



Institut de Formation

En

Ergothérapie



- TOULOUSE -

La Thérapie Assistée par l'Animal: Un Levier pour l'Accompagnement Ergothérapeutique en Addictologie.

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référent méthodologie : Pr Nicolas Franchitto

Référent terrain : Camille Filluzeau

Audrey PEYROT
Promotion 2016-2019

Engagement et autorisation

Je soussignée Audrey, PEYROT, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Cahors.

Le : 1er Mai 2019

Signature de la candidate

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près où de loin,
ont participé à ce travail de fin d'études.

**“Ils ne savaient pas que c’était impossible, alors
ils l’ont fait.”**

Mark Twain

Sommaire

Introduction:.....	1
Partie 1: Phase théorique.....	2
1- Contexte.....	2
2- Personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif	6
2.1 Définition	6
2.2 Étymologie	7
2.3 Épidémiologie	7
2.4 Etiologie.....	9
2.5 Sémiologie	11
2.6 Offre de soin - L'addictologie.....	12
2.7 Concepts pour la prise en soins.....	13
3- Ergothérapie.....	18
3.1 Définition	18
3.2 Rôle de l'ergothérapeute dans le changement occupationnel	19
3.3. L'activité comme moyen thérapeutique	19
3.4 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (annexe n°6).....	20
4- Thérapie Assistée par l'Animal	24
4.1 Définition	24
4.2- Origine	25
4.3- Une relation thérapeutique.....	26
4.4 Application à l'addictologie.....	28
5- Question de recherche	31
Partie 2: Phase exploratoire: Entretiens	33
1- Recueil de données	33
1.1 Choix de l'outil	33
2- Conception et déroulement de l'enquête	33
2.1 Choix des participants et Prise de contact.....	33
2.2 Guide d'entretien	34
3- Résultats et analyse.....	35
3.1 Présentation et analyse des résultats	35
Discussion	40
Conclusion	43
 Bibliographie/Annexes/Résumé.....	

Introduction:

Le choix de ce thème de mémoire découle de la découverte de la thérapie assistée par l'animal lors d'un enseignement en première année de formation en ergothérapie. J'ai immédiatement apprécié cette pratique que je ne connaissais pas. Découvrir que mon grand intérêt pour les animaux en général, et les chiens en particulier, pouvait se combiner avec le métier d'ergothérapeute m'a donné l'envie de l'intégrer à mon projet professionnel.

Dans un premier temps, mon projet de mémoire ciblait la santé mentale car les enseignements et les stages que j'ai pu faire dans ce domaine m'ont grandement appris professionnellement. Cependant, l'articulation de mes études m'a amené à considérer une population plus spécifique de la santé mentale, celle des personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit. J'ai en effet souhaité m'appuyer sur mes stages pour renforcer mes connaissances et enrichir mon raisonnement.

Cette population attire mon attention, avec ses histoires de vie souvent surprenantes et singulières. Les comportements addictifs peuvent concerner tout le monde et atteindre tous les milieux socioculturels. Il me semble donc important de faire des recherches sur le sujet afin d'étayer les pratiques d'accompagnement.

De plus, l'utilisation des animaux, surtout des chiens, dans le domaine de la santé, est en pleine expansion. Qu'ils soient guides, sauveteurs, détecteurs de crises ou de maladies, ils font aujourd'hui partis du monde médical.

C'est à partir de ces constats que ma question de départ s'est construite:

La thérapie assistée par l'animal, avec le chien comme médiateur, apporte-elle des bénéfices dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit?

Pour répondre à cette question le cadre théorique sera décrit lors de la première partie. Le contexte, les personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif, l'ergothérapie et la thérapie assistée par l'animal y seront explorés. Ces investigations me permettront de lancer la question de recherche pour ensuite me consacrer à la phase exploratoire. Enfin, une discussion autour du sujet et une conclusion viendront clôturer ce travail de fin d'études.

Partie 1: Phase théorique

1- Contexte

Selon l'Institut Nord-Américain des drogues (NIDA), « *l'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives* » (drogues.gouv.fr). Le terme « *drogue* » est traduit du mot américain « *drug* » qui signifie outre-Atlantique drogue et médicament.

En France, et selon la première définition du dictionnaire Le Petit Larousse 2005, la drogue, d'un point de vue médical, est une « *substance psychotrope généralement nuisible pour la santé, susceptible de provoquer une toxicomanie, et consommée en dehors d'une prescription médicale* » (p. 381). C'est celle qui se rapproche le plus de notre langage commun. En ce qui concerne les médicaments, l'extension de cette même définition inclut ceux qui peuvent provoquer une pharmacodépendance comme les benzodiazépines. Dans le Petit Larousse de la Médecine (1992), la drogue est une « *substance, de quelque nature qu'elle soit, susceptible d'entrer dans la composition d'un produit médicamenteux* » (p. 267) il est précisé que « *dans ce sens, le mot drogue n'a aucune signification péjorative* ».

Par ces définitions nous voyons que « *ce qui différencie une drogue d'un médicament, c'est bien le langage et l'économie du système qui organise la circulation, l'accès, le commerce et la consommation de l'un et de l'autre* ». Tandis que « *dans l'univers du médicament, le patient est en position de quasi-acheteur car les mots ordonnance, prescription et délivrance, aux consonances juridiques, montrent bien l'attachement du patient à l'ordre médical en dehors duquel il devient, au mieux, un drogué, au pire, un toxicomane* » (Rosenzweig, 2002).

Pour Morel « *la drogue* » est un mythe, un mythe moderne du Mal et de la menace qui se cache derrière la séduction du plaisir et qui amènerait ceux qui s'y adonnent à se détruire. C'est en ce sens que honte et déshonneur sont projetés sur ces substances et sur ceux qui les consomment (Morel et al., 2000 cité par Morel, 2006). Il y a un décalage entre les représentations sociales de « *la drogue* » et la réalité. Aujourd'hui, le temps de la toxicomanie entendue comme il y a des décennies est « *incapable de rendre compte d'un phénomène extraordinairement hétérogène et immergé dans toute la société* » (Morel, 2006).

Nos peuples ont souvent été en recherche d'hédonisme, qui fut réprouvé ou approuvé en fonction de l'époque, mais aujourd'hui il s'agit de modifier nos représentations afin de pouvoir offrir un accompagnement adapté à chaque personne qui se trouve en difficulté avec ses consommations. Il tient donc à l'État, au corps médical et aux citoyens d'évoluer pour en finir avec les stigmatisations liées aux produits et à ceux qui les consomment, de manière à leur permettre un accès facilité aux soins.

Dans les années 1980 l'apparition et la contamination par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) des usagers de drogues par voie injectable a obligé les pouvoirs publics à réfléchir à une politique de réduction des risques et des dommages. Cette politique vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux et psychologiques liés à la consommation (site internet solidarité et santé du gouvernement).

En France l'usage illicite de toute substance ou plante classée comme stupéfiant est un délit passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement, une amende de 3750 euros voire l'obligation de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique (article L.3421-1 et L.3413-1 du Code de la santé publique - CSP). La loi française ne fait pas de distinction entre la détention pour usage personnel ou pour trafic, ni selon le produit stupéfiant.

Les conduites addictives sont un problème majeur de société et de santé publique en France (et dans le monde). Elles sont la cause de dommages sanitaires et sociaux ainsi que de dépenses pour l'État. Pour y faire face la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) vient d'élaborer un nouveau plan qui concerne la période 2018 à 2022. Le gouvernement français y réaffirme sa volonté de mener une politique sur les risques mais aussi sur les dispositifs d'aides. Cela passe par la mise en œuvre d'actions de prévention et d'accompagnement dès le plus jeune âge tout en tenant compte des lieux de vie et de la fragilité des populations (MILDECA, Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022).

Cependant, toute consommation ne conduit pas forcément à l'addiction. Les critères de l'addiction sont définis par les instances internationales de santé mentale et sont répertoriés dans un manuel, le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM, annexe n°1). C'est en 2000, période de l'émergence de l'Addictologie en France que le Département Abus de substances psychoactives a rejoint le Département Santé mentale pour former le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives. Ce regroupement

a eu lieu car de nombreuses correspondances existent entre la gestion de la santé mentale et celle des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS).

La santé selon l'OMS est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Constitution de l'OMS). Cette définition est en lien avec les orientations du domaine de la santé mentale en France qui « *englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles* » (site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS).

Les ergothérapeutes, professionnels de santé qui fondent leur pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé accompagnent de plus en plus cette population. Dans l'arrêté du 5 juillet 2010, qui régit le métier d'ergothérapeute et son diplôme d'État, la compétence 3, qui est « *mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » permet de se former à un large panel de médiations (Arrêté du 5 juillet 2010). Il nous semble donc que la thérapie assistée par l'animal, en tant que médiation, puisse être pertinente dans ce contexte puisqu'elle amène du bien-être à ceux qui y ont recours.

Cette méthode thérapeutique non médicamenteuse n'est pas reconnue ni réglementée en France. Il existe pourtant des formations qui sont plus ou moins structurées. Il est tout de même possible d'approfondir cette approche par une formation reconnue qui est le Diplôme Universitaire Relations Homme-Animal basé à l'Université Paris-Descartes. Il est ouvert aux personnes travaillant dans le domaine médical ou animal (site internet de l'Université Paris-Descartes).

On assiste à une intensification de l'utilisation des animaux dans différents domaines. Que ce soit dans celui de la santé comme avec par exemple le récent projet Kdog de l'institut Curie qui dresse des chiens à la reconnaissance, par leur flair, du cancer du sein à son stade le plus précoce. Ou encore dans le domaine judiciaire avec l'arrivée en mars 2019 de Lol, premier chien d'assistance judiciaire de France à Cahors dans le Lot. Sa mission principale est d'accompagner les victimes pour qu'elles puissent témoigner plus facilement face aux enquêteurs. Ces nouvelles inclusions du chien dans différentes sphères nous laissent à penser qu'il serait intéressant de l'introduire dans le domaine de l'Addictologie en tant que médiation.

Ce travail de fin d'études va donc tenter de faire ressortir les correspondances entre ces trois dimensions en répondant à la question de départ, qui est, pour rappel, **la thérapie assistée par l'animal, avec le chien comme médiateur, apporte-elle des bénéfices dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif?**

2- Personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif

2.1 Définition

Nous avons choisi de borner notre travail aux personnes présentant un trouble d'usage lié à l'utilisation d'un produit psychoactif afin de ne pas prendre en compte les addictions comportementales. Cependant, les comportements addictifs sont aussi valables pour des activités comme les jeux d'argent, les jeux vidéos, le sexe ou encore les achats compulsifs.

En 1990, le psychiatre A. Goodman définit l'addiction de la manière suivante: « *un processus par lequel est réalisé un comportement qui a pour fonction de rechercher du plaisir ou d'éviter un malaise, et qui se caractérise par l'impossibilité de contrôler ce comportement et ce malgré la connaissance des effets néfastes qu'il procure* » (Goodman, 1990, traduction libre). Cette définition stipule que l'individu ne semble pas en capacité de pouvoir agir directement sur ses comportements. C'est à partir de cette définition que Goodman déduira des critères cliniques de l'addiction et qui sont directement en lien avec la perte de contrôle. On peut trouver par exemple comme critère « *l'impossibilité de s'empêcher de réaliser un certain comportement* » ou encore une « *sensation accrue de tension précédant la réalisation du comportement* » (traduction libre des critères de Goodman, 1990 - annexe n°2).

Il nous semble maintenant essentiel de distinguer les termes dépendance et addiction car la confusion est facile. Dans leur ouvrage « L'addiction chez les adolescents », paru en 2014, Battaglia et Grieski font la différence entre ces deux notions:

« la dépendance n'est qu'une conséquence neuro-adaptative de l'exposition récurrente à un objet réputé "toxicomanogène", alors que l'addiction est un processus "biopsychosocial", caractérisé par sa complexité et sa multidimensionnalité, qui entraîne la personne à s'adonner davantage, et souvent de façon compulsive, à une substance ou à un comportement »(p. X-XI).

On note donc ici que la dépendance concerne le plan neurocognitif alors que l'addiction a une dimension plus large qui prend en compte l'interaction de la personne, son environnement et le produit (Reynaud, 2006). L'addiction s'attache plus au comportement qu'au produit (Morel, 2006). Ces composantes de l'addiction seront étudiées plus en détail dans la partie « Étiologie » de ce travail de fin d'étude.

2.2 Étymologie

En ce qui concerne l'étymologie du mot addiction, il vient du latin « ad-dicere » qui veut dire « dire à » au sens d'attribuer quelqu'un à une autre personne. En effet, dans le droit romain ancien puis au Moyen-Âge, après ordonnance du tribunal, des personnes étaient contraintes par corps à devoir rembourser leur suzerain et devenaient ainsi leurs esclaves. Il y avait donc une privation des libertés individuelles de ces derniers. (Lowenstein et Couteron dans sos-addictions.org et Varescon, 2009, p. 11 à 18). L'addiction serait donc un comportement qu'il serait impossible de contrôler et qui en d'autre terme priverait les individus de leur liberté de s'abstenir de consommer (interprétation libre du Dr Fouquet).

2.3 Épidémiologie

Afin de faire un état des lieux des consommations des produits psychoactifs en France il nous incombe de les définir. D'après le site de l'Organisation Mondiale de la Santé, une substance psychoactive « *s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect.* » Ces dernières sont les drogues illicites (le cannabis, les hallucinogènes, les opioïdes, les stimulants telle l'amphétamine ou la cocaïne) mais aussi licites comme l'alcool, le tabac ou encore les anxiolytiques (Diagnostic and Statistical Manual-5, 2013).

Pour faire un rapide inventaire des consommations des produits psychoactifs les plus présents en France nous allons nous appuyer sur la classification du DSM-5. Ce dernier s'intéresse au trouble lié à l'usage (du produit) et en fait la distinction en fonction de critères qui se divisent en trouble d'intensité faible, modéré et sévère. Cette approche est dimensionnelle. Elle est faite du « *constat que le trouble lié à l'usage d'une substance implique des changements dans les circuits cérébraux, à toutes les étapes de la maladie, et peuvent persister au-delà de son arrêt* » (Lejoyeux, 2017, p. 437). Cela permet d'avoir une approche plus globale de la pathologie et favorise une prise en soins à long terme. De plus, la notion de craving est introduite dans le nouveau DSM-5 de 2013, elle correspond à un désir compulsif de consommer. Cela reflète la perte de contrôle par rapport au produit, qui est directement en lien avec la définition du psychiatre Aviel Goodman de 1990. D'intensité variable selon les individus, ce désir peut être déclenché par des facteurs environnementaux et émotionnels et se manifeste pendant et même après la période de consommation. Il englobe

des manifestations émotionnelles, cognitives, comportementales et physiologiques (Lejoyeux, 2017, p. 437-441).

- L'alcool:

D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), on assiste à une baisse des consommations d'alcool en France en ce qui concerne la population adulte depuis la seconde moitié du XXe siècle. Par exemple, l'usage d'alcool a diminué de moitié depuis les années 1960. (INSEE, Addictions, 2015, annexe n°3). Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) les consommations à risque chronique représentent en 2014 8% des 18-75 ans. D'après une récente étude en lien avec le Baromètre de Santé publique France 2017 (« *enquêtes périodiques visant à mieux connaître les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements des Français en matière de santé* » réalisées par l'OFDT et Santé publique France) il y aurait pour l'année 2015 plus de 41 000 décès attribuables à l'alcool. Soit plus de 7% des décès total en France sur cette année là. Ces décès sont dus entre autres à des cancers, des maladies cardiovasculaires, digestives etc. (Richard, Andler, Cogordan, Spilka, Nguyen-Thanh, 2019).

- Le cannabis:

Les dernières données disponibles proviennent elles aussi de l'enquête Baromètre santé 2017. Le cannabis est la drogue illicite de très loin la plus consommée en France. En effet, 45% des adultes (18-64 ans) en ont déjà consommé et il y a 3,6% d'usagers réguliers (au moins 10 fois dans le mois). On note un usage à dominante masculine et chez les jeunes générations mais les profils tendent à se diversifier en intégrant d'avantage de trentenaires et d'actifs en emploi (site inpes-santé publique, 2017).

