce que ce n'était pas le même secteur d'où je venais, donc je me suis formée toute seule. Ici je n'ai pas eu de formation en addictologie. Mon ancienne collègue m'a donné des bouquins et puis surtout j'ai été formée sur le tas avec ce que les autres intervenants pouvaient m'amener et après j'ai fait une formation en thérapie cognitivo-comportementale.

#### **- Quels sont les objectifs de la prise en charge des patients alcoolo-dépendants en ergothérapie ?**

Donc les patients viennent en hospitalisation pour faire un sevrage et après ils ont peut-être d'autres projets comme une post-cure, reprise d'emploi ou autre. Donc moi mon objectif principal en tant qu'ergo c'est de les accompagner dans la démarche de sevrage, qui est une période pas évidente au niveau du manque physique et psychologique, donc voilà c'est un accompagnement de la personne.

Apprendre à les connaître pour voir quelles pistes je vais pouvoir leur donner sur une période très courte et surtout qu'ils aient des connaissances sur la maladie addictive, pour qu'ils puissent avoir plus de bagages derrière. Pouvoir mettre des stratégies en place pour ses habitudes de vie à venir. Et aussi, lui amener à trouver des activités différentes, moi via des activités thérapeutiques, des activités qui pour lui auraient un sens et lui montrer que pendant qu'il fait une activité thérapeutique, le circuit addictif ne se met pas en place. Donc il y a moins d'appels à l'addiction, parce qu'il passe des bons moments et tout ça. Donc commencer à mettre le doute sur ses habitudes de vie antérieures, pour qu'il se rende compte qu'elles ne sont pas adaptées, qu'elles sont liées à la maladie d'alcool. Mais lui montrer que ce qu'on fait ici ce sont des habitudes de vie plus saines avec des activités qui vont avoir un sens pour lui et où il a passé par exemple une heure sans penser du tout à son addiction. Donc en fait on essaye de lui déprogrammer, en quelque sorte, sa maladie addictive de son comportement via le biais d'autres activités.

Et puis aussi la relaxation qui permet aussi d'accéder à des pistes, tout seul, des techniques pour arriver à se détendre, pour surmonter une pulsion de consommer etc. Mon objectif c'est ça, c'est de lui donner accès, en un temps très court, sur tout ce qu'il pourra reprendre après de manière plus poussée sur les post-cures ou sur un hôpital de jour, mais que déjà il puisse accéder à tout ça rapidement, sur l'hospitalisation complète.

**- Dans quelles activités orientez-vous vos patients ? Pour quelles raisons ? Comment choisissez-vous les activités thérapeutiques ?**