- Autres substances:

De plus, la revue Tendances (2018, n°129) expose les résultats du dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues - créé en 1999 par l'OFDT) qui concernent les années 2017 et 2018. Cette dernière stipule une évolution particulièrement marquante de l'impact de l'accessibilité de la cocaïne car il y a une forte disponibilité du produit et des taux très purs. Cela bouleverse le parcours de soins de nombreux usagers. En conclusion du rapport, « *il semble que l'on assiste à la concentration progressive sur une **population socialement insérée, amatrice d'effets psychoactifs dans un cadre récréatif, d'une banalisation des occasions d'usage, d'une diversification des produits consommés et, au***

final d'une intensification des consommations ». De plus, « l'usage récréatif d'une multiplicité de substances, en espace festif mais pas uniquement, apparaît de plus en plus comme pourvoyeur d'usages problématiques, comme en témoignent les demandes de prise en charge en lien avec la cocaïne ».

2.4 Etiologie

L'addiction n'est pas un fait systématique, elle est la conjonction de plusieurs facteurs.

Il existe des facteurs de résistance et de vulnérabilité que nous allons voir en suivant.

■ 2.4.1 L'individu

L'individu est formé de sa génétique, sa biologie, sa psychologie et sa psychiatrie. Il est le facteur central des comportements addictifs. Nous commencerons par exposer la neurobiologie des addictions.

○ 2.4.1.1 Neurobiologie

La dépendance démarre essentiellement avec le plaisir généré par la substance addictive. On observe l'apparition importante de dopamine dans le cerveau. Cette dernière va modifier et stimuler le fonctionnement du système de récompense et provoquer une sensation de satisfaction chez le consommateur (Tassin, 2007). Cette augmentation de la concentration de dopamine résulte de modifications au niveau des transmissions synaptiques dans différentes aires cérébrales. La substance consommée peut interférer sur la libération de neurotransmetteurs, sur la recapture ou sur l'activité électrique des neurones (en fonction du type de drogue ingérée). Le circuit de la récompense est normalement activé de manière physiologique en tant que réflexe de survie pour se nourrir par exemple. Cependant, chez les personnes présentant un trouble d'usage lié à l'utilisation d'un produit et du fait de la répétition des consommations, le circuit de la récompense va modifier de manière plus durable son fonctionnement neuronal, qui va se mettre à fonctionner de manière pathologique. Ce dernier s'emballe et produit un besoin incessant de plaisir tout en nécessitant l'augmentation des doses pour obtenir la même satisfaction (tolérance) (Reynaud, 2005; Adès et Lejoyeux, 2008; Lejoyeux, 2017).

○ 2.4.1.2 Susceptibilités individuelles

De plus, les susceptibilités individuelles jouent, elles aussi, un rôle important et seront facteur de vulnérabilité ou de résistance face à l'addiction.

Cela concerne l'histoire de vie, la génétique, les valeurs, les habiletés sociales ou encore les traits de personnalités d'une personne. Ils amènent des effets différents selon les individus et donc une potentielle dépendance à différents niveaux.

Les facteurs de vulnérabilités individuels face à l'addiction sont les suivants:

- les troubles de la personnalité (indifférence affective, impulsivité, fragilité narcissique)
- les troubles de l'humeur (troubles dépressifs)
- le tempérament: faible estime de soi, difficultés à gérer le stress, faible évitement du danger, hyperactivité

(Pr N. Franchitto, 2018; Reynaud, 2005; Adès et Lejoyeux, 2008; Lejoyeux, 2017).

■ 2.4.2 Le produit

Chaque produit est différent en fonction de son pouvoir addictogène. Certaines molécules comme l'héroïne ou le crack induisent une dépendance plus forte.

Les complications sanitaires, psychologiques et sociales qu'induisent la consommation et le statut social du produit sont aussi des facteurs qui peuvent amener à l'addiction (Pr Franchitto, 2018)

■ 2.4.3 L'environnement

L'environnement joue aussi un rôle primordial dans les conduites addictives. Les facteurs de vulnérabilité et de résistance concernent la famille avec ses consommations et son fonctionnement comme par exemple la permissivité vis-à-vis du produit. La culture joue aussi son rôle en ce qui concerne la tolérance du produit dans la société. Les pairs avec le comportement d'usage du groupe voire la pression qu'ils exercent sur l'individu. La précocité des consommations influe elle aussi sur les comportements addictifs.

Le milieu socio-économique, le lieu d'habitation, la disponibilité du produit, son prix etc. peuvent aussi favoriser la consommation (Lejoyeux, 2017; Pr Franchitto, 2018). Enfin, l'environnement de manière générale peut provoquer les envies du produit car le simple fait

de se trouver dans tel ou tel environnement rappelle telle ou telle situation de consommation. L'environnement appelle donc à la consommation (Tassin 2007).

Comme nous venons de le montrer l'addiction est l'interaction de plusieurs facteurs qui sont en lien avec la personne, le produit et son environnement.

2.5 Sémiologie

D'après l'ouvrage « Addictologie » de Lejoyeux, 2017 (p. 77), les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes en lien avec la consommation excessive de substances sont la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques. Ce sont le plus souvent des symptômes psychiatriques isolés.

Nous allons maintenant dresser un tableau clinique des conséquences des comportements addictifs. Pour cela nous allons les distinguer en fonction des produits consommés puis recouper les recherches pour tenter d'en dégager les points communs.

En ce qui concerne la consommation alcoolique et ses dimensions psychopathologiques nous retrouvons une immaturité, une dépendance, un besoin de quête affective, une angoisse d'abandon, de séparation et aussi un deuil pathologique chez ces individus. Ces personnes présentent également une alexithymie traduite par l'apscognosie qui est l'incapacité à mettre des « mots sur les maux ». Cela engendre des difficultés à désigner ses émotions et ses sentiments.

Les principales atteintes cliniques concernent les fonctions exécutives, visuo-spatiales et mnésiques. De manière générale on observe un ralentissement plus cognitif que moteur. (Reynaud, 2005, p. 97; Adès et Lejoyeux, 2008)

Pour ce qui est de la consommation de cannabis, les conséquences chez les sujets chroniques sont principalement cognitives. On note aussi chez les consommateurs réguliers une désinsertion sociale, des troubles du fonctionnement intellectuel, des difficultés de concentration, une pauvreté idéatoire, de l'indifférence affective avec un rétrécissement de la vie relationnelle, un syndrome de démotivation et de dépersonnalisation. (Reynaud, 2005, p. 141). Cependant, de véritables troubles psychotiques induits par le cannabis, comme la schizophrénie, sont peu fréquents. (Lejoyeux, 2017, p. 208)

En ce qui concerne les autres produits psychoactifs comme la cocaïne ou les opiacés, le tableau clinique est très proche de celui des consommateurs de cannabis.

Pour conclure, de manière générale les déficits causés par une consommation prolongée de produits psychoactifs interviennent sur le fonctionnement cognitif. Les conséquences addictives entraînent une grande souffrance psychologique et une désinsertion sociale chez les consommateurs. Il y a quelques spécificités en fonction du produit consommé mais globalement le tableau clinique reste semblable.

Bien qu'elles existent et qu'elles aient de graves répercussions sur la Santé, nous ne traiterons pas des complications somatiques en lien avec consommation de substances psychoactives car nous sortons de notre cadre de recherche.

2.6 Offre de soin - L'addictologie

Une politique de santé récente se développe à la fin des années 1990 c'est l'addictologie, elle concerne l'ensemble des conduites addictives. Cette spécialité est centrée sur une approche globale des comportements de consommation plus que sur une approche par produit. La création de l'addictologie est en lien avec la publication de plusieurs rapports scientifiques qui ont souligné la conjonction des comportements d'usage et la proximité des processus neurobiologiques sous-jacent aux différentes addictions. (Lejoyeux, 2017, p. 366) Avant cela on assistait à un cloisonnement réducteur de l'offre de soin selon le type de produit (Morel, 2006).

■ 2.6.1 Structures

De multiples modalités d'accompagnement sont disponibles pour les personnes présentant un trouble d'usage lié à un produit psychoactif. Ces buts sont de promouvoir une approche globale de personne, assurer la continuité des services, en passant par la prévention, l'intervention précoce et la réduction des risques (MILDECA, INPES, 2014, p.43).

En premier et deuxième recours, le pôle "ville" ou l'hôpital proposent des soins sans hébergement. Ils assurent l'accueil, l'information, l'évaluation, la mise en place des soins et le suivi des personnes et orientent le patient si besoin. Le pôle «ville» dispose des médecins généralistes, des psychologues et des psychiatres ainsi que des mouvements d'entraide et des associations. Il existe aussi des centres de soins qui sont en ville ou rattachés à l'hôpital. Ce sont les consultations jeunes consommateurs (CJC) qui sont liées à des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et

d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (MILDECA, INPES, 2014, p. 43).

Depuis le Plan de Prise en Charge et de Prévention des Addictions de 2007-2011, les filières de soins addictologiques hospitalières sont organisées en trois niveaux: de proximité, territorial et régional (annexe n°4). Cette filière dispose en plus d'un plateau technique spécialisé et propose des consultations, des hospitalisations de jour ou hospitalisations complètes pour les personnes qui ont des addictions complexes en raison de leur comorbidité. Des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) oeuvrent pour la sensibilisation et la formation des équipes soignantes au repérage du problème addictif et à l'orientation du malade durant l'hospitalisation (Lejoyeux, 2017, p. 371-380).

Des structures de soins résidentiels comme les communautés thérapeutiques sont des lieux de vie communautaire où les sujets dépendants vivent avec des personnels d'encadrement. Les conditions d'admission sont la non-consommation. Leur objectif est la réinsertion sociale, professionnelle et affective. (Lejoyeux, 2017, p. 362)

2.7 Concepts pour la prise en soins

▪ 2.7.1 Le processus de changement au coeur de la prise en soins en addictologie

Après avoir fait un état des lieux des processus qui mènent à l'addiction et de l'offre de soins disponible en France, nous allons à présent nous intéresser au suivi des personnes présentant un trouble de l'usage d'un produit. Nous nous sommes demandé ce qui est primordial dans l'accompagnement de ces sujets et nos recherches nous ont mené vers plusieurs notions que nous allons maintenant vous présenter.

Dans l'addiction, le comportement de consommation est devenu problématique pour les personnes ou encore pour leur entourage. Lambrette (2010) met en avant l'importance des approches orientées vers l'émergence de nouveaux comportements pour sortir de l'addiction. Patient et thérapeute vont alors co-construire de nouvelles stratégies. Changer ce qui peut l'être et accepter ce qui ne peut pas l'être. Lambrette insiste aussi sur le fait de devoir mobiliser et responsabiliser cette population et ce en lui « *(re)confiant la liberté de vivre*

l'existence dans laquelle elle souhaite s'engager ». Rocher définit le changement social comme une modification significative des relations affectivo-sensorielles ou fonctionnelles entre un sujet et les composantes de son environnement. Il doit donc y avoir une modification du comportement liée à l'environnement et une transformation liée au sujet lui-même.

En 1982 Prochaska et DiClemente mettent en lumière différents stades d'évolution dans leur modèle transthéorique du changement. Pour ces auteurs, les personnes présentant un trouble de l'usage passent par plusieurs stades en ce qui concerne le changement de conduite: la précontemplation, la contemplation, la décision, l'action, le maintien et la rechute. Cela permet au thérapeute de situer la motivation actuelle du patient et de savoir où est-ce qu'il se situe dans sa démarche de modification du comportement addictif. Ce processus n'est pas linéaire, il varie d'un patient à l'autre et il peut également régresser vers un stade antérieur. De plus, la rechute fait partie intégrante de l'évolution, cela est donc considéré comme quelque chose de normal (Malet, 2007 cité par De Sousa, Romo, Excoffier et Guichard 2011). Ce modèle permet aux cliniciens d'utiliser les stratégies adaptées au stade motivationnel du patient (annexe n°5).

Dans le même ordre d'idée, De Sousa, Romo, Excoffier et Guichard (2011) mettent en avant le fait que la motivation serait le facteur déterminant dans la prise en charge globale du patient présentant un trouble d'usage. (Lukasiewicz et al., 2006 ; Malet, 2007 ; Csillik & Le Merdy, 2007 ; Miller & Rollnick, 2006 cité par De Sousa et al. 2011).

En effet, selon Miller et Rollnick, la motivation serait la probabilité qu'une personne s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement. C'est une dimension indispensable pour l'adhésion au traitement et pour le maintien du changement. De plus, l'insight (« *la perception et la conscience de son propre trouble* » Bourgeois, 2002 cité par De Sousa et al. 2011) aurait lui aussi son rôle en ce qui concerne la compliance au traitement. Il va donc falloir travailler à améliorer la motivation et l'insight pour permettre l'adhésion et le suivi du traitement.

Miller en 1983 a introduit l'idée d'un entretien motivationnel pour le traitement des personnes alcoolodépendantes. Cette technique d'entretien est aujourd'hui largement utilisée en addictologie avec différentes substances afin d'aider les personnes à résoudre leur ambivalence et à s'engager dans un processus de changement. L'entretien motivationnel est « *une méthode directive centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (Miller et Rollnick, 2006).

C'est avant tout un style relationnel qui permet de faciliter le changement tout en respectant les désirs et les valeurs des patients. Il s'appuie sur la mise en oeuvre de 4 principes clés qui sont: le partenariat qui représente la collaboration entre deux experts (l'un dans son domaine professionnel et l'autre dans sa propre situation); le non-jugement (reconnaître la valeur de chaque être humain, le respecter, soutenir son autonomie, manifester de l'empathie, valoriser ses capacités et ses efforts); l'altruisme et l'évocation: le professionnel considère que la personne porte en elle les ressources pour résoudre son ambivalence et pour évoluer. Il est là pour l'aider à les faire émerger. (Miller et Rollnick, trad. par Lecallier et Michaud, 2013, p.16-17).

Cette technique s'appuie entre autre sur le modèle de la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977) qui fait ressortir par le patient les avantages et les inconvénients liés à la consommation (ambivalence).

Il sera donc indispensable de cultiver la motivation chez cette population afin qu'elle puisse réaliser un changement de comportement. Cependant, comme fait dans l'entretien motivationnel, ces changements devront émaner de la personne elle même. En effet, selon la théorie de réactance psychologique de Brehm (1981), si les individus estiment que leur liberté est en péril alors l'attraction vers le comportement problématique augmente (Vallerand & Thill, 1994 cité par De Sousa et al. 2011). Cet auteur insiste aussi sur le fait que le manque de valorisation et de renforcement positif peut induire des conduites problématiques. Cette théorie va dans le même sens que Lambrette (2010) et l'importance qu'il accorde à la co-construction du suivi entre patient et thérapeute en addictologie.

Enfin, Deci et Ryan en 1985 ont mis en lumière la théorie de l'autodétermination. Elle suppose que l'être humain a un besoin fondamental d'être maître de ses comportements et d'avoir le sentiment de les choisir. Pour ces auteurs l'autodétermination est un facteur fondamental dans la motivation. Ils définissent trois types de motivation (intrinsèque, extrinsèque et l'amotivation). Nous allons nous intéresser à l'amotivation. Ici la personne n'agit pas ou elle agit comme si elle n'avait pas de contrôle sur ses actions et perçoit ses comportements comme provenant de facteurs externes. (Deci & Ryan, 2004 cité par De Sousa et al. 2011). Ce type de motivation serait lié à « *un sentiment d'incompétence, à un manque d'auto-efficacité ou à une dévalorisation de ses actions et des résultats obtenus* ». Csillik & Le Merdy en 2007 notent que l'absence de motivation s'associe souvent à l'arrêt du changement et de la prise en charge (cité par De Sousa et al. 2011).

Nous venons de voir dans cette partie l'importance de la prise en compte de la motivation pour faire émerger un changement de comportement chez les personnes

présentant un trouble de l'usage lié à une substance psychoactive. Il nous semble maintenant pertinent de nous intéresser à une autre notion clé dans la prise en soin de ces individus, celle de l'alliance thérapeutique.

■ 2.7.2 L'alliance thérapeutique

Nos recherches ont mis en avant l'importance de l'instauration d'une alliance thérapeutique entre le professionnel et le patient. En effet, il nous semble intéressant de s'interroger sur le fait de la rémission naturelle amenée par les époux Klingemann (2008). Dans leur article, les auteurs citent une étude de Tucker qui montre que les personnes voulant changer mais refusant toute aide professionnelle serait lié à l'embarras (pour 66%), la peur du stigmatisme ou de l'étiquette d'alcoolique (63%), le refus de se confier (58%) et une perception négative des traitements ou des hôpitaux en général (53%). Une autre étude, menée par Klingemann (1991), met en lumière que les patients associent l'intervention professionnelle avec un discours moralisateur, un stress émotionnel et des méthodes de traitement inadaptées et de l'incompétence.

Pourtant, l'alliance est définie comme le fait d'avoir un objectif qui est partagé par les deux partis afin de diminuer la souffrance du patient (Bordin, 1979). D'après Gaston, cité par Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard en 2006, l'alliance thérapeutique aurait 3 fonctions. En premier lieu elle est thérapeutique, elle est un prérequis essentiel à l'efficacité des interventions et elle peut interagir avec différents types d'interventions thérapeutiques (Senn, Needham, Antille, 2012). Il est donc essentiel d'instaurer une atmosphère de confiance et d'alliance précoce afin de faciliter la non-consommation (Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo, Makadon, 2008), l'adhésion plus longue au traitement ainsi qu'une décroissance des interruptions de thérapie (Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff, Heller, 2005 cité par Senn et al., 2012). D'après nos recherches il nous semble encore plus important de considérer et de mettre un point d'honneur à instaurer cette alliance thérapeutique, de qualité, sans jugement ni stigmatisme pour que toutes les personnes présentant un trouble de l'usage puissent adhérer à la prise en soins.

■ 2.7.3 Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales « *reposent sur le concept de déterminisme réciproque qui s'appuie sur l'interdépendance entre les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux* » (Adès et Lejoyeux, 2008 p. 284, 2017 p. 383). Elles sont souvent utilisées par les thérapeutes dans le domaine de l'addictologie. Elles mettent l'accent sur le

renforcement de l'efficacité personnelle. C'est Bandura en 1997 qui amène l'idée que les compétences d'autoreflexion sur son propre fonctionnement et son efficacité personnelle sont au fondement de la motivation, du bien-être et des accomplissements humains (Carré, 2004). Ces thérapies, dont l'efficacité est régulièrement confirmée par des études scientifiques, ont pour but principal d'aider le patient à être conscient du caractère dysfonctionnel des stratégies cognitives en place. De par son approche souple, son utilisation peut être associée à d'autres approches ainsi que dans différents environnements et avec des conduites addictives hétérogènes (Adès et Lejoyeux, 2008, p. 283-284). Elles contribuent aussi à la prévention de la rechute selon le modèle de Marlatt (Lejoyeux, 2017, p. 384). Il existe d'autres types de thérapies utilisées dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage mais celle-ci nous semble intéressante du fait de l'importance accordée à l'efficacité personnelle. C'est une notion centrale à prendre en compte avec cette population. Les TCC permettent aussi de développer les compétences sociales de la personne (affirmation de soi) ce qui « *améliore la qualité des relations sociales, réduit les risques de conflits interpersonnels, favorise le support social orienté vers [la non-consommation] et modifie son style de vie* » (Lejoyeux, 2017, p. 384).

Enfin, notre intérêt se porte sur une récente étude d'Hamonnière et Varescon (2017) qui concerne l'effet des croyances métacognitives sur les conduites addictives. Dans le même ordre d'idée des TCC et des compétences d'autoreflexion de Bandura, la métacognition, cette capacité de « *croyance qu'un individu détient à propos de ses pensées et des stratégies pour les réguler* » jouerait un rôle dans le développement et le maintien des conduites addictives. Il nous semble donc primordial d'ancrer le fait de devoir « *comprendre comment les croyances sur soi et sur nos comportements participent à la sélection de processus de régulation et d'ajustement, parfois dysfonctionnel* ».

Nous venons d'exposer dans cette partie les notions en relation avec les personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif. Ce processus multidimensionnel est complexe. Il semblerait que les interventions brèves et/ou facilitant le processus d'auto-évaluation soient bien indiquées avec cette population. De plus, un bon niveau de soutien social et un changement de mode de vie seraient l'une des clefs de sortie de la problématique addictive (Klingemann, 2008).

3- Ergothérapie

3.1 Définition

D'après le site de l'ANFE (Association Nationale Française des ergothérapeutes), l'ergothérapeute est un professionnel de santé paramédical qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. En quelques mots, c'est la thérapie par et pour l'activité. Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, l'ergothérapie permet de « *développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne* ». En prenant en compte les habitudes de vie et l'environnement dans lequel elles évoluent. L'ergothérapeute s'intéresse donc à l'interaction de la personne avec son environnement et ses occupations. Pour y parvenir, il « *met en œuvre des soins et des interventions de prévention [...], de réinsertion et de réhabilitation psychosociale [...], préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières [...]* ». Ce professionnel de santé intervient auprès d'un public varié et sur différentes situations.

De plus, la vision systémique de la personne est une notion centrale en ergothérapie. En effet, cela correspond à « *ce qui est relatif à un système pris dans son ensemble* » d'après le Petit Larousse Compact (2005, p. 1029). En ce qui concerne le patient, il sera donc considéré dans sa globalité et sa singularité.

Dans les comportements addictifs, la recherche dédiée à l'obtention du produit, à sa préparation et à sa consommation sont devenues des activités importantes dans la vie des personnes. L'ergothérapeute va alors pouvoir prendre en compte ces comportements de consommations comme faisant partie intégrante de l'individu afin de pouvoir les modifier. D'après le Code de l'action sociale et des familles de 2005, il « *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* ». En permettant le changement occupationnel, l'ergothérapeute permet alors à l'individu de trouver un nouvel équilibre occupationnel en accord avec ses attentes et ses besoins. Nous pouvons faire le parallèle avec la nécessité d'un changement de comportement chez les personnes sujettes à des conduites addictives.

3.2 Rôle de l'ergothérapeute dans le changement occupationnel

Comme nous l'avons vu précédemment, il est nécessaire que les personnes qui présentent des conduites addictives changent leur comportement pour sortir de leur addiction. Pour que l'individu puisse s'engager dans de nouvelles occupations, le thérapeute doit s'assurer dans un premier temps que le patient ait intégré et accepté le fait d'être dépendant à un produit psychoactif. Pour Rogers cette intégration est la condition au changement (Curnillon, 2001). Il s'agira alors de faire prendre conscience au patient du caractère pathologique de ses consommations, de l'aider à lever le déni afin de lui permettre de s'engager pleinement dans le processus de changement. L'individu doit être acteur de sa prise en soins. Pour cela, il doit "trouver ses propres solutions en mettant en place un processus de changement de telle sorte qu'il puisse se reconstruire un monde intérieur satisfaisant lui permettant de relancer son processus vital, son processus de devenir." (Curnillon, 2001). Ce processus de changement est celui décrit par Prochaska et DiClemente dans leur modèle transthéorique du changement. Modèle déjà défini dans ce travail de fin d'étude. L'ergothérapeute, de par son accompagnement, facilitera cette modulation.

Pour que la personne entre dans ce processus, l'ergothérapeute doit instaurer une relation de confiance, une alliance thérapeutique afin qu'un contexte favorable et propice au changement puisse émerger. Cela concerne donc aussi une modification ou une réorganisation des habitudes de vie des personnes qui ont un trouble de l'usage lié à l'utilisation d'un produit pour qu'elles puissent s'engager dans de nouvelles occupations. Cela est en corrélation avec la vision du changement occupationnel de Townsend et Polatajko (2013), qui « *se produit en ajoutant, en abandonnant ou en modifiant des occupations au moyen de stratégies d'adaptation, de restructuration, de recensement et de reconstruction* ».

3.3. L'activité comme moyen thérapeutique

Pour permettre le changement occupationnel l'ergothérapeute utilise l'activité. En effet, une relation médiatisée par l'activité et guidée par un ergothérapeute offre au patient la possibilité d'une prise de conscience de ses capacités et incapacités. Cela est rendu possible par le fait de se confronter à la réalité de l'objet concret (Curnillon, 2001).

La médiation permet au patient d'accéder à une nouvelle vue du monde, de créer de nouvelles stratégies d'adaptation, de développer son processus d'autonomisation et donc de changement et de les transférer à sa vie quotidienne. D'après Monjauze (1999), les personnes ayant une problématique liée à l'alcool ont une prédominance de l'agir sur la pensée et

nécessitent un contact avec l'objet concret. Il semblerait alors que la thérapie médiatisée (activités artisanales, relaxation, médiation animale) soit indiquée pour ces personnes et par extension à l'addictologie en référence à la conjonction des comportements d'usage.

Pour que cela soit possible, l'ergothérapeute doit susciter du désir au changement, rendre le patient acteur en lui permettant de s'engager dans de nouvelles activités qui sont porteuses de sens pour lui. En étant en activité, la personne va expérimenter, se confronter aux situations et à ce qu'il faut changer. L'apprentissage généré par l'activité offrirait donc la possibilité de s'engager dans le changement (Offeinstein, 2016). D'ailleurs, l'activité et le plaisir qu'elle procure font parti des besoins essentiels au bien-être occupationnel. Cet état engendrant lui même l'activation du système de récompense (Doble et Santha, 2008, cité par Vignola-Mir, Desrosiers et Morin en 2017).

La médiation est une alternative à la relation duelle que le patient entretient avec le reste de l'équipe soignante. Cet aspect apporte une autre dynamique et devient le support de la relation thérapeutique en ergothérapie.

3.4 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (annexe n°6)

Description du modèle:

Ce modèle est apparu à la fin des années 1980 et a été élaboré par G. KIELHOFNER. C'est un modèle général d'ergothérapie, humaniste et basé sur une approche systémique de la personne. Ici, les choix de l'individu et ses expériences sont au coeur du processus thérapeutique. (Morel-Bracq, 2017). En mettant les propriétés thérapeutiques de l'activité humaine au centre du modèle, le MOH fournit un cadre explicatif au raisonnement clinique des ergothérapeutes, basé sur la compréhension du fonctionnement occupationnel de l'individu. Toujours selon Morel-Bracq (2017), « *l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne, c'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont* ». La théorie de ce modèle considère que les interactions entre la personne, ses motivations, ses capacités et son environnement permettent une adaptation dynamique dans ses activités.

Le choix de ce modèle réside dans le fait qu'il nous permettra de comprendre les raisons d'un engagement si important dans une activité (le cas des comportements addictifs ici présents). En prenant en compte l'être humain dans son entièreté, avec ses choix, ses envies ainsi que l'environnement dans lequel il évolue.

Ce modèle est composé de trois parties (l'être, l'agir et le devenir) qui sont interdépendantes et qui agissent avec l'environnement. Elles vont évoluer et transformer la personne en fonction de ses expériences.

- L'être:

C'est la première composante du MOH, pour Kielhofner l'être humain se comprend à travers trois composantes qui sont: la volition, l'habituatation et les capacités de rendement.

La volition correspond à « *la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire* ». Cette composante va permettre à l'individu de s'engager dans une activité, mais c'est aussi « *un processus au sein duquel prend place le changement* » (Mignet, 2017). La volition prend en compte la motivation. L'OMS en 2001 l'a défini comme l'élément moteur, conscient ou inconscient de l'action (Meyer, 2013). Elle désigne aussi d'autres critères qui correspondent aux choix dans les activités comme la conscience de ses capacités, le sentiment d'efficacité personnelle (élément clé de la motivation, défini en 1977 par Bandura comme les jugements que les gens portent sur leur capacités à organiser et à exécuter les actions nécessaires à l'atteinte d'un but, les valeurs et intérêts personnels. L'interaction de ces éléments permet l'engagement dans les activités. Nous pouvons faire le parallèle avec les conduites addictives et comprendre l'ampleur de l'interaction qu'il y a entre la personne et cette activité. Selon son étendue, elle sera plus ou moins difficile à modifier.

Selon Kielhofner (2008), l'habituatation permet « *d'agencer et incorporer des manières d'agir, construites selon les habitudes, les rôles et ajustées aux caractéristiques routinières de l'environnement* ». En quelques mots, elle organise, structure et facilite notre quotidien tout en facilitant l'émergence des rôles sociaux.

La dernière composante correspond aux capacités de rendement des personnes. Elles se façonnent de manière subjective à travers les sensations et le vécu de la personne, elles sont donc différentes d'un individu à l'autre. Mais elles correspondent aussi à des composantes objectives qui sont physiques et mentales (fonctions sensori-cognitives, système musculo-squelettique, habiletés sociales...).

Ces trois composantes vont conduire à l'engagement dans l'occupation. Nous pouvons transposer cette notion d'engagement dans l'occupation avec celles des comportements addictifs. Il nous semble donc pertinent de prendre en considération ces trois composantes (la volition, l'habituatation et les capacités de rendement) dans

l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage lié à l'utilisation d'un produit psychoactif.

- L'agir:

Cette composante se décompose elle aussi en trois niveaux d'action qui représentent les facultés de la personne à réaliser une tâche. Ces niveaux sont la participation (occupationnelle), le rendement (occupationnel) et les habiletés.

La participation occupationnelle représente le premier niveau de l'agir. En contribuant au modelage de notre identité, elle correspond au degré d'implication et d'engagement de la personne dans ses activités (au travail, dans ses loisirs ou encore dans ses activités quotidiennes). Elle est à la fois objective pour ce qui concerne les capacités de la personne mais aussi subjective car le vécu et l'intérêt porté à l'activité est propre à chacun.

Le rendement occupationnel correspond au deuxième niveau de l'agir. Pour Kielhofner cette notion « *s'intéresse à l'ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation* ». Il se réfère aux choix, à l'organisation et à la réalisation réelle des séquences d'actions orientées vers un but. Interviennent ici les normes sociales et culturellement identifiables par tous les membres du groupe.

Pour finir les habiletés sont les comportements qui sont directement observables. Étant intégrées durant l'enfance et reconnues par tous les membres de la communauté, elles correspondent aux habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction (Kielhofner, 2008).

L'environnement a une place importante dans cette composante. En effet, pour Kielhofner, la personne évolue toujours dans un contexte environnemental donné. Ce dernier pourra être facilitant en offrant des opportunités ou des ressources ou pourra être un frein à l'activité en vu des contraintes qu'il impose. L'environnement influence donc la personne sur la manière dont elle va s'engager dans une activité. Il y a donc ici un lien de dépendance entre l'agir et l'environnement donné.

- Le devenir:

La dernière composante du modèle est permise par les dimensions de l'Agir et de l'Être. Elle est aussi associée au concept d'adaptation occupationnelle, et se caractérise par le développement dans le temps de l'identité et de la compétence occupationnelle. L'ergothérapeute, dans ce modèle, prend en compte « l'après », le futur, dans ces objectifs d'accompagnement.

Nous avons choisi ce modèle conceptuel général en ergothérapie car il prend en compte l'ensemble des composantes humaines avec ses interactions. Comme nous l'avons vu, l'addiction est un processus qui touche lui aussi tous les domaines de la vie des personnes. Ce modèle, en montrant la manière dont l'ergothérapie amène au changement, nous semble donc pertinent pour notre objet de recherche.

4- Thérapie Assistée par l'Animal

4.1 Définition

Nous allons explorer dans cette partie le domaine d'intervention qui nous intéresse, à savoir, la « thérapie assistée par l'animal » (TAA), la « médiation animale » (MA), ou encore la « zoothérapie »... Cette diversité terminologique trouvée dans la littérature contribue à la confusion qui règne dans ce domaine de recherche (Maurer, Delfour et Adrien, 2008).

La TAA est une méthode thérapeutique fondée sur l'échange positif entre l'Homme et l'Animal, elle se base sur le lien déjà existant entre ces deux être vivants.

La Delta Society, organisation internationale créée en 1977, dont l'objectif principal est de rendre l'application et l'évaluation de la TAA plus objective. Elle l'a défini de la manière suivante: « *une intervention individuelle ou en groupe au cours de laquelle un animal, répondant à des critères spécifiques est introduit par un intervenant qualifié, fait partie intégrante du processus thérapeutique. Le but est d'améliorer le fonctionnement cognitif, physique, émotionnel ou social d'une personne. Cette pratique doit être documentée et évaluée* » (cité par Maurer et al., 2008).

Cette définition insiste sur certains points. L'un est lié à la sélection de l'animal (il doit être éduqué, dressé et préparé au handicap), un autre, au fait que l'intervention doit être dirigée par un professionnel de santé qualifié, un suivant, insiste sur le but de l'intervention (des objectifs sont mis en place) et un dernier, est consacré à la nécessité de l'évaluation. Par ailleurs, le cadre de cette intervention, comme toute autre intervention thérapeutique, à lui aussi son importance. Par exemple, le choix de l'animal pourra être différent en fonction de la population, le choix du lieu pourra lui aussi varier, la dimension temporelle sera ajustée....

Cette définition justifie la portée thérapeutique de la TAA. Elle doit en effet engendrer des apprentissages pour la personne en lui permettant de mieux surmonter les obstacles que pose l'existence. À contrario des activités assistées par l'animal, dites « récréationnelles », qui, tout autant gratifiantes soient-elles, n'ont pas d'objectifs thérapeutiques spécifiques et n'entraînent pas d'amélioration de fonctions (Servais, 2007).