Il n'y a pas grand-chose que je fais seule. A part certaines activités, il y a beaucoup de groupes qui sont dans ce qu'on appelle l'éducation thérapeutique parce qu'on fait partie du programme au niveau de l'ARS. On est en train de finaliser notre programme, il va s'appeler, éducation thérapeutique du patient polyaddictions et sevrage. Donc on doit faire plusieurs groupes éducatifs. Donc ça moi j'y participe et je suis toujours en binôme avec quelqu'un, soit en binôme avec la psychologue, soit en binôme avec l'assistante sociale, ça dépend du but du groupe et de ce qu'on veut leur faire comprendre. Et après je leur fait faire les activités. Je fais des activités créatives ou expressives où il y a des moments où ils peuvent un peu lâcher prise. Je fais une technique de relaxation, une en particulier, c'est la technique de Jacobson, que j'ai appris dans ma formation en TCC. C'est une technique de relaxation qui se base sur le corps, le fait de décontracter et de relâcher. Donc pour un patient addict qui est mal dans son corps, pour lui c'est important de sentir un bien-être qui s'installe. Je ne fais pas de la sophrologie trop poussée parce qu'il faut s'adapter à tous les patients qu'on rencontre et la maladie d'alcool a quand même des conséquences sur le fonctionnement cognitif assez importantes, donc on fait simple. Donc on fait aussi un groupe de stimulation cognitive que j'anime seule et le but est de trouver des exercices qui vont faire un sorte de faciliter, de restaurer un petit peu toutes les capacités cognitives qui sont touchées dans la maladie d'alcool ; à savoir mémoire à court terme, toutes les stratégies d'adaptation, les fonctions exécutives, les capacités attentionnelles et tout ça. Et je fais des bilans individuels cognitifs suivant la demande du médecin, généralement le MoCA, ou le ERFC et la BREF, ça dépend. Et des fois je les vois en individuel quand j'ai un peu plus le temps, sur le travail des habitudes de vie. Voir où leurs habitudes de vie sont vraiment autour du produit et de commencer à travailler avec eux sur ce qu'ils peuvent mettre en place dans le futur. Ce qu'on peut reprendre de manière plus concrète dans un hôpital de jour. Et là ce sera plus efficace parce qu'on travaille vraiment sur les habitudes de vie, puisque les patients rentrent chez eux tous les soirs. Ma grosse difficulté c'est que les patients ne restent pas longtemps, donc du coup il y a des personnes que je vois sur un atelier cognitif, et je vois qu'il y a des stratégies qui sont difficiles à mettre en place, des capacités mnésiques restreintes où je vais voir qu'au niveau attentionnel, ils sont trop dispersés et je me dis ça on va devoir le travailler. Donc quand je reprend avec eux les habitudes de vie, je vois bien qu'ils sont bien souvent dans une incapacité à pouvoir organiser et planifier des choses, ou bien alors ils vont planifier énormément de choses, alors qu'ils ne sont pas capables de tenir après. Donc ils se mettent un souci de performance et il y a quand même un souci de gestion des émotions derrière tout ça. Donc c'est à moi de leur montrer comment réadapter leur habitudes de vie et se concentrer sur l'essentiel pour des gens qui sont déjà peu concentré et très dispersés. Donc, si je peux avoir le temps, je fais le lien avec les habitudes de vie, je le ferai davantage dans un hôpital de jour. Parce que là les patients restent en moyenne 7 jours, donc certains patients je vais les voir une ou deux fois et pas plus. Et il y a aussi dans des cas exceptionnels des patients qui vont rester 2-3 semaines, selon leur histoire de vie, ou de leur santé et c'est vrai qu'avec eux, je peux mettre plus de choses en place. Et c'est horrible à dire, mais c'est aussi la réalité de cette maladie chronique, c'est que je connais bien les patients et je reprends des choses avec eux, à cause de leur rechute. Ou grâce à leur rechute ! C'est mitigé. Parce quand ils rechutent on peut reprendre le travail là où ils s'étaient arrêtés au dernier sevrage, donc au final ça fait un suivi au fur et à mesure de leur rechute. Pour l'orientation, ça va dépendre de ceux qu'ils veulent faire eux. Souvent, comme leur activité principal c'était l'alcool, c'est difficile pour eux d'arriver à mettre le doigt sur autre chose et qui pourrait leur plaire. Donc du fait d'avoir des activités créatives, du sport, bon ce n'est pas moi qui le fait, des techniques de relaxations, la stimulation cognitive, et on essaye de faire le lien avec des activités qu'ils peuvent faire dehors. C'est-à-dire, qu'ils peuvent très bien

s'inscrire dans une association et faire des jeux de lettres ou des ateliers écritures, il y en a dans plein de maisons pour tous. Tout ce qui est créatif, il y avait des gens qui avaient ce don là, mais qui ont tout laissé tomber, donc ça restaure des choses qu'ils savaient faire. Du sport, tout le monde a déjà fait du sport, mais ça fait des années qu'ils n'en font plus, donc ça peut restaurer autre chose. Il y a des gens qui se mettent au yoga parce le bien-être de la relaxation ça leur donne envie d'avoir un travail un peu plus poussé là-dessus. Donc en fait j'essaye d'ouvrir leur esprit en disant vous voyez vous avez passé une heure à faire un atelier créatif, et vous vous êtes rendus compte que vous y avez pris du plaisir, donc c'est le même circuit au niveau du cerveau, que l'addiction, donc du coup je leur demande pourquoi ils ne reproduiraient pas ça dans leur vie. Ils peuvent très bien prendre des cours de dessin, acheter des feuilles, aller dessiner les beaux monuments de la ville, donc c'est vrai que c'est à moi de pousser vers quelles activités ils pourraient aller, parce que c'est vrai que souvent les gens ne savent plus, ou bien alors ça leur revient, ça dépend. Ils disent, ah bah oui en effet, je faisais des bijoux en perle, ça m'a fait plaisir de refaire un truc, donc je fais faire des bijoux et je vais essayer de les vendre sur le marché. Il y en a qui trouvent des choses. Il ne faut pas oublier qu'il y a une majorité de patients qui a perdu son emploi ou qui n'a pas d'emploi. Donc des gens qui se cherchent, qui ont peu d'activités de plaisir, peu d'activités quotidiennes, parce que la maladie prend trop le dessus, et qui en plus n'ont pas de projet d'avenir au niveau professionnel, donc c'est plus compliqué. Donc dans ces cas là, c'est à nous de montrer qu'ils ont des possibilités cognitives, qu'il y a plein de formations qui existent, de voir qu'est-ce qui leur ferait plaisir, qu'est ce qu'ils ont commencé et arrêté de faire depuis des années. Il y en a qui ont fait des études et qui ont tout arrêté mais rien ne les empêche de les reprendre. Et après j'utilise une grille d'activités diverses et variées que je peux leur distribuer quand je sens qu'ils n'arrivent pas. Qu'il y a un vide. On enlève la bouteille pour eux c'est le vide. Donc cette grille reprend les loisirs, tout ce qui est associatif, les études, les formations, pleins de milieux professionnels différents, pleins de sports différents, je leur demande de cocher s'ils connaissent, s'ils aiment, s'ils ont envie d'investir ça ou pas. C'est pour aussi les aiguiller à retrouver des trucs qu'ils ne se souvenaient plus d'avoir fait avant. Et je leur demande de marquer si ça serait une activité qui leur plairait, et s'ils ont déjà pratiqué dans les 10 ou 15 dernières années. Parce que des fois ils ne se rappellent même pas qu'il y a 10ans, ils étaient supers bons en foot et pourquoi ils ne retourneraient pas faire du foot ? Il y en avait qui ne se rappellent même plus qui jouaient de la guitare, « oh oui mais c'était avant » ils te disent, mais moi je leur demande pourquoi ils ne réessaieraient pas. Je pense à un jeune qui avait initié l'escrime, et qui depuis qu'il était toxicomane n'en faisait plus. Et moi je lui dis, maintenant vous retrouvez vos possibilités, qu'est-ce qui vous en n'empêche de reprendre l'escrime. Et il l'avait fait. Il s'était dit, puisque j'ai du temps libre pourquoi ne pas réessayer, donc il y a repris goût.

Le côté bien-être c'est quelque chose qu'on aimerait bien développer, les infirmiers font un atelier intitulé « prendre soin de soi ». Donc en fait c'est un atelier plutôt esthétique ou on peut faire des massages des mains, des gommages, ils mettent des masques, d'ailleurs il y a beaucoup d'hommes qui viennent. C'est restaurer l'image de soi et se faire du bien. Donc je pense qu'il manque des objectifs à cet atelier, déjà parce que ce ne sont pas des ergos qui le font... mais je pense que c'est un très bon atelier.

Sur les ordinateurs, il y a pleins de petits programmes, qui sont gratuits, pour stimuler la mémoire, la concentration, après certains se rendent compte que de faire des mots croisés, c'est une activité qui prend du temps et qui fait travailler aussi, ça leur permet de ré-accéder à la lecture, parce qu'on stimule la mémoire sémantique, la culture et tout ça, donc ça leur donne envie d'ouvrir un bouquin et de lire. Il y en a d'autres qui vont se pencher vers autre chose, donc je pense que ça peut ouvrir leur esprit et ça leur montre qu'ils ont encore beaucoup de capacités. Mais il va falloir qu'ils les mettent en place, c'est la difficulté en fait.

- Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'individu alcool-dépendant de changer ses habitudes de vie antérieures, liées à la consommation d'alcool ?

En fait, ça va vraiment dépendre des patients, et ça va dépendre à quelle étape ils en sont de leur maladie et s'ils viennent vraiment pour eux. Il y a des gens ils vont mettre beaucoup de choses en place tout simplement parce qu'ils ont peur de leur santé parce qu'on vient de leur annoncer qu'ils avaient une cirrhose ou parce qu'ils ont perdu leur emploi et ils se rendent compte que vraiment il y a une coupure avec la société et avec la réalité de la vie. Ou parce que leur femme s'est barrée. Ou encore à cause d'une perte de permis, donc selon ce que tu fais comme travail, c'est problématique. Donc ça c'est des changements forcés. Ce n'est pas quelque chose que je trouve adapté. Je préfère un changement d'eux-mêmes. Mais au fur et à mesure des rechutes, les patients passent par différents stades, où ils comprennent où était le problème et pourquoi ils ont rechuté. Par exemple il y a certains malades d'alcool qui ont compris que leur métier n'était pas adapté, quand tu es barman et que tu es malade d'alcool, à un moment il faut se poser la question d'un reclassement professionnel. On ne peut pas rester barman et voir des bouteilles d'alcool toute la journée quand on a une maladie chronique, ce n'est pas possible. Il y a des gens qui étaient restaurateurs et qui se sont rendu compte que ce métier là n'était plus pour eux. Donc il y a des gens qui prennent leur vie en main et qui changent tout. Ce n'est pas donné à tout le monde. Ils sont obligés de faire une rupture avec leur environnement pour ne plus être dans le même cursus, dans les mêmes habitudes de vie antérieures. Et puis il y en a qui font de tout petits changements, comme changer la place des meubles. Parce que s'ils étaient sur tel canapé avec tel apéro devant la télé, le cerveau est conditionné, donc ils changent de place au canapé, ils changent la déco, ils virent toutes les bouteilles d'alcool, et le fait que le cerveau ne retrouve plus ses marques, va peut-être diminuer l'envie de consommer à ce moment là. A des horaires, où ils avaient l'habitude de faire avant. Donc des fois, il y en a qui s'achètent des chiens aussi. Parce que ça investit l'élan vital. Tu as un chien il faut le sortir, tu ne restes pas toute la journée sur ton canapé et ils ont une autre personne à s'occuper et puis bon ça leur apporte un peu de chaleur aussi, parce que souvent ce sont des gens assez isolés socialement. Donc il y en a qui m'ont apporté des stratégies étranges. Le coup de, je vais prendre un chien à la SPA, comme ça je ne serai plus seul, ça les a énormément aidé.