La TAA est utilisée aujourd'hui comme auxiliaire aux thérapies conventionnelles. Cette méthode se base sur l'interaction entre le thérapeute, le patient et l'animal (Lehotkay, Orihuela-Flores, Deriaz et Carminati, 2012). L'animal joue ici un rôle d'intermédiaire, de médiateur entre le thérapeute et la personne.

Intéressons nous maintenant à l'histoire de la TAA.

4.2- Origine

Le lien qui existe entre les Hommes et les Animaux remonte à la nuit des temps. En fonction des périodes, des cultures et des courants de pensée les animaux ont été des dieux ou des machines. Cependant, notre histoire est commune et nous savons aujourd'hui qu'ils sont indispensables à la survie de notre espèce.

L'évolution de nos relations avec les animaux est maintenant marquée par la place grandissante qu'ils occupent dans le milieu de la santé. Ce fait est marqué par la multitude d'études publiées ces dernières décennies (Maurer et al., 2008). Pourtant le recours à l'animal afin de soulager l'homme est connu depuis le Moyen-âge.

Au XI^{ème} siècle, à Gheel en Belgique, se passe la première utilisation volontaire d'animaux dans le domaine de la santé psychique où des patients en convalescence s'occupent d'oiseaux. S'en suit diverses applications dans d'autres endroits du monde. Comme avec William Tuke en 1792 et sa fondation York Retreat en Angleterre où des malades mentaux s'occupent de petits animaux afin de reprendre confiance en eux. En 1919 aux États-Unis, l'hôpital Sainte-Elisabeth de Washington utilise des chiens auprès de patients admis en unité psychiatrique. En 1942 des chiens sont aussi utilisés pour accélérer la convalescence et remonter le moral des pilotes de l'United States Air Force... (Maurer et al., 2008)

Cependant, les premières traces de littératures scientifiques pour la TAA viennent des États-Unis entre 1960 et 1980 avec des expériences de soins plutôt psychothérapeutiques avec l'animal. Boris Levinson, les époux Corson et David Lee sont considérés comme les fondateurs de la recherche sur la TAA (Michalon, 2010). Selon Levinson, l'animal peut servir de co-thérapeute, il semble accélérer le processus thérapeutique et l'établissement de la relation thérapeute-patient. En 1950 il fait part de sa découverte fortuite de l'effet relationnel positif de son propre chien sur un enfant autiste lors d'une consultation. Pour les époux Corson, psychiatres américains, l'emploi de l'animal de compagnie comme moyen thérapeutique est destiné à des patients réfractaires aux thérapies conventionnelles. Ils constatent alors une diminution de la prise de médicaments psychotropes (Maurer et al., 2008).

Pourtant, cette pratique à aujourd'hui un besoin de reconnaissance scientifique. En effet, nombres d'études ont été menées avec des résultats positifs de manière générale mais il faut être prudent dans l'interprétation des données car la rigueur méthodologique des études n'est pas toujours présente (Maurer et al., 2008).

Véronique Servais en 2007 donne une explication à cela car pour elle « *les animaux en eux-mêmes n'ont pas « d'effet thérapeutique » sur les patients* », mais c'est le thérapeute qui va utiliser le potentiel de changement apporté par l'animal. Le rôle du thérapeute est primordial, il permet à la personne de se sentir capable, en confiance et il met en évidence les capacités que le patient développe avec l'animal (Lehotkay et al., 2012). Il persiste encore de nombreuses difficultés pour faire converger les résultats des praticiens et des chercheurs. Car les procédures expérimentales, « *exigeant que toutes les choses soient égales* », empêchent les thérapeutes de construire de nouvelles réalités avec leurs patients. En effet, si l'on veut agir et comparer une situation avec et sans l'animal et que tout doit être identique, on nie l'utilisation du potentiel de changement apporté par l'animal. On neutralise donc cet « effet thérapeutique » (Servais, 2007).

Michalon (2010) rejoint Servais car pour lui cette tâche est rendue difficile par le fait que c'est la relation qui existe déjà entre les humains et les animaux en présence qui est utilisée à des fins thérapeutiques. Cela rend compliqué la construction de méthodologies transposables à d'autres contextes, ainsi que la standardisation des pratiques pour espérer une reconnaissance publique et pérenne. Ce besoin de reconnaissance scientifique est à considérer dans un contexte de volonté de développement des pratiques professionnelles encadrées qui doivent rendre compte de leur efficacité auprès des institutions de soins et des financeurs publics et privés (Michalon, 2010).

4.3- Une relation thérapeutique

Maintenant que nous avons décrit l'émergence de la TAA nous allons explorer ce qui nous unit aux animaux et ce qui peut être thérapeutique dans cette pratique.

En premier lieu nous sommes des êtres de communication, nous avons besoin d'être en relation pour évoluer correctement. L'étude de Spitz sur le syndrome d'hospitalisation cité par Servais (2007) l'a démontré il y a longtemps. Dans le même ordre d'idée, le cas des «enfants sauvages» montre que l'interaction d'un enfant avec une mère animale suffit à ce qu'il se développe. Ceci fait écho à notre manière de communiquer entre humain et nous savons que c'est la communication non verbale, mettant en jeu nos cinq sens, qui y est largement majoritaire.

L'interaction Homme-Animal est permise par une communication multicanale. Nous allons en présenter quelques modalités.

Le contact, tout d'abord. Le toucher est le toilettage social chez les primates à fourrure. Le fait d'épouiller l'autre chez cette espèce a pour fonction de créer des liens et d'apaiser les tensions. Demaret l'a rapproché du contact humain avec la fourrure d'un animal de compagnie. Pour lui, cela aurait le même effet apaisant, rassurant et relaxant (Servais, 2007). Plusieurs études ont confirmé l'effet calmant lié au fait de caresser un chien. Ce geste provoque une baisse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque (Lehotkay et al., 2012).

Une personne repliée sur elle-même pourra se tourner vers le monde extérieur et avoir des comportements sociaux appropriés grâce à la stimulation sensorielle qu'induit l'animal (l'odorat, l'ouïe, le regard et le toucher) (Lehotkay et al., 2012).

Il permet une structure relationnelle simple, élémentaire. La peur, l'approche, le retrait, le stress ou encore la confiance sont des éléments de cette relation. Cela permet de voir l'effet du comportement de la personne sur l'animal et cela fait écho à la base du lien social humain. C'est l'effet-miroir (Servais, 2007).

L'animal est un média vivant qui permet la spontanéité dans une prise en soins. Ce média aide les patients dans l'expression des sentiments et des émotions. Le thérapeute peut demander au patient d'émettre des hypothèses sur l'état émotionnel et physiologique de l'animal (est-il anxieux ou apaisé, a-t-il soif?). Cet exercice amène le patient à exprimer ses propres émotions et sentiments plus facilement. Cette facilitation expressive est aussi autorisée par le fait que l'animal ne juge pas la personne, il est neutre. Il est présent, répond à nos ordres, nous donne de l'affection. Cette facette de l'animal permet aux personnes de reprendre confiance en elle, en leur capacité et en leur capabilité (Andryuschenko-Basquin et Chelly, 2017). De plus, une relation triadique naît entre le patient, le thérapeute et l'animal. Des interactions se passent entre chaque binôme en présence. Le thérapeute peut se mettre en retrait afin de favoriser l'autonomie de la personne, il peut lui laisser prendre des décisions, cela la responsabilise. L'animal devient un agent transitionnel (annexe n°7). Dans le même ordre d'idée, une étude de Kruger et al., de 2004 citée par Lehotkay et al., en 2012 mentionne le fait que de s'occuper d'un animal permet le développement du sens des responsabilités et favorise le développement de l'autonomie. D'autre part, il peut être un outil d'apprentissage lorsqu'il est utilisé comme un modèle de comportement pour améliorer les aptitudes sociales. Les compétences développées lors des séances en TAA pourront être transférées aux activités de la vie quotidienne des personnes.

L'animal facilite donc le lien thérapeutique, l'entrée en relation est plus facile et l'amélioration de ce lien permet d'atteindre plus rapidement l'objectif choisi (Lehotkay et al., 2012).

Les séances de thérapie assistée par l'animal ont un effet motivant et peuvent développer plus rapidement le lien thérapeutique. Si une personne est accompagnée d'un chien elle est vue plus sympathique que si elle est seule (étude de Lockwood, 1983; Pavlides, 2008, cité par Lehotkay, 2012). On peut alors dire que le thérapeute avec son chien sera vu comme moins menaçant. Ce fait est intéressant pour pouvoir entrer en contact plus facilement avec une population présentant un trouble de l'usage lié à un produit ou dans le cas des personnes réticentes à tout suivi thérapeutique (Lehotkay, 2012). C'est pour cela que nous avons choisi de borner notre recherche à l'utilisation du chien en MA.

Enfin, l'animal est un facilitateur de la communication sociale, c'est un « catalyseur » social. En effet, il facilite les interactions sociales entre étrangers. Les interactions sociales sont toujours gouvernées par des règles et des rituels et s'ils ne sont pas respectés cela inspire la crainte. La présence d'un animal permet d'outrepasser ces codes. Une étude de Messent réalisée en 1980 démontre que le fait de se promener dans un parc avec un chien augmente les contacts sociaux (Servais, 2007). Plusieurs autres auteurs suggèrent que c'est le chien en particulier qui encourage le plus les interactions sociales (Corson, Corson et al., 1977, Martin et Farnum, 2002 cité par Lehotkay et al., 2012).

4.4 Application à l'addictologie

Nous venons de voir les effets positifs que peuvent engendrer l'utilisation de la TAA sur plan psychologique comme pratique professionnelle. Un bénéfice physique est bien sûr possible mais il ne fait pas l'objet de notre étude.

Plusieurs études tendent à confirmer ces effets auprès de différentes populations: enfants, adolescents, adultes ou personnes âgées, avec ou sans handicap (Baun et McCabe, 2000, Duncan et Allen, 2000; Scholl et al., 2008 cité par Lehotkay et al., 2012).

Comme nous l'avons vu dans ce travail de fin d'études, les personnes présentant un trouble de l'usage lié à l'utilisation d'un produit ont une faible estime d'elles-mêmes, font preuve d'auto-stigmatisation, sont stressées, anxieuses, ont un déficit de la régulation émotionnelle et leurs liens d'attachement sont insécuritaires (Klemetsen et Lindstrom, 2017). Pour accompagner ces personnes dans une prise en soins il semble que la motivation à

s'engager dans le traitement soit un prédicteur efficace au maintien du traitement (De Leon et al., 1997, cité par Klemetsen et al., 2017).

D'autres études ont été menées sur différents contextes qui correspondent aux dysfonctionnements des personnes présentant un trouble de l'usage lié à l'utilisation d'un produit psychoactif. La MA aurait des effets bénéfiques pour le trouble borderline (Sato, Senjo et al., 2003, cité par Lehotkay et al., 2012), l'anxiété chez les adultes (Morgan, 2009 cité par Lehotkay et al., 2012) la solitude et la dépression (Le Roux et Kemp, 2009; Antonioli et Reveley, 2005 cité par Lehotkay et al., 2012) les troubles émotionnels et de comportement chez l'adolescent (Drawe, 2001 cité par Lehotkay et al., 2012) et de manière générale pour les patients hospitalisés en psychiatrie (Nielsen et Delude, 1994; Krugel et Serpell, 2006; Haw, 2007 cité par Lehotkay et al., 2012). Ces troubles coexistent souvent avec les phénomènes addictifs et pour beaucoup d'entre eux contribuent à maintenir cette consommation car elle représente un mécanisme de protection face à des problèmes psychologiques douloureux (Klemetsen et al., 2017).

En facilitant la relation thérapeutique la TAA contribue à développer un style d'attachement plus sécuritaire entre le thérapeute, le patient et le chien. Ce point est essentiel car nous savons que les patients avec des conduites addictives ont un style d'attachement insécuritaire et que ce trouble amène des difficultés dans l'établissement d'une alliance thérapeutique (Smith, Msetfi, et Golding, 2010, cité par Klemetsen et al., 2017). Conformément à cela, la MA permet de renforcer significativement cette alliance et c'est aussi un important facteur de prédiction du résultat de l'accompagnement. Avoir une relation adaptée avec son thérapeute est un élément de motivation supplémentaire pour suivre sa thérapie.

Utiliser la MA avec cette population amène une nouvelle dimension à la thérapie. En effet, l'attitude non-jugeante du chien, l'effet miroir qu'il produit envers les comportements des personnes, contribuent à une meilleure adaptation comportementale ainsi qu'à un meilleur ressenti de ses émotions (Burger et al., 2009; Stetina et al., 2011 cité par Klemetsen et Al., 2017). Une étude de Pollack's de 2009 citée par Klemetsen et al., en 2017 donne des résultats qui indiquent que la MA pourrait avoir des effets positifs dans la réduction des symptômes psychologiques et contribuerait aussi à amorcer le changement de comportement (annexe n°8).

Nous savons qu'il y a un lien entre: faible niveau du sentiment d'efficacité personnelle perçue et persistance de la consommation. Des recherches sur l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle par la MA ont été réalisées et ont montré des effets positifs sur d'autres populations (Berget, Ekeberg et Braastad, 2008 cité par Klemetsen, 2017). Il nous semblerait donc utile que des recherches dans ce domaine se fassent.

Enfin, une récente étude de Contalbrigo et al. de 2017 sur l'efficacité d'une thérapie assistée par le chien sur des détenus avec des conduites addictives, met en lumière une amélioration des compétences sociales, réduit le craving (envie soudaine de consommer), l'anxiété et la dépression. Elle a montré une amélioration du système psychologique statistiquement significatif. Ces résultats positifs sont dus à deux mécanismes de la MA: la relation homme-animal améliore à la fois le soutien social perçu et permet l'apprentissage de stratégies d'adaptation active.

Nous pouvons faire le parallèle avec les pratiques de thérapies cognitivo-comportementales utilisées en addictologie. En effet, l'utilisation de la MA lors de séances de TCC peut soutenir l'apprentissage et le renforcement des comportements adaptés. Le fait d'utiliser un médiateur vivant permet à la personne d'identifier (par effet miroir et à l'instant présent) les schémas cognitifs, les pensées et les émotions associées à ses comportements et de les réguler. Cela permettra au patient d'éviter de futures rechutes en lui permettant d'obtenir de nouvelles compétences dont il pourra se servir pour faire face à des difficultés (Palazzolo, p. 11 et p. 22., 2016)

Nous venons d'exposer les multiples bienfaits de la TAA sur le plan psychique. Outre ces bénéfices en terme de responsabilisation, d'autonomisation ou encore de transfert à la vie quotidienne, cette méthode permet aussi aux patients de prendre plaisir et satisfaction durant les séances. Cela rejoint la définition de la Santé de l'OMS qui est, pour rappel, « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Constitution de l'OMS). Cet état de complet bien-être peut être atteint avec la TAA. Une personne pourra, durant le temps des séances, prendre plaisir à s'occuper du chien et ne plus se focaliser sur son état « addictif ». Ceci sera permis entre autres par le fait que l'animal ne juge pas, il lui permettra de se sentir libre de ses choix durant les séances.

5- Question de recherche

Nous avons vu que l'addiction n'est pas un fait systématique, c'est un processus multidimensionnel qui doit être pris en soins par plusieurs professionnels du domaine médical, paramédical, social... Les ergothérapeutes ont leur place dans cet accompagnement car ils contribuent au changement de comportement qui doit être réalisé par les personnes avec un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif. La modification des conduites est un long processus, qui peut aussi régresser. Cela entraîne des épisodes avec perte de confiance et le sentiment d'efficacité personnelle est mis à mal. Il va donc falloir soutenir au mieux les personnes pour qu'elles puissent retrouver un esprit de contrôle sur leurs consommations et que ceci n'entraîne pas un arrêt du suivi thérapeutique. Pour leur permettre de rester dans le soin il faut que le corps médical soit force de proposition en ce qui concerne les accompagnements afin qu'ils correspondent à chacun.

C'est pour cela que notre question de recherche est la suivante:

En quoi la TAA, avec le chien comme médiateur, combinée à la pratique ergothérapique serait bénéfique pour soutenir l'engagement et l'observance dans les soins des personnes présentant un trouble d'usage lié à un produit psychoactif ?

Une étude de Caruzzo et ses confrères de 2009 met en lumière le fait que c'est le maintien dans le traitement qui est le facteur prédictif le plus important pour le succès d'un programme thérapeutique en addictologie (cité par De Sousa et al., 2011).

Pour que ce « maintien » soit possible il faut que le patient s'engage dans son suivi. L'engagement est un « *acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie* » (site internet du dictionnaire Larousse). Il s'agit alors de faire honneur à ses engagements. Cet honneur doit être respecté par le patient mais il est aussi réciproque. Le soignant doit s'engager lui aussi. Cet aspect responsabilise le patient et le rend acteur de sa prise en soins.

D'autres part il y a l'observance. Haynes en 1979 la définit comme « *l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique* ». Une étude de Schmitt et al., de 2006 a fait ressortir les facteurs associés à l'observance thérapeutique. Ils correspondent à l'acceptation de la maladie, au niveau soutien et à l'alliance thérapeutique (cité par De Sousa et al., 2011).

Ces constats qui découlent de notre question de recherche ont fait émerger une hypothèse:

La TAA facilite l'alliance thérapeutique et son effet motivant contribue à faire adhérer aux soins les personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif.

La phase exploratoire de ce mémoire va maintenant nous permettre de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse en argumentant nos résultats sur des éléments tangibles tout en respectant une méthodologie.

Partie 2: Phase exploratoire: Entretiens

1- Recueil de données

1.1 Choix de l'outil

Nous avons choisi l'entretien individuel semi-dirigé afin de « *saisir le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné. Comme la parole est donnée à l'individu, l'entretien s'avère un instrument privilégié pour mettre au jour sa représentation du monde* » (Baribeau et Royer, 2012). En effet, notre question de recherche s'interroge sur la pratique des ergothérapeutes ce qui implique une analyse de données qualitatives.

Pour réaliser l'entretien il est nécessaire d'avoir réalisé un guide d'entretien au préalable. Cela permet d'avoir des questions ciblées et identiques pour tous les professionnels interviewés. Les questions sont ouvertes et ne doivent pas orienter les répondants. Ce type d'entretien permet une certaine liberté dans l'ordre des questions à poser et il peut également amener la personne à aborder des sujets auxquels nous n'aurions pas pensé et qui viendront enrichir l'analyse des résultats.

Afin de faciliter l'analyse des résultats nous avons créé une matrice d'analyse en fonction des variables et des références théoriques. Cette matrice nous sert aussi de guide d'entretien. Elle nous a permis de créer les questions et nous permettra de les analyser (annexe n°9).

2- Conception et déroulement de l'enquête

2.1 Choix des participants et Prise de contact

Le choix des participants était restreint car nous n'avons pas trouvé, en France, d'ergothérapeutes qui utilisent la TAA auprès de personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif. Des tentatives de contact ont été faites auprès de l'Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal, de l'Institut Français de Zoothérapie ainsi que sur le groupe Facebook « médiation animale: échanger pour mieux exercer ». Mais aucune des réponses, quand il y en a eu, n'a été concluante.

Nous avons donc voulu interroger un ergothérapeute qui travaille en addictologie et un ergothérapeute qui fait de la TAA auprès d'une population en santé mentale. En recoupant les réponses nous pourrions dégager des résultats qui concordent avec notre sujet de recherche. Nous avons trouvé les deux professionnels interviewés grâce à notre institut de formation en ergothérapie et nous les avons contactés par mail.

2.2 Guide d'entretien

Le premier thème du guide d'entretien concerne la présentation sur le versant professionnel de la personne interviewée. Cela nous permet d'avoir des informations sur son parcours ainsi que sur la ou les structures actuelles de travail. Ce thème nous permet aussi d'entrer en contact avec la personne sans commencer directement par les questions qui concernent le sujet de recherche. La première question de l'entretien est dédiée à ce thème.

Ensuite, notre matrice nous sert de guide. En effet, le premier concept concerne la motivation. Il regroupe des notions sur le sentiment d'efficacité personnelle et sur les compétences d'autoreflexion sur son propre fonctionnement et son efficacité personnelle (Bandura, 1997 cité par Carré, 2004 et Bandura cité par Lecomte, 2004), sur l'entretien motivationnel (Miller, 1983, Miller et Rollnick, trad. par Lecallier et Michaud, 2013), sur l'engagement et l'adhésion aux traitements et sur l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985 cité par De Sousa, Romo, Excoffier et Guichard, 2011). Nous avons vu plus en détail ces concepts dans la partie théorique. Ce thème va nous permettre de mettre en lumière les connaissances et les pratiques des ergothérapeutes en ce qui concerne la motivation de leurs patients. Il correspond aux questions numéro deux, trois et six.

Le deuxième concept de notre matrice correspond à l'alliance thérapeutique et regroupe des notions autour de la relation (Peplau, 1988, cité par Senn, Needham et Antille, 2012), des dimensions de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979 cité par Baillargeon et Puskas, 2013) et de l'alliance précoce (Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo, Makadon, 2008 cité par Senn, Needham et Antille, 2012). Les questions deux et trois concernent le sujet.

Les questions quatre et cinq concernent les types de thérapies mises en place par ces professionnels et l'utilisation de modèle conceptuel. Cela nous permet d'avoir des informations concrètes sur l'orientation de leur pratique et le cadre dans lequel ils évoluent.

Les questions six et sept concernent les patients. Elles cherchent à connaître leurs demandes de prise en soins et à avoir leur point de vue car il nous semble important, dans notre sujet de recherche, de le considérer.

Enfin, la dernière question laisse parler l'interviewé à sa guise. Elle permet d'avoir des informations auxquelles nous n'aurions pas pensé.

3- Résultats et analyse

3.1 Présentation et analyse des résultats

3.1.1 Méthode d'analyse

Il s'agit ici d'analyser les résultats de deux entretiens semi-dirigés, ils seront donc qualitatifs. Pour faciliter l'analyse des résultats les questions ont été regroupées par thème, en fonction d'une matrice et seront étudiées en ce sens.

3.1.2 Analyse des réponses de l'entretien

Pour le premier thème qui correspond à la présentation de l'interviewé l'analyse est la suivante:

E1 à « *toujours travaillé en santé mentale et toujours dans des cliniques psychiatriques privées de taille humaine* » (ligne 17). Il ne précise pas la date d'obtention de son diplôme mais stipule qu'il a travaillé dans 3 cliniques différentes ce qui montre qu'il a une certaine expérience avec cette population. De plus, il a passé deux diplômes universitaires (alcoologie et réhabilitation psychosociale) ce qui montre son implication et son besoin d'étayage de ses connaissances (l. 24; 25; 28).

E2 à de son côté à un parcours plutôt axé sur la rééducation des troubles moteurs, sur la neurologie adulte et les soins de suite et de réadaptation. Il a aussi un Diplôme Universitaire (réparation juridique du dommage corporel, Paris Descartes) en plus de son diplôme d'état d'ergothérapie qu'il a passé en Belgique. Depuis trois ans E2 s'est spécialisé en médiation animale pour « *pouvoir motiver dans la prise en soin en ergothérapie certains patients* ». Il

fait référence à des patients adultes suivis depuis des années ou encore avec des troubles du déni (l. 42 à 49).

Le parcours des deux interviewés fait état de leur professionnalisme et de leur besoin de formation. Ce point est important car il rend pertinent nos choix de population. De plus, E2 introduit dès les premières questions liées à la présentation le concept de motivation en lien avec la MA.

Concept de la motivation:

Pour E1 c'est la notion **d'engagement** qu'il est primordial de développer pour démarrer un accompagnement en addictologie, en passant par la levée du déni pour pouvoir « *engager [...] un soin et une vraie demande* » (l. 45 et 46). **Le groupe est le premier facteur motivationnel** qu'ils utilisent à la clinique (l. 50). Il permet **l'effet-miroir** et un **feed-back** sur la compréhension de la pathologie pour aider à lever cette part du déni (l. 51 et 52). Le fait de fournir des feed-backs appropriés renforce le sentiment d'efficacité personnelle. C'est en lien avec le concept de Bandura des compétences d'autoreflexion sur son propre fonctionnement et son efficacité personnelle qui est un facteur de changement de comportement dans les conduites addictives. E1 met en avant **l'engagement à travers le groupe et à travers les activités** (physiques, intellectuelles, groupe de parole) (l. 53 et 54). E1, en répondant à la question 4, fait le lien avec la MA en disant « *ils y sont sensibles* » (l. 62 et 63) car les choses trop intellectualisées rendent compliqué l'engagement de cette population, « *ils sont plus dans une immédiateté et dans une approche corporelle* » (l. 61).

E2, en MA, met en avant le **côté plaisir et bien-être** du moment passé avec l'animal lors d'un début d'accompagnement. (question 2)

Il fait le lien entre l'engagement dans le soin en MA grâce à la **motivation induite par l'animal**. Il ajoute que l'engagement se fait de « *manière assez évidente* » (l. 106). Il fait le parallèle avec des personnes qui ont un trouble de la mémoire et dit qu'ils viennent quand même en séance car « *tu sens que c'est ancré* » (l. 117). Il appuie encore sur cette notion d'engagement en ajoutant « **le facteur chien [...] sans trop faire grand chose enlève la problématique engagement dans le suivi** » (l. 124 et 125). (question 3)

On note ici une différence dans les leviers motivationnels qui sont dus aux moyens thérapeutiques. Pour E2 l'engagement grâce au chien est fait très facilement tandis que E1 ne parle pas de niveau de suivi et d'engagement réel grâce au groupe.

Pour E2 le fait de venir s'occuper de l'animal amène **une valeur et le patient à un rôle**. Cela contribue à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. C'est un des facteurs de changement de comportement dans les conduites addictives. (question 3)

E1 et E2 mettent en avant le fait d'un **engagement réciproque** dans le soin. Ils demandent aux patients de s'engager mais ils s'engagent aussi vis-à-vis d'eux. (E1: l. 65 à 67 et E2: l. 93 et 94).

Concept d'alliance thérapeutique:

Pour E2 ce qui est primordial de développer pour démarrer un accompagnement en MA, est tout d'abord un contact informel, « *une visite de « moi » avec son chien point* » (l. 75). E2, faisant le lien avec sa pratique et celle en addictologie, il met en avant le fait de **créer une relation de confiance**, pour que la personne puisse vraiment se sentir en sécurité avec l'animal, il utilise le terme « *hyper important* » pour appuyer cette notion (l. 83).

Thérapies et modèles conceptuels:

Pour E1 en psychiatrie c'est le modèle réhabilitation psychosociale car cette population nécessite une approche psychanalytique. Il met en avant le fait que cette approche est difficile et que « c'est important [...] de passer par d'autres conceptions » (l. 74). De plus les **thérapies cognitivo-comportementales** sont essentielles pour lui aussi, il ré-insiste sur l'importance d'une **approche « directe autour du corps »** avec cette population.

E2 fait référence au fait qu'il **ne verbalise pas forcément les objectifs avec ses patients**, « *le contrat c'est juste d'être là et de s'occuper de mon chien et après moi je m'occupe des objectifs derrière* » (l. 137 et 138). Pour lui cela permet un **engagement plus important** que si l'on énonce les objectifs et que l'on attend quelque chose du patient. Il fait le parallèle avec l'addictologie et prend l'exemple d'un patient traumatisé crânien qu'il suit en MA pour dire qu'il est capable de décaler ses horaires de cigarette pour être en thérapie avec le chien, chose qu'il n'est pas capable de faire dans d'autres activités (l.148 à 150) . Cela fait ressortir le fait que la TAA, parce qu'elle engendre du **plaisir**, permet aux patients de ne pas penser à la cigarette.

E2 n'a pas de modèle précis en tête, il fait tout de même référence au **PPH** (Processus de Production du Handicap) et à la **MCRO** (Modèle Canadien du Rendement Occupationnel). Pour lui, le plus important, est de mettre « *le patient au centre* » (l. 161), de faire « *attention à l'environnement* »(l. 162) et aux « *facteurs de motivation* » du patient (l. 162). Il continue

en insistant sur le fait de « *placer le patient au centre et de tenir compte de l'environnement physique et humain et de tenir compte des habitudes de vie du patient* » (l. 178 et 179) il faut le garder en tête pour s'adapter aux structures dans lesquelles on intervient.

Côté patients:

Pour E1 les compétences les plus affaiblies chez les personnes présentant un trouble de l'usage lié à l'utilisation d'un produit (question 6) sont « **de l'ordre de la connaissance de soi et de la verbalisation** » (l. 89 et 90). Et c'est cette méconnaissance qui amène le fait qu'ils perçoivent « *leur souffrance de manière parcellaire et jamais en lien avec leur vécu* » (l. 86 et 87).

E2 fait aussi référence à une « **difficulté d'exprimer les sentiments** » (l. 186) chez les patients qu'il suit en MA, la **communication est superficielle**, il y a une forme d'**apathie** et un **manque de prise d'initiative**. Pour lui « *c'est impressionnant ce que peut faire la MA dans ce cadre là* » (l. 191 et 192), pour appuyer ses dires il prend l'exemple du même patient traumatisé crânien qui, lors d'une activité créative qui le motivait, ne parlait pas, n'avait pas d'interaction avec les autres et la MA lui a permis de prendre des initiatives, de s'exprimer sur les sentiments du chien dans un premier temps puis, enfin, de **pouvoir exprimer les siens**.

Pour E1 en addictologie les patients n'ont en général **pas de demande** pour la prise en soins (question 7; l. 97). Il explique ensuite que s'il y en a, elles sont « *très factuelles et liée à des problématiques liées au réel* » (l. 99 et 100). Il ré-appuie sur le fait que c'est la **méconnaissance même de leur souffrance** qui relie ces personnes et que c'est lié avec la levée du déni.

Pour E2 les demandes des patients traumatisés crâniens qu'il suit en structure (ils y vivent) sont en lien avec le fait de **sortir du lieu**. Pour lui, le chien permet de répondre à cette demande, **on peut sortir pour aller le promener** (L. 256 à 259). Il fait un possible lien avec l'addictologie.

Nouveaux éléments (questions 8):

E1 met en avant la **difficulté** de l'accompagnement de cette population et **l'importance de la médiation et du cadre**. Elle doit être réalisée en **co-thérapie** car il y a de « *très gros risques de clivages* » (l. 117). La reconnaissance de leur souffrance est un point crucial dans la prise en soins de cette population pour E1. Il met aussi en avant l'importance d'un « *travail beaucoup plus global que le problème de la dépendance elle-même* » (l. 121 à 123).

E2 revient sur l'adhésion aux soins, qui est facilitée par le chien (l. 266 à 270). Pour lui la MA doit se faire avec le résident adéquat, choisi antérieurement. Il dit aussi, point très intéressant, que la MA peut, au final, toucher tous les résidents d'une structure car ils voient le chien et à force cela peut leur donner envie. C'est une manière détournée qui peut amener à donner envie. Il fait le parallèle avec l'addictologie en donnant l'exemple d'un collègue psychomotricien qui fait de la MA en milieu carcéral. A force de séance, un détenu s'est mis à nettoyer sa cellule pour que le chien puisse s'y coucher. Pour lui, « *tu peux arriver [...] à travers du prendre soin de l'animal à arriver à du prendre soin* [du patient] » (l. 283 et 284). E2 parle aussi de **l'expression des sentiments**, cela est rendu possible, car, quand ils parlent du chien « *en fait ils parlent d'eux même* » (l. 294), il insiste sur le fait que cela advient « *assez spontanément* » (l. 302). Enfin, la notion de transfert, d'effet-miroir, est abordée. Il la rapproche du constat que le chien est une « *éponge* » et donc si les patients sont anxieux ou stressés le chien sera alors agité (l. 297).

E2 explique qu'en MA il se sert des compétences développées lors des séances pour « *aller au-delà* » (l. 290), il insiste sur le transfert à la vie quotidienne qu'induit cette thérapie.

Autres sous-concept qui ressortent de l'analyse:

E2, en lien avec la MA, fait ressortir les termes « *plaisir* » et « *bien-être* » très souvent.

Discussion

Nous venons d'analyser par thèmes les réponses des deux interviewés et nous allons maintenant discuter des résultats.

- Mise en relation des résultats de l'enquête avec le cadre théorique

En ce qui concerne les leviers motivationnels utilisés par les interviewés, on voit que E1 utilise le groupe et E2 le facteur chien. Ayant réalisés nos stages avec chacun des protagonistes nous avons pu observer qu'il y avait souvent des absents au groupe lié à l'addictologie tandis que nous ne faisons pas cette observation lors des séances de TAA. Ici les troubles liés à la mémoire sont massifs mais les patients sont tout de même présents lors des séances de MA, sans rappel de la part de l'équipe soignante. La TAA par son effet motivant lié au facteur chien permet l'engagement et donc l'observance.