Et l'entraide, certains se rencontrent, créent des liens d'amitiés, et s'entraident mutuellement, se motivent à deux à aller se balader. Je pense que la motivation est primordiale. Quand ils arrivent on leur demande de signer un contrat de soin, on leur demande d'être acteur de leur soin, parce que si tu n'es pas acteur de ton soin, ça veut dire que tu n'es pas motivé. Donc on leur dit qu'il y a une partie médicalisée le reste c'est eux qui doivent l'investir. Nous on les aide à comprendre, pour lutter contre l'alcool et trouver des stratégies, et s'ils sont passifs la motivation ne va pas être la même.

Je pense que si tu investis toi-même des choses, et que tu as décidé de changer pour toi, la motivation est doublement plus efficace et les stratégies sont plus efficaces. Donc notre rôle en tant que thérapeute en général, on n'est pas là pour leur dire, vous faites ci, ça, ça et ça, mais on est là pour semer le doute dans leur esprit, parce qu'il y en a qui pensent, je viens faire un sevrage, maintenant je suis guéri. Donc il faut qu'il aient le doute, c'est quand même une maladie, je vais devoir y lutter souvent. Donc on met le doute sur toutes les croyances erronées qu'ils avaient. Et on sème des graines de possibilités, de solutions et c'est à eux de voir ce qu'il correspond le mieux et de retranscrire dans leurs habitudes de vie, qui n'est pas le cadre hospitalier. Donc le but c'est ça aussi. Qu'ils puissent comprendre comment ils peuvent retranscrire dans leurs habitudes de vie pour telle ou telle activité qui leur parlerait plus.

Quelqu'un qui est extrêmement détérioré au niveau cognitif, à cause de la maladie d'alcool, déjà ça va être compliqué de lui faire comprendre certaines choses, et ça va être compliqué pour lui de mettre en place des stratégies, parce que derrière il n'y aura pas les capacités. Donc c'est vrai que plus la personne fonctionne bien sur le plan cognitif, plus la personne est acteur de son soin, plus la personne est au clair avec sa maladie, d'où le rôle de l'éducation thérapeutique, plus il a de chances de mettre en place des choses efficaces. Donc il y a pas mal de critères pour que ça réussisse. Tu prends une personnes de 60ans qui a bu de l'alcool depuis quasiment toujours, qui a un état de cirrhose aggravé, avec un fonctionnement cognitif extrêmement ralenti, et qu'on lui dit qu'il va falloir changer ses habitudes de vie, ça va être très dur pour lui. Ça sera différent de quelqu'un de 34-40ans, qui est en activité professionnelle, qui se rend compte que là il y a un changement à avoir. C'est vrai que tous les êtres ne sont pas tous égaux au niveau du système immunitaire ou génétique. Donc il y a des jeunes qui vont avoir une détérioration cognitive extrêmement rapide et même certains qui ont une cirrhose à 30ans et d'autres où il y aura moins de conséquences sur l'organisme. J'ai oublié de parler d'un truc, c'est que malheureusement, j'ai remarqué qu'il y a souvent des maladies d'alcool dans la famille, dans la majorité des cas. Ce qui est difficile des fois, c'est pour les gens en couple, où les deux personnes boivent. Et quand il y en a un qui fait un sevrage et qu'il y a l'autre qui continue à consommer à côté... Donc il faut prendre l'individu dans toute sa globalité et ce n'est pas toujours évident pour eux de changer.

**- Comment adaptez-vous votre accompagnement selon le processus de changement ?**

- Ne considère pas le changement
- Songe au changement
- Action
- Maintien
- Rechute

S'il est dans le maintien, ce sera peut-être quelqu'un qui sera davantage orienté vers un hôpital de jour. On va l'aider à consolider ce maintien. Par un suivi, on va continuer à stimuler son cognitif, travailler sur ses habitudes de vie plus saines, de voir si ses stratégies tiennent, travailler sur la gestion de son émotion et le mettre en garde sur les possibilités de rechutes face à ce qu'il sait de lui. C'est-à-dire, si c'est un mec qui s'énerve facilement et quand il s'énerve il est susceptible de compenser avec l'alcool pour se calmer, le travail émotionnel sera important pour lui. Le maintien c'est de leur rappeler qu'il faut rester vigilant. Mais les aider à trouver des pistes pour mieux se connaître. Pour quelqu'un qui vient sous la contrainte, nous on dit qu'il est dans le déni de la maladie quelque part. Donc on ne pourra pas le forcer à comprendre, mais on pourra peut-être semer le doute. En participant aux groupes, il va comprendre que la maladie est une maladie chronique. Et il va voir qu'autour de la table il y a des personnes qui sont à leur 8<sup>e</sup> sevrage, il va se dire qu'il y a pas mal de gens qui rechutent. Donc le fait de faire les ateliers en groupe sur l'alcool, il va avoir des informations, .... Après c'est eux qui décident. La personne qui est plus dans l'action, donc lui bien sur, on l'accompagne. S'il est dans l'action, continuez à concrétiser son action, il va rentrer chez lui et mettre des choses en places, et on va le guider et l'aider à continuer. S'il rechute, déjà, on va l'accueillir en le déculpabilisant au maximum, parce que là tout de suite obligatoirement, quand tu mets des trucs en place, que ça ne marche pas et que tu rechutes, souvent ils sont dans une énorme culpabilité et là faire émerger des nouvelles choses à ce moment, ça va être plus difficile. C'est à nous, les professionnels soignants de leur montrer qu'une rechute, est une étape. Donc de faire passer la rechute de quelque chose extrêmement négatif, « j'ai rechuté, je suis un bon à rien, j'y arriverais jamais », à « vous passez une nouvelle étape, qui n'a pas été suffisamment assimilée la dernière fois, mais peut-être que là vous la comprendrez mieux pour pas que ça ne se reproduise ». Donc là on va essayer de transformer la rechute comme quelque chose de nécessaire pour passer à autre chose. Donc ça c'est le travail des thérapeutes, que ce soit l'ergothérapeute par ses activités ou que ce soit l'entretien avec la psychologue, ou même les



discussions avec les médecins, on va essayer de l'aider à ce qu'ils se rendent compte que s'il a rechuté, ce n'est pas pour rien. C'est qu'à ce moment il s'est passé un truc et que ce truc là, ils ne l'avaient pas assez vu venir, pas assez travaillé. C'est comme si tu repartais sur de nouvelles données. Ça, ça n'a pas marché, ok. On essaye une autre solution maintenant. Je leur donne comme exemple que la maladie addictive c'est comme une sorte d'autoroute. Tu as pu avoir des sorties de route ou tu t'es trompé de sortie, c'est une rechute. Mais ce n'est pas grave il y aura toujours moyen de revenir sur cette autoroute. Tu peux ne pas te planter et un jour encore une rechute et tu reprends une mauvaise sortie d'autoroute. Mais là aussi tous les chemins mènent à Rome, tu auras toujours un moyen de reprendre le bon chemin. Donc là je leur explique qu'il y a eu un écart, mais qu'ils ont été suffisamment courageux pour venir refaire un sevrage et se remettre à l'abri. Et nous on est là pour trouver la solution à ce moment là, pour qu'ils reprennent leur autoroute. Il faut apprendre à rester dans la frustration quand on travaille en addictologie. Parce que toi-même si tu vois des solutions pour eux, s'ils n'investissent pas cette solution, tu ne peux rien faire. Tu peux juste les guider, les accompagner, mais si la solution ils ne la prennent et ne l'appliquent pas dans leurs habitudes de vie après, bah tu ne peux rien faire. Donc il faut s'habituer à les revoir régulièrement. Ce n'est pas qu'on a mal fait notre boulot, c'est peut-être qu'il y a des choses qui doivent être davantage détaillées ou travaillées, ou qu'il y a une partie du patient qui n'a pas vraiment voulu mettre de nouvelles choses en place. Tout simplement. Et ça ce n'est pas de notre ressort.

Après s'ils rejettent la faute sur les autres ce n'est pas bon. Si c'est la faute du bar qui a ouvert en bas de chez lui, s'il est dans le déni, là ce sera plus compliqué. Ce qui est important, c'est la notion de groupe, encadré par des soignants, le groupe permet d'avoir l'expérience des autres patients qui font écho. Quelque part ce qu'on leur éduque nous sur leur maladie, plus l'expérience des uns et des autres, je pense que ça aide à pouvoir avancer. Le fait d'être confronté à des personnes qui sont comme eux, à des personnes qui sont à différents stades, ça peut permettre d'aider certains à avancer. Donc il n'y a pas que nous qui entrons dans le soin, il y a aussi les autres. D'où l'intérêt de faire beaucoup de groupes dans nos activités, plus que de l'individuel.