Les deux interviewés font état de l'engagement réciproque de leur pratique. Ils attendent que leurs patients soient présents, engagés et ils le sont aussi. E1 parle d'une «*exigence, pas de réussite, mais justement d'engagement* » (l. 66). Il croit en ses patients et en leurs compétences et c'est ce qui les aide à dépasser leurs problématiques. Nous pouvons rapprocher cette notion de l'effet Pygmalion. Lorsque l'on croit dans les potentialités d'une personne, cela améliore ses résultats, ses compétences. Un thérapeute qui croit en ses patients et en sa thérapie (ici la TAA) augmentera cet effet Pygmalion.

E1 accorde de l'importance aux thérapies cognitivo-comportementales pour les personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit, cette population est réceptive aux approches «*directes autour du corps* » (l. 76). Cela confirme nos recherches sur les TCC. Elles sont en effet souvent utilisées en addictologie et pour nous cette approche doit être utilisée en TAA pour ce public.

E2 s'inspire des modèles conceptuels du PPH (Processus de Production du Handicap) et de la MCRO (Mesure Canadienne du rendement Occupationnel). Nous nous sommes inspirés du Modèle de l'Occupation Humaine dans ce travail de fin d'études car il permet le changement et il prend en compte, entre autres, la motivation. Les modèles divergent mais E2 accorde aussi de l'importance aux «*facteurs de motivation* »(l. 162). Nous pensons donc que le choix de notre modèle conceptuel est en lien avec notre cadre de recherche.

Pour E1 l'accompagnement de la population qui présente un trouble de l'usage «*exige la médiation* » (l. 115) car il y a «*de très gros risques de clivage* ». Ces dires, en lien avec la médiation, confirment nos recherches. En effet, l'ergothérapeute est un professionnel qui

fonde sa pratique sur la médiation par l'activité, il a donc grandement sa place auprès de ce public. La TAA est une médiation. Cela rejoint aussi le besoin «*d'objet concret*» de cette population que nous avons vu avec Monjauze (1999) et confirmé par E1, qui dit en parlant des personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit: «*ils sont plus dans une immédiateté et dans une approche corporelle*» (l. 61). Le chien, est un «objet» concret vivant, spontané, qui demande des réactions immédiates. Cela va dans le sens de la première partie de notre question de recherche, la TAA combinée à l'ergothérapie est donc bénéfique dans l'accompagnement de cette population. Cependant, notre cadre théorique n'a pas fait état de la notion de clivage. Il serait intéressant de faire des recherches sur le sujet et de les mettre en lien avec la pratique de la TAA.

Un fait important est soulevé par E2. Il ne parle pas systématiquement des objectifs du suivi avec ses patients. Le contrat pour le patient «*c'est juste d'être là et de s'occuper de mon chien* » (l. 137 et 138), de prendre du plaisir et du bien-être. Pour lui cela permet un engagement plus important que si l'on parle d'objectifs thérapeutiques avec le patient. Cela rejoint la théorie de la rémission naturelle des époux Klingemann. Deux études, celle de Burman (1997) et de Copeland (1998) concernant la non-fréquentation des groupes d'entraide par les personnes rétablies sans aide formalisée (par exemple les Alcooliques Anonymes) met en lumière que c'est parce que «*les participants ne voulaient pas être étiquetés comme alcooliques* ». Le fait de ne pas parler d'objectif, ni de thérapie peut aider ces personnes à s'engager dans le soin et accéder à l'observance (Klingemann et Klingemann, 2008). L'utilisation d'un animal, qui ne juge pas les personnes, facilite l'accès aux soins pour certains.

Pour E2 la TAA se fait tout d'abord pour des patients avec qui «*il se passe quelque chose* » (l. 268) afin que la thérapie fonctionne. Cela fait écho aux activités signifiantes. Il faut en effet que l'activité ait du sens pour la personne pour qu'elle y prenne du plaisir et soit source de motivation. Mais selon lui, la MA peut toucher tout le monde car le fait de voir l'animal est une manière détournée de leur donner envie. Notre cadre théorique ne s'est pas intéressé particulièrement aux activités signifiantes et significatives car, en tant que futurs ergothérapeutes, nous avons été formé à cela et c'est une notion que nous avons intégré fondamentalement.

E2, en parlant du fait que le chien est une «*éponge* », renvoie à la notion d'effet-miroir et à celle de l'apprentissage immédiat par essai-erreur. De plus, E1 soulève le fait que la population présentant un trouble de l'usage fait preuve d'une «*méconnaissance de leur souffrance* » (l. 106) et d'une difficulté de verbalisation. Nous avons vu que l'effet miroir

produit par l'animal envers les comportements des personnes, contribue à une meilleure adaptation comportementale ainsi qu'à un meilleur ressenti de ses émotions (Burger et al., 2009; Stetina et al., 2011; cité par Klemetsen et Al., 2017). E2 ajoute que la TAA amène à la verbalisation de ses propres sentiments « *à travers l'expression des sentiments de l'animal*» (l. 300). Cela rejoint le fait que l'animal est un « catalyseur » social qui facilite les interactions sociales (Servais, 2007). La TAA aide donc à extérioriser ses sentiments et ses émotions et par extension elle permet de (re)connaître ses souffrances.

- Validité de l'hypothèse

Pour rappel, notre hypothèse est la suivante: *la TAA facilite l'alliance thérapeutique et son effet motivant contribue à faire adhérer aux soins les personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif.*

L'analyse des entretiens et les liens réalisés avec notre cadre théorique confirment notre hypothèse.

Nous savons que la motivation a une place prépondérante dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif. Ce facteur motivation est facilité et augmenté par la présence de l'animal.

L'alliance thérapeutique, qui a aussi une grande importance avec cette population, est elle aussi, facilitée par une relation triadique induite par l'assistance de l'animal.

La motivation et l'alliance thérapeutique contribuent à l'engagement dans le processus de soin et donc à l'observance thérapeutique.

- Limites

Les limites de ce travail de fin d'études concernent les personnes interviewées. En effet, la taille de l'échantillon est réduite et nous n'avons pas trouvé de professionnels qui soient ergothérapeutes en addictologie et qui pratiquent la TAA. Nous avons donc dû croiser les résultats pour les faire correspondre à notre question de recherche. De ce fait, la généralisation de nos découvertes est rendue délicate. Enfin, les méthodes de recherche sur la TAA nécessitent plus de rigueur pour que cette pratique soit reconnue.

- Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées concernent le manque de professionnels ergothérapeutes qui travaillent en addictologie et qui pratiquent la TAA.

Conclusion

Ce travail de fin d'études nous a permis d'élargir et d'approfondir nos connaissances sur ce qui a trait aux problématiques addictives. Ce phénomène complexe n'est pas nouveau mais il demande sans cesse à être exploré afin que l'addictologie puisse offrir un accompagnement qui soit au plus proche de la réalité du terrain.

L'émergence de l'utilisation du chien dans le domaine de la santé nous a paru être un élément intéressant à introduire dans la prise en soins de ces personnes.

C'est pourquoi nous nous sommes demandés **En quoi la TAA, avec le chien comme médiateur, combinée à la pratique ergothérapeutique serait bénéfique pour soutenir l'engagement et l'observance dans les soins des personnes présentant un trouble d'usage lié à un produit psychoactif?**

Nos recherches ont fait apparaître que cette pratique contribue à développer « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ». La thérapie assistée par l'animal, menée par un ergothérapeute, est un support à la santé, au sens défini par l'OMS.

En tant qu'auxiliaire aux thérapies conventionnelles, elle est un facteur de motivation non négligeable à prendre en compte comme soutien à l'engagement et à l'observance dans les soins pour cette population. Le plaisir et l'état de bien-être qu'elle procure diffère des autres suivis que connaît déjà cette population.

Nous pensons qu'il serait intéressant de pouvoir exercer la thérapie assistée par l'animal auprès de ce public durant tout le suivi mais aussi en pratique à domicile, en tant que maintien au changement. Des études pourraient se faire sur la question.

Ce travail de recherche m'a aidé à me projeter en tant que future ergothérapeute et il a confirmé l'importance de cultiver ma curiosité d'apprendre.

Bibliographie

• Articles:

1. Adès, J., & Lejoyeux, M. (2008). *Addictologie*. Issy-Les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
2. Andryushchenko-Basquin, I., & Chelly, S. (2017). Le rôle d'un animal dans le processus thérapeutique : quel « profil » pour quel objectif ? *Psychothérapies*, 37(2), 71–79. 3.
3. Baillargeon, P., Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique: conception, pratique. *Défi jeunesse*, XIX(3), 32-55
4. Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation*. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45.
5. Bonaldi, C., Hill, C. (2019). La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* (5-6):97-108.
6. Bordin, S. The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1979 ; 16(3) : 252-60.
7. Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? *Savoirs, Hors série*(5), 9–50.
8. Contalbrigo, L., De Santis, M., Toson, M., Montanaro, M., Farina, L., Costa, A., Nava, F. (2017). The efficacy of dog assisted therapy in Detained Drug Users: a pilot study in an Italian attenuated custody institute. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, 14, 683.
9. Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., Ricard, N. (2006) Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.*; 15(1) : 36-45.
10. Curnillon, B. (2001). Le changement vers l'autonomie: L'Ergothérapie au service du processus de changement. *ErgOThérapie*, pp. 5-13.
11. De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A., & Guichard, J. P. (2011). Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions. *Psychotropes*, 17(3), 145–161.
12. Dundon, WD., Pettinati, HM., Lynch, KG., Xie, H., Varillo, KM., Makadon, C., et al. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug & Alcohol Dependence*; 95(3) : 230-6.

13. Gading Klemetsen, M. et Lindstrøm, C. (2017). Animal-Assisted Therapy in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Mixed Methods Review. *Human-Animal Interaction Bulletin* 2017, Vol. 5, No. 2, 90-117
14. Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, pp. 1403–1408. Consulté sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2285834>
15. Graziani, P., & Romo, L. (2013). Soigner les addictions par les TCC. In C. De Saint Aubert, & F. Sgard (Éds.), *La motivation au changement* (pp. 47–62).
16. Hamonniere, T., & Varescon, I. (2018). Implication des croyances métacognitives dans les conduites addictives : point sur les connaissances. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 28(2), 80–92.
17. Klingemann, H., & Klingemann, J. (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14(3), 111–126.
18. Klingemann H-K. (1991). "The motivation for change from problem alcohol and heroin use" – In *British Journal of Addiction*, 86 : 727-744
19. Lambrette, G. (2010). Entre addiction et abstinence une recherche d'alternatives ou la co-construction d'un problème accessible à une solution. *Thérapie Familiale*, 31(1), 49–64.
20. Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, Hors série*(5), 59–90.
21. Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., Carminati, G. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies*, 32 (2), 115-123
22. Maurer, M., Delfour, F., & Adrien, J. (2008). Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal : quelle méthodologie pour quels effets ? *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 28(4), 153–159.
23. Meier, PS., Donmall, MC., Barrowclough, C., Mc Elduff, P., Heller, RF. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*; 100(4) : 500-11.
24. Michalon, J. (2010). Les relations anthropozoologiques à l'épreuve du travail scientifique. L'exemple de l'animal dans les pratiques de soin. *Sociétés*, 108(2), 75–87.
25. Morel, A. (2006). L'addictologie: croyance ou révolution?. *Psychotropes*, 12(3), 21-40.
26. Rosenzweig, M. (2002). Au-delà de la Cura et du Toxikon: Vers une ontologie du plaisir? *Le Portique*, 10, 1–10.

27. Senn, S., Needham, I., Antille, S. (2012). Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances : une étude corrélacionnelle descriptive. *Recherche en soins infirmiers*; 108 : 30 - 42
28. Servais, V. (2007). La relation homme-animal. La relation à l'animal peut-elle devenir significative, donc thérapeutique, dans le traitement des maladies psychiques? *Enfances & Psy*, 35(2), 46–57. Tassin, J. P. (2007). Neurobiologie de l'addiction: proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*, 83(2), 91-97
29. Vignola-Mir, A., Desrosiers, J., Morin, C. (2017). Comorbidité santé mentale et trouble lié à l'utilisation de substance: le rôle de l'ergothérapeute. *Revue Francophone de recherche en ergothérapie*, 3(1), 32-55

• Ouvrages:

1. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France: Elsevier Health Sciences France.
2. Battaglia, N., & Gierski, M. F. (2014). *L'addiction chez les adolescents: Psychologie de la conduite addictive : cannabis, alcool, alimentation, jeux vidéo, jeux d'argent*. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
3. Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
4. Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie (3ème éd)*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
5. Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. p. 146. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
6. Mignet, G. (2017). *MOHOST Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
7. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris, France: Inter Editions-Dunod.
8. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2014). *Drogues et conduites addictives*. Inpes éditions.
9. Monjauze, M. (1999). *La part alcoolique du SOI. La prise en charge clinique des patients alcooliques*. Paris, France: Dunod

10. Morel-Bracq, M-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapies. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
11. Offenstein, E. (2016). Accompagner le changement. Dans E. Trouvé, Agir sur l'environnement pour permettre les activités (pp. 241-262). Paris, France: De Boeck supérieur.
12. Panazol, J. (2016). Les thérapies cognitives et comportementales. Paris, France: Presse Universitaire de France
13. Reynaud, M. (2005). Addictions et Psychiatrie. Issy-Les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
14. Richard, J. B., Andler, R., Cogordan, C., Spilka, S., Nguyen-Thanh, V., (2019). et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97.
15. Townsend, E. A., & Polatajko, H. (2013). Habilitier à l'occupation. Ottawa: CAOT publication ACE.

• Autres:

1. Art. L. 3421-1 du Code de la Santé Publique
2. Art. L-3413-1 du Code de la Santé Publique
3. Mission Interministérielle De Lutte Contre Les Conduites Addictives. (2018). Plan national de lutte contre les addictions. Repéré à https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
4. Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences. BO Santé – Protection sociale – Solidarité, n° 2010/7 du 15 août 2010, Annexe II p.177-186. Disponible sur: <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/Référentiel-de-compétences-DEE.pdf> (consulté le 24/09/2018).
5. Selon Franchitto, N. (Communication personnelle [Présentation PowerPoint], 6 novembre 2017), Addictions... Des idées.
6. Code de l'action sociale et des familles. (2005). Article L114. Consulté le 17/02/2019, sur Legifrance https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E5EB1438FC6ECAFA8514C2EED7F620B7.tplgfr33s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190320
7. INSEE. Addictions. Tableaux de l'économie française. Editions 2015; 2015 : 92-4.

8. Tendances n° 129, OFDT, 8 p. - Décembre 2018
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcgyc.pdf>
9. Santé Publique et OFDT. (2017). Usage de substances psychoactives illicites en France: Résultats du baromètre santé 2017.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epcxjayb.pdf>

• Sites internet:

1. DU Relations Homme Animal, Université Paris-Descartes. [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/sciences-du-sport/du-relations-homme-animal/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/sciences-du-sport/du-relations-homme-animal/(language)/fre-FR)
2. Organisation Mondiale de la Santé, Santé Mentale. https://www.who.int/topics/mental_health/fr/
3. Organisation Mondiale de la Santé, Abus de substance. https://www.who.int/substance_abuse/fr/
4. Gouvernement, drogues. <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
5. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2018-1-1-politiqueStrategieNationaleFR.pdf>
6. Organisation Mondiale de la Santé, Constitution. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
7. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>
8. Larousse, drogue. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/drogue/26827>
9. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmcy.pdf>
10. Institut Curie, projet Kdog. <https://kdog.curie.fr>
11. Chien assistance judiciaire. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/retour-sur-la-mission-de-lol-a-cahors-le-premier-chien-d-assistance-judiciaire-20190414>
12. Larousse, engagement. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/engagement/29510>
13. Association Nationale Française des Ergothérapeutes, <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
14. Filière hospitalière des soins en addictologie. https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/11/circulaire_299_annexe_1_2609081.pdf

15. CNRTL. (s.d.). DÉPENDANCE : Etymologie de DÉPENDANCE. Récupéré 2 décembre, 2018, de <http://www.cnrtl.fr/etymologie/d%C3%A9pendance>
16. Lohenstein, W., & Couteron, J. P. (s.d.). Addictions : une petite Histoire de définition(s) -SOS ADDICTIONS. Récupéré 2 décembre, 2018, de <http://sos-addictions.org/les-addictions/addictions-une-petite-histoire-de-definitions>

Annexe n°1

Les 11 Critères diagnostics du DSM V de l'American Psychiatric Association

- Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Annexe n°2

Critères d'Aviel GOODMAN (1990)
Traduction libre.