Question d'ouverture : **Auriez-vous des remarques qui pourraient m'être utiles pour la rédaction de mon travail de fin d'étude ?**

J'attends vraiment de voir, ce que ça va donner l'hôpital de jour, parce que je pense que c'était le truc qui leur manquait pour les aider au mieux. Le travail sur les habitudes de vie sur un temps d'hospitalisation court, c'est trop difficile. Parce que je me rends compte que les habitudes de vie, pour un patient addict, c'est très difficile. C'est complètement dévarié, il n'y a même plus les cycles de repas. Donc trouver des choses à faire quand il n'y a plus rien dans leur vie, c'est extrêmement difficile. Je pense qu'il faudra qu'on utilise de plus en plus d'outils pour les guider. Moi j'avais mis en place un planning, du lundi au vendredi pour qu'ils mettent des activités en place. Et souvent ou ils en ont trop, ou ils n'en ont pas assez. Toutes les semaines ils doivent ramener le planning de la semaine d'avant, rempli par les activités de plaisir qu'ils ont investi, et des activités quotidiennes qui sont obligatoires, pour retrouver une habitude de vie plus saine. J'ai des patients leur planning est rempli comme s'ils étaient des ministres, c'est-à-dire que leur planning est tout noir, rempli de partout. Et tu te demandes comment physiquement et émotionnellement ils peuvent tenir sur une journée aussi longue. Et tu sens l'urgence de mettre des choses. Comme pour remplir un vide, mais derrière tu as l'impression qu'ils n'ont pas compris le sens qu'ils doivent y mettre. Ce n'est pas adapté. Dans ces cas, on essaye de les freiner. Ce qu'ils ne font rien, on leur demande de faire une ou deux activités. Ceux qui font trop, on leur dit STOP. Parce qu'après ils se mettent la pression, il n'arrive pas à tenir deux jours à un rythme comme ça et ils rechutent, parce qu'ils s'étaient fixés des objectifs qui étaient trop forts. Donc nous on préfère commencer par tout petit, genre je leur demande de ranger ce qu'ils ont chez eux, et de classer leurs habitudes de vie les plus urgentes, comme des papiers. Pouvoir s'organiser chez soi, dans son budget et ses papiers, d'où l'importance de faire des groupes avec l'assistance sociale. Ils sont

souvent dans une merde sociale incroyable. Et après je leur demande de prendre du temps pour faire quelque chose qui leur plaît. Je ne leur demande pas 3milliards de trucs. S'ils me disent je vais marcher une après-midi dans la forêt parce que ça me fait du bien, c'est bien ! Ils ont fait quelque chose pour eux, qui leur a fait plaisir, ils ont marché, fait du sport, et ils me disent, mais j'ai fait que ça ! Mais moi je leur dit que c'est bien, et la semaine prochaine vous faites une activité en plus. Donc c'est vrai qu'au départ c'est ou rien, ou trop, on est dans les extrêmes. C'est à nous d'arriver à tout doucement les accompagner à une normalité d'activité qui ressemble à une vie de tous les jours.

Et il y a des gens quand ils sont en reprise d'emploi et qu'ils ont eu un long arrêt maladie, à cause de l'alcool, on leur conseille d'y aller progressivement, pas forcément un CDI tout de suite. Il faut que ce soit cohérent avec leur nouvelle vie et que ce ne soit pas trop leur demander. Ce sont des gens fragiles dans leur tête. Donc s'ils n'arrivent pas ils vont s'auto-juger d'incapables. Donc quand tu es incapable, autant recommencer à boire, ça sert à rien. Donc ma remarque serait d'avoir un outil qui serait évolutif, d'évaluation et les aiguiller sur une normalité d'habitudes de vie mais qui soit progressive. Parce que si on les met direct sous pression ils vont implorer. Donc de changer ses habitudes progressivement pour un changement durable.