Ainsi, l'addiction ou la dépendance est établie lorsqu'il y a :

- A Impossibilité de s'empêcher de réaliser un certain comportement.
- B Sensation accrue de tension précédant la réalisation du comportement.
- C Sensation de plaisir ou de soulagement de la tension dès la réalisation du comportement.
- D La sensation de perdre le contrôle pendant le comportement
- E Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants:
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou des activités en lien avec sa préparation
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que prévus
 3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement
 4. Temps important consacré aux activités nécessaires à la réalisation, à la pratique et à la récupération des effets du comportement.
 5. Survenue fréquente des comportements lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures arrêtées ou réduites à cause du comportement
 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 8. Tolérance: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement afin d'atteindre l'effet escompté, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de réaliser le comportement
- F Certains symptômes décrits ci-dessus ont persisté au moins un mois ou ils ont eu lieu à plusieurs reprises sur une plus longue période.

Annexe n°3

Tableau 1 - Indicateurs de consommations d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Consommation d'alcool						
Alcool au cours de l'année	86,2	86,4	89,6	88,9	83,0	84,0
Nombre déclaré de verres bus par semaine	5,5	5,5	8,1	8,0	2,8	2,8
Alcool hebdomadaire	47,1	47,5	61,3	60,5	33,7	35,1
<i>Vin</i>	36,9	37,1	46,7	45,4	27,5	29,1*
<i>Bière</i>	18,6	20,3***	30,9	32,6*	6,8	8,6***
<i>Alcools forts</i>	15,7	15,2	24,7	23,9	7,2	6,8
<i>Autres alcools</i>	9,0	7,7***	10,2	9,0*	7,8	6,4***
Alcool quotidien	11,0	9,7***	16,7	14,6**	5,5	4,9
Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)						
API dans l'année	36,0	38,3***	51,5	53,2	21,3	24,2***
API mensuelle	17,8	17,4	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	4,8	5,0	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresse						
Ivresse dans l'année	19,1	19,1	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	8,1	9,3***	13,0	13,5	3,6	5,2***
Ivresses régulières	3,1	3,8***	5,3	6,2*	0,9	1,6***

***, **, *: évolutions significatives aux seuils de 0,1%, 1% et 5% entre 2010 et 2014

Source: Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes

Tableau 1. Niveaux d'usage de substances psychoactives illicites suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans en 2017 (en %)

	Effectifs	2014	2017							
		Ensemble	Ensemble	Hommes	Femmes	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
	13 039	20 665	9 729	10 936	2 614	3 380	4 397	5 010	5 264	
Cannabis	Expérimentation	42,0	44,8 ↗	52,7 >	37,2	53,5	62,1	52,0	39,4	22,3
	Usage dans l'année	10,6	11,0	15,1 >	7,1	26,9	17,7	9,4	5,7	1,6
	Usage au cours du mois	6,3	6,4	9,4 >	3,6	16,4	10,2	5,9	2,9	0,6
	Usage régulier (au moins 10 usages au cours du mois)	3,1	3,6	5,4 >	1,8	8,4	6,3	3,3	1,7	0,2
	Usage quotidien	1,7	2,2 ↗	3,4 >	1,1	4,8	3,9	2,0	1,2	0,2
Cocaïne	Expérimentation	5,6	5,6	8,0 >	3,2	5,2	10,1	7,0	4,1	2,0
	Usage dans l'année	1,1	1,6 ↗	2,3 >	0,9	2,8	3,4	1,6	0,6	0,1
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	4,8	5,3 ↗	8,0 >	2,7	5,9	9,0	6,4	4,3	1,7
	Usage dans l'année	0,3	0,3	0,5 >	0,2	1,2	0,5	0,2	0,1	0,0
MDMA/ecstasy	Expérimentation	4,3	5,0 ↗	7,3 >	2,7	6,9	9,5	6,5	2,8	0,4
	Usage dans l'année	0,9	1,0	1,5 >	0,6	2,7	2,1	0,8	0,2	0,0
LSD	Expérimentation	2,6	2,7	4,0 >	1,4	3,0	4,2	3,0	2,0	1,6
	Usage dans l'année	0,3	0,4	0,5 >	0,2	1,2	0,5	0,3	0,1	0,0
Amphétamines	Expérimentation	2,3	2,2	3,2 >	1,2	1,9	4,0	2,4	1,5	1,2
	Usage dans l'année	0,3	0,3	0,5 >	0,1	0,7	0,5	0,4	0,1	0,0
Héroïne	Expérimentation	1,5	1,3	2,1 >	0,5	0,2	1,9	1,7	1,6	0,8
	Usage dans l'année	0,2	0,2	0,3 >	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,0
Crack	Expérimentation	0,6	0,7	1,1 >	0,3	0,3	1,4	1,0	0,5	0,2
	Usage dans l'année	0,1	0,2 ↗	0,3 >	0,1	0,2	0,4	0,4	0,1	0,0

↗ : augmentation significative au seuil de 5 % entre 2014 et 2017

> : niveau d'usage masculin significativement plus élevé que le niveau d'usage féminin au seuil de 5 %

Sources : Baromètres santé 2014 et 2017, Santé publique France, exploitation OFDT

Note : le Baromètre santé s'est également intéressé à l'expérimentation de substances psychoactives détournées de leurs usages premiers : poppers (8,7 %), colles ou solvants (2,3 %) Subutex® (0,8 %), méthadone (0,4 %), GHB ou GBL (0,2 %), purpledrank (< 0,1 %), DXM (< 0,1 %)

Annexe n°4

FILIERE HOSPITALIERE DE SOINS Référentiel d'organisation des soins

1. Préambule

La filière hospitalière de soins addictologiques constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins sur un territoire donné et a pour objet de couvrir les parcours de soins hospitaliers des personnes présentant des conduites addictives. Elle prend en compte le caractère évolutif de leurs besoins de santé et le niveau de recours aux compétences et aux plateaux techniques. La filière s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes présentant une conduite addictive. Les dispositifs concernés sont multiples et impliquent les compétences sanitaires, médico-sociales et la ville. Cette diversité de l'offre de prise en charge constitue une richesse qui doit être conservée et renforcée, dans la mesure où elle se développe de manière harmonieuse, complémentaire et coordonnée.

La filière de soins addictologiques hospitaliers revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des patients, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes structures.

2. Zone de couverture

Les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de définir le territoire d'implantation des filières hospitalières de soins addictologiques en fonction des caractéristiques de chaque région, du découpage territorial retenu dans les SROS, de l'offre addictologique existante et de l'organisation territoriale du secteur médico-social arrêtée dans les schémas régionaux d'addictologie médico-sociale.

La région doit être couverte en totalité par plusieurs filières hospitalières de soins addictologiques.

Une filière s'organise habituellement autour d'un ou plusieurs établissements de santé. La mission de chacun d'entre eux, au sein de la filière, dépend du type de structures de soins dont il dispose.

3 Missions

Les filières de soins hospitaliers en addictologie doivent remplir les missions suivantes :

· **L'hospitalisation** des personnes présentant une ou plusieurs conduites addictives et dont l'importance et la gravité des problèmes justifient ce type de prise en charge.

Les hospitalisations sont dans certaines situations non programmées : les services d'urgence associés aux équipes de liaison et de soins et les courts séjours addictologiques joueront un rôle de tout premier plan. Dans d'autres cas, les hospitalisations sont programmées et vont mobiliser les services de court séjour addictologique ou les lits de soins de suite et de réadaptation.

Dans les deux cas, l'hospitalisation a pour objectifs :

- une évaluation globale du patient,
- la réalisation d'un sevrage
 - la participation si nécessaire, à un programme de soins complexes qui peut être effectué en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour.
- une prise en charge courte dans le cadre de situations de crise.

- . Des **consultations** d'évaluation, de repérage précoce, d'orientation et de prise en charge

- . La **liaison** : la filière hospitalière addictologique doit être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis addictologique d'une équipe de liaison

- 2 -

quel que soit le service d'hospitalisation demandeur, dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière et qu'il ne comporte pas en propre de compétence addictologique. Les rôles des équipes de liaison sont l'aide à la prise en charge de patients et la formation des équipes soignantes, en particulier celles des services d'accueil des urgences. Les équipes de liaison ont également pour rôle de faire le lien avec les partenaires extérieurs.

- . Enfin, elles doivent participer à la **formation** et à la **recherche**.

Le développement des filières d'addictologie hospitalière implique le développement d'une culture addictologique au sein de l'institution même, afin que l'addictologie soit identifiée et individualisée tant au niveau de l'organisation hospitalière qu'au niveau des pratiques. Le développement des structures d'addictologie hospitalières doit s'intégrer harmonieusement dans le cadre de la réforme hospitalière notamment la mise en place des pôles d'activité.

4. Organisation

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et la circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 ont défini l'organisation, les filières de soins addictologiques hospitalières en 3 niveaux :

- . **Les structures de niveau 1**, de proximité, dont les missions comportent :
 - . la réalisation de sevrages résidentiels simples
 - . l'activité de liaison
 - . des consultations

Les moyens doivent être regroupés au sein d'une unité fonctionnelle pour les établissements publics de santé et d'une unité individualisée pour les autres établissements de santé(Fehap), afin de permettre leur mutualisation.

- . **Les structures de niveau 2** qui sont les structures de recours d'un territoire.

- Les structures de court séjour : Outre les Missions du niveau 1, elles offrent la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour). Ces moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle ou d'un service, ou d'une structure interne ou d'un pôle. Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie qui ont développé une structure addictologique spécifique.

- Les soins de suite et de réadaptation sont également des structures de niveau 2. Ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.

- . **Les structures de niveau 3** qui sont les structures de recours régional.

Elles assurent en plus des missions des structures de niveau 2, des missions d'enseignement et de formation, de recherche, de coordination régionale. Une structure de ce type doit être envisagée, comme objectif à terme, dans chaque CHU ou dans un établissement de santé lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie.

Une prise en charge en hospitalisation, qu'elle soit réalisée dans une structure de niveau 1, 2 ou 3, est particulièrement indiquée dans les cas suivants :

- intoxications aiguës sévères, overdoses
- sevrages justifiant une hospitalisation (delirium tremens, dépendances majeures aux substances psychoactives, polydépendances...)
- soins complexes
- pathologies somatiques associées (cardiaques par exemple) qui rendent périlleuse une cure de sevrage en ambulatoire et/ou exigent un bilan et des soins.
- échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires
- comorbidité psychiatrique grave (menace suicidaire, psychose aiguë, troubles majeurs du comportement...), troubles cognitifs induits. La prise en charge par la filière, des problèmes psychiatriques associés aux conduites addictives, se fait en articulation avec les structures psychiatriques (équipes de liaison, secteurs...) afin de répondre au mieux aux problèmes posés par les patients.

- 3 -

Pour certains établissements de santé, l'organisation des structures en niveaux 1,2 et 3 décrite ci-dessus se fait par étapes et représente donc un objectif à terme. Pour être reconnues comme telles, ces structures doivent être inscrites dans le projet d'établissement et doivent faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

5. Articulation avec les partenaires.

Les partenaires de la filière hospitalière sont multiples. Ils doivent être complémentaires et s'articuler de façon à orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leurs besoins, quelle qu'en soit la porte d'entrée. C'est bien la fluidité du parcours de soins au sein de l'ensemble du dispositif qu'il faut assurer. Le lieu optimal de traitement pour l'utilisateur sera le cadre le moins contraignant et qui assure en même temps les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité compte tenu de son état.

. Le dispositif médico-social

Un des enjeux est de préciser clairement les missions entre les structures de façon à en assurer la complémentarité et non la juxtaposition. La circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge en addictologie précisait la spécificité du secteur médico-social (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie -CSAPA- et Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues -CAARUD). Celui-ci assure une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial, et l'aide à l'insertion. La circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA précise la spécificité de ces structures mais il conviendra de profiter des trois ans prévus pour la mise en place de ces centres pour clarifier les missions du médico-social et du sanitaire.

Pour permettre un rapprochement des deux secteurs, les collaborations seront précisées au mieux dans des conventions entre les établissements de santé porteurs des filières addictologiques et leurs correspondants médico-sociaux de manière à préciser les modalités de travail et les partenariats envisageables.

. **Les médecins de ville**

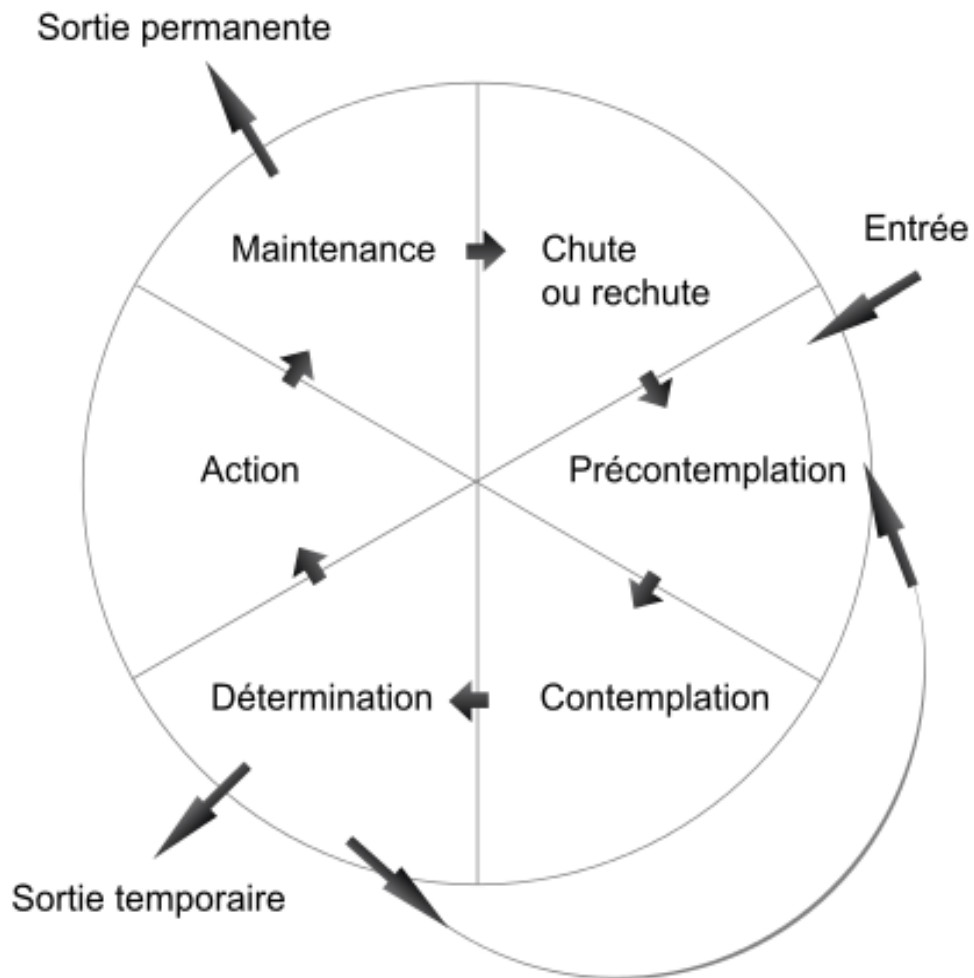
- Ils ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.
- Les liens entre l'équipe hospitalière d'addictologie et les médecins de ville en particulier le médecin traitant doivent être renforcés. Compte tenu de la diversité des structures d'accueil et de prise en charge, le rôle de coordonnateur du médecin traitant est essentiel.