Dans le planning, ils mettent aussi les créneaux horaires où ils s'alcoolisaient le plus. Il y en a c'est dès le matin parce qu'ils ont un syndrome de manque physique trop important pour rester sans alcool. Et il y en a beaucoup, c'est le soir en rentrant. Tout ce qui va être à partir de 18h. Donc c'est qu'est ce qu'ils pourraient investir comme activité, pour couper l'appel de l'alcool. Souvent là ce sont des gens qui sont dans le vide, parce qu'ils vont se demander ce qu'ils peuvent faire, mais le cerveau se souvient de ce qu'ils faisaient. Donc des fois on va leur conseiller de ne pas rentrer tout de suite à la maison, pour court-circuiter ce mécanisme. Ou encore, s'ils font du sport, plutôt le faire en fin de journée, qui va contrecarrer le rituel. Et il y en a d'autres c'est en rentrant du boulot, je m'arrête au passage dans le bistrot. Donc ou ils font du covoiturage, comme ça il est sûr de ne pas s'arrêter au bar, ou on leur demande de changer leurs habitudes de trajet pour ne plus passer devant ce bar tous les jours. Il y en a aussi qui changent leurs horaires de boulot, pour ne plus être avec la même équipe. Les amis, la famille et les collègues de travail c'est difficile d'arrêter, parce que c'est dans ce milieu là qu'ils boivent le plus.

## Annexe VIII : Inventaire de l'équilibre de vie

### Inventaire de l'équilibre de vie

*Traduction du Life Balance Inventory (Matuska, 2010)*

*Traduction de N. Larivière, erg., Ph. D. et M. Levasseur, erg., Ph. D. en collaboration avec Lucie Maleski, étudiante en ergothérapie; Francisca Belain, étudiante en ergothérapie; Cynthia Humphrey, erg.; Andrew Freeman, erg., Ph. D.; Ginette Aubin, erg., Ph. D., et révisée par Stéphanie Boucher, traductrice professionnelle*

NOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**Consignes :** Veuillez répondre aux énoncés suivants en deux étapes.

**ÉTAPE 1 :** Parmi les activités énoncées, indiquez celles que vous faites ou que vous voulez faire en encerclant OUI ou NON.

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles vous avez encerclé OUI, évaluez si le temps que vous avez **réellement** consacré à chacune des activités **au cours du dernier mois** correspond au temps que vous vouliez lui consacrer

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
1.	Oui	Non	Prendre soin de mon hygiène personnelle et me laver	1	2	3	2	1
2.	Oui	Non	Prendre soin de mon apparence	1	2	3	2	1
3.	Oui	Non	Dormir suffisamment et de manière satisfaisante	1	2	3	2	1
4.	Oui	Non	Me détendre	1	2	3	2	1
5.	Oui	Non	Faire de l'exercice physique régulièrement	1	2	3	2	1
6.	Oui	Non	Manger sainement	1	2	3	2	1
7.	Oui	Non	Prendre soin de ma santé (pression artérielle, vitamines, glucomètre, etc.)	1	2	3	2	1
8.	Oui	Non	Gérer mes finances (factures, budget, investissements)	1	2	3	2	1
9.	Oui	Non	Conduire (tout type de véhicule)	1	2	3	2	1
10.	Oui	Non	Prendre l'autobus	1	2	3	2	1

2

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
11.	Oui	Non	Faire des activités avec des membres de ma famille	1	2	3	2	1
12.	Oui	Non	Faire des activités avec mon (ma) conjoint(e) ou avec mon (ma) partenaire	1	2	3	2	1
13.	Oui	Non	Faire des activités avec mes ami(e)s	1	2	3	2	1
14.	Oui	Non	Prendre soin des membres de mon entourage (famille, enfants, amis, voisins)	1	2	3	2	1
15.	Oui	Non	Avoir une relation sexuelle intime	1	2	3	2	1
16.	Oui	Non	Participer à des groupes (clubs sociaux : club de lecture, club de cartes, cours, etc.)	1	2	3	2	1
17.	Oui	Non	Rencontrer de nouvelles personnes	1	2	3	2	1
18.	Oui	Non	Avoir un emploi rémunéré	1	2	3	2	1
19.	Oui	Non	Acquérir des compétences dans mon emploi	1	2	3	2	1

3

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
20.	Oui	Non	Avoir des interactions sociales au travail	1	2	3	2	1
21.	Oui	Non	Participer à des activités religieuses officielles	1	2	3	2	1
22.	Oui	Non	Participer à des fêtes ou des activités traditionnelles (anniversaires, cérémonies religieuses, Noël, etc.)	1	2	3	2	1
23.	Oui	Non	Participer aux activités éducatives dans des milieux d'enseignement ou dans la communauté	1	2	3	2	1
24.	Oui	Non	Prendre part à des activités d'une association ou d'un ordre professionnel	1	2	3	2	1
25.	Oui	Non	Faire du bénévolat au sein de la communauté	1	2	3	2	1
26.	Oui	Non	Participer à un sport organisé	1	2	3	2	1
27.	Oui	Non	Faire des activités de plein air (chasse, pêche, randonnée, etc.)	1	2	3	2	1

4

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
28.	Oui	Non	Jardiner	1	2	3	2	1
29.	Oui	Non	Entrer en contact avec la nature (s'asseoir dans un parc, écouter le chant des oiseaux, etc.)	1	2	3	2	1
30.	Oui	Non	Planifier et coordonner des événements	1	2	3	2	1
31.	Oui	Non	Décorer ou aménager des espaces (organiser son espace personnel ou de bureau)	1	2	3	2	1
32.	Oui	Non	Cuisiner	1	2	3	2	1
33.	Oui	Non	Entretenir mon domicile	1	2	3	2	1
34.	Oui	Non	Magasiner (Europe: faire du shopping)	1	2	3	2	1
35.	Oui	Non	Prendre soin d'animaux de compagnie	1	2	3	2	1
36.	Oui	Non	Aller au restaurant ou dans des bars	1	2	3	2	1
37.	Oui	Non	Aller au théâtre, au cinéma ou assister à des événements sportifs	1	2	3	2	1

5

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
38.	Oui	Non	Faire de l'artisanat, avoir des passe-temps (scrapbooking, faire de la photo, collections, etc.)	1	2	3	2	1
39.	Oui	Non	Jouer de la musique	1	2	3	2	1
40.	Oui	Non	Faire des activités artistiques (peinture, théâtre, musique, sculpture, etc.)	1	2	3	2	1
41.	Oui	Non	Entretien ou réparer des appareils	1	2	3	2	1
42.	Oui	Non	Faire de la couture, des travaux d'aiguille	1	2	3	2	1
43.	Oui	Non	Lire	1	2	3	2	1
44.	Oui	Non	Utiliser un ordinateur (traitement de textes, Internet, blogues)	1	2	3	2	1
45.	Oui	Non	Faire de longues et profondes réflexions ou méditer	1	2	3	2	1
46.	Oui	Non	Écrire dans mon journal intime	1	2	3	2	1
47.	Oui	Non	Composer, écrire (musique, poèmes, etc.)	1	2	3	2	1

6

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais	
48.	Oui	Non	Danser, faire du yoga, faire du tai-chi, etc. (arts expressifs par le mouvement)	1	2	3	2	1
49.	Oui	Non	Jouer à des jeux d'habileté (cartes, jeux électroniques, etc.)	1	2	3	2	1
50.	Oui	Non	Regarder la télévision	1	2	3	2	1
51.	Oui	Non	Faire du mentorat (enseigner)	1	2	3	2	1
52.	Oui	Non	Voyager (tous les moyens de transport, localement, mondialement)	1	2	3	2	1
53.	Oui	Non	Raconter des histoires	1	2	3	2	1

7

**Inventaire de l'équilibre de vie :**

Cotation :

**Score total** (score des items cochés « oui »/ # items cochés oui):

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Interprétation	
1,00 – 1,49	Très déséquilibré
1,50 – 1,99	Déséquilibré
2,00 – 2,49	Moyennement équilibré
2,50 – 3,00	Très équilibré

Sous-échelles :

**(1) Satisfaire besoins de base pour santé et sécurité (n = 6) : 1, 3, 4, 5, 6, 7**

Score = score des items cochés « oui »/ # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

**(2) Avoir des relations satisfaisantes (n = 10): 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 35, 51**

Score = score des items cochés « oui »/ # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

## RESUME

L'alcool-dépendance présente des conséquences physiques, psychiques cognitivo-comportementales, sociales et financières pour l'individu dépendant. Cette maladie chronique aura également un impact sur l'ensemble de ses activités quotidiennes. Afin de lutter contre ce problème de santé publique, la prise en charge doit être pluridisciplinaire. L'ergothérapeute s'y inscrit par son regard holistique, en s'intéressant au quotidien du patient.

A travers la réalisation d'entretiens auprès d'ergothérapeutes, cette étude tente de définir comment l'ergothérapeute accompagne le sujet alcool-dépendant, dans son processus de changement d'habitudes de vie, et comment il favorise son équilibre occupationnel.

Mots clés : Ergothérapie - alcool-dépendance – accompagnement - habitudes de vie - équilibre occupationnel.

## ABSTRACT

The alcohol dependence leads physical, psychological, cognitive behavioral, social and financial consequences for the dependant individual. This chronic disease will also have an impact on his all daily activities. In order to

fight against this public health problem, the health care has to be multidisciplinary. The occupational therapist places himself with his holistic looking, by taking an interest in the patient's everyday life.

Thanks to the realization of interviews with occupational therapists, this study tries to define how the occupational therapist takes care of the alcohol-dependent patient, in his changing lifestyle process, and how he promotes an occupational balance.

Key words : Occupational therapy- alcohol-dependance - care - lifestyle - occupational balance