. **Les réseaux de santé.**

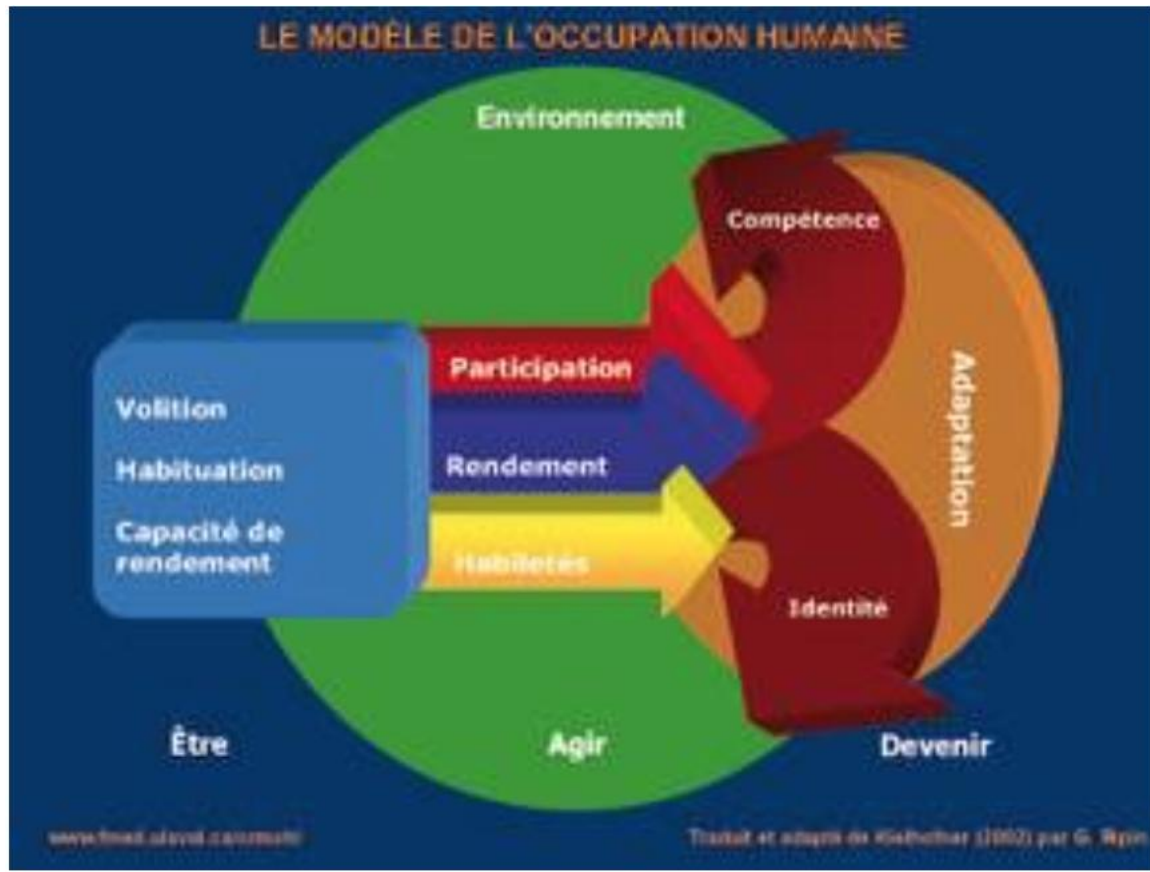
Les réseaux de santé sont des partenaires légitimes de la filière addictologique sur le territoire.

Les relations entre la filière et les réseaux sont explicités dans une circulaire en cours de préparation sur l'addictologie au sein des réseaux de santé.

Annexe n°5

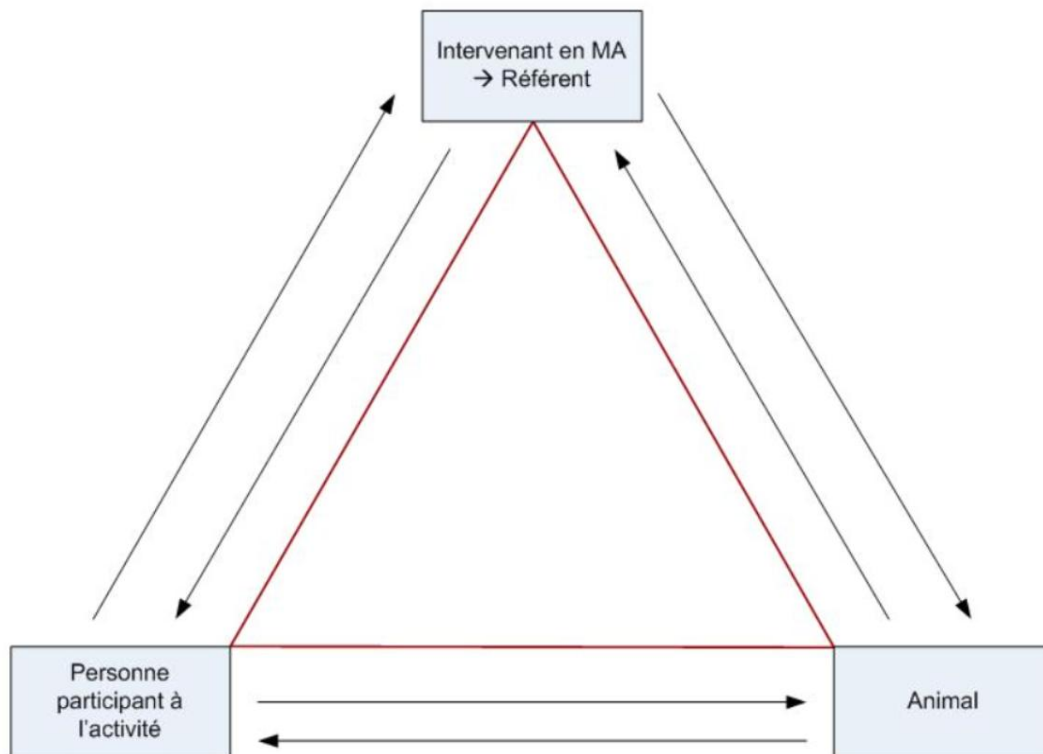


Annexe n°6



Annexe n°7

La relation triadique (V. Servais)



Annexe n°8

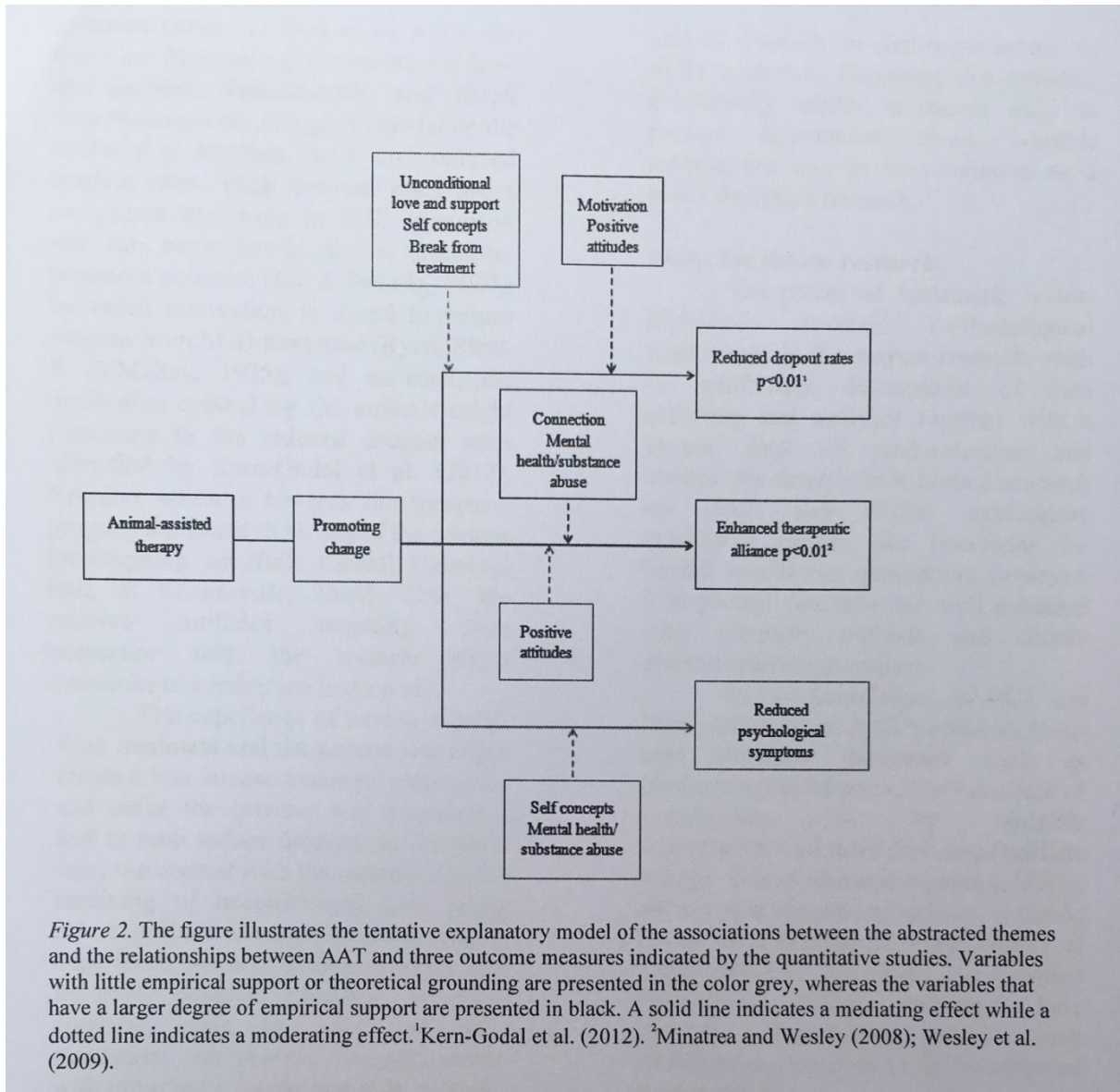


Figure 2. The figure illustrates the tentative explanatory model of the associations between the abstracted themes and the relationships between AAT and three outcome measures indicated by the quantitative studies. Variables with little empirical support or theoretical grounding are presented in the color grey, whereas the variables that have a larger degree of empirical support are presented in black. A solid line indicates a mediating effect while a dotted line indicates a moderating effect.¹Kern-Godal et al. (2012). ²Minatrea and Wesley (2008); Wesley et al. (2009).

Annexe n°9

Entretien exploratoire

Matrices

Entretien exploratoire:

Question 1:

- Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et me raconter votre parcours professionnel?
- Relance 1: Pouvez-vous m'en dire plus sur votre travail actuel? (population, structure)

Question 2:

- D'après-vous, qu'est-il primordial de développer pour démarrer un accompagnement avec une population en santé mentale?

Question 3:

- En tant qu'ergothérapeute, comment faites vous pour que ces personnes s'engagent dans leur processus de soin?
- Commentaire: question non obligatoire si le professionnel a déjà répondu grâce à la question d'avant.

Question 4:

- Quel(s) type(s) de thérapie(s)/(pratiques?) utilisez-vous avec cette population?
 - Y a t il des thérapies que vous n'utilisez pas mais qu'il vous semblerait intéressantes à mettre en place avec ce type de population?

Question 5:

- Utilisez-vous un modèle conceptuel dans votre pratique quotidienne?
 - Si oui, lequel?

Question 6:

- Quelles sont les compétences les plus affaiblies chez les personnes que vous suivez? (en addictologie si possible)

Question 7:

- Quelles sont les demandes/attentes les plus récurrentes de la part de vos patients?

Question 8:

- Cet entretien touche à sa fin, aimeriez-vous ajouter autre chose?

Matrices:

1. Théorie n°1: La motivation

Critères	Indicateurs	questions
Sentiment efficacité personnelle (Bandura cité par Lecomte, 2004 ; Modèle de l'occupation humaine, Kielhofner, 2008)	<ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute accorde de l'importance au développement de cette notion- L'ergothérapeute ne fait pas référence à cette notion	3 - 6
Compétences d'autoreflexion sur son propre fonctionnement et son efficacité personnelle (Bandura, 1997, cité par Carré, 2004)	<ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute accorde de l'importance au développement de cette notion- L'ergothérapeute ne fait pas référence à cette notion	2 - 3
EM (Miller, 1983, Miller et Rollnick, trad. Par Lecallier et Michaud, 2013)	<ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute utilise l'entretien motivationnel- L'ergothérapeute ne l'utilise pas	2
Engagement/adhésion aux traitements	<ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute fait le lien entre motivation et engagement/adhésion au traitement- L'ergothérapeute ne fait pas le lien	2-3
Autodétermination (Deci et Ryan, 1985 cité par De Sousa et al.)	<ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute laisse du choix à ses patients pour leur suivis (notion de co-construction)- L'ergothérapeute détermine seul le suivi de ses patients	3

2. Concept n°2= Alliance thérapeutique

Critères	Indicateurs	Questions
Relation (Peplau, 1988 cité par Senn, Needham et Antille, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - central/ place importante dans le discours de l'ergothérapeute - n'apparaît pas dans le discours de l'ergothérapeute 	2 - 3
Dimensions de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979 cité par Baillargeon et Puskas, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - l'ergothérapeute accorde de l'importance au lien, objectifs et tâches du patient - le professionnel ne fait pas écho aux dimensions de l'alliance thérapeutique 	2-3
Alliance précoce (Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo, Makadon, 2008 cité par Senn, Needham et Antille, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - l'ergothérapeute trouve un intérêt dans l'alliance précoce - l'ergothérapeute ne stipule pas cette notion 	2-3

Annexe n°10

Entretien réalisé le 12/03/2019 dans la salle d'ergothérapie de la Clinique

Fin de la retranscription le 12/03/2019

1 Audrey : « Alors du coup moi donc ma problématique en fait ce serait de savoir si la thérapie
2 assistée par l'animal avec le chien comme médiateur serait bénéfique dans l'engagement et
3 l'observance des soins chez les patients addicts. Donc, en fait du coup trouver des ergo qui font
4 de la thérapie assistée par l'animal avec des personnes addicts... Voilà tout un programme.
5 Donc j'ai trouvé E2* qui est une ergo en libéral mais elle travaille seulement qu'un peu en
6 santé mentale et pas du tout en addicto. J'ai fait des demandes, j'ai pas trouvé... donc du coup
7 je me suis dit que d'avoir ta pratique à toi qui fait quand même de l'ergothérapie sur les notions
8 un peu d'engagement je pourrais recouper les entretiens pour arriver un peu à trouver des
9 infos. »

10 E1 : « Alors ce qui me paraît intéressant c'est que la question du patient addict, c'est la question
11 souvent de la dépendance affective et l'introduction pour moi d'un médium animal c'est peut
12 être reporter cette dépendance affective de manière positive et justement peut être l'engager
13 dans le soin à l'animal et en parallèle au soin pour lui même voilà ça pourrait être un peu
14 l'hypothèse de travail. »

15 Audrey : « Oui il y a de ça. Bon du coup pour cet entretien pour commencer est ce que tu peux
16 me présenter, me raconter un peu rapidement ton parcours. »

17 E1 : « Alors moi j'ai **toujours travaillé en santé mentale** toujours dans des cliniques
18 psychiatriques privées de taille humaine. Ça c'était vraiment un choix professionnel particulier.
19 C'est-à-dire que première clinique 50 lits, deuxième clinique 50 lits. Là je suis montée jusqu'à
20 130 lits mais voilà je me dis que c'est à peu près la taille maximale que je voulais avoir surtout
21 que j'ai fait une expérience en gériatrie à l'hôpital général et vraiment ça ne correspond pas du
22 tout à ma pratique. »

23 Audrey : « Ok et ... »

24 E1 : « Voilà en terme de formation, **j'ai passé 2 diplômes universitaires supplémentaires**, un
25 autour de l'**alcoologie**. Ça ça fait suite à mon premier emploi ou j'étais entourée de médecins

26 alcooliques et qui avaient une pratique spécifique qui menaient des groupes spécifiques donc
27 moi ça m'a poussée à aller me renseigner sur cette problématique. Et puis un autre **DU de**
28 **réhabilitation psychosociale.** »

29 Audrey: « Ok et du coup là juste un petit mot sur la structure actuelle? »

30 E1: « Donc c'est une des dernières cliniques psychiatriques privées de la région *. C'était une
31 structure familiale à la base. L'intérêt pour moi en tant que professionnelle, c'est que j'ai pu
32 trouver une équipe thérapeutique spécialisée autour des médiations, en tout cas pas que des
33 ergothérapeutes et notamment le fait que l'équipe a une double casquette. C'est-à-dire que j'ai
34 une collègue à la fois infirmière et musicothérapeute, éducatrice environnementale mais
35 éducatrice spé à la base, aide médico-psychologique et zoothérapeute enfin voilà... et même
36 l'intervenante en théâtre est de formation psychologue à la base donc... Ce qui fait que ça offre
37 une ouverture sur un travail de médiations avec des professionnels différents. »

38 Audrey: « Alors du coup maintenant qu'on a fait le petit topo sur ta vie professionnelle, qu'est-
39 ce qui est primordial pour toi à développer pour démarrer un accompagnement avec une
40 population en santé mentale de manière générale mais en addictologie plus particulièrement? »

41 E1: « Ben je crois que c'est la question de base, c'est **l'engagement**, c'est ce que tu m'as dit
42 parce que c'est **la difficulté à ne serait-ce qu'à solliciter un soin** donc ça va commencer par là
43 pour moi c'est-à-dire pour la population addict avec la question déni. »

44 Audrey: « Oui... »

45 E1: « La levée du déni, voilà, ça va être le travail principal pour pouvoir engager justement un
46 soin et une vraie demande. »

47 Audrey: « Ok et en tant qu'ergo du coup comment tu fais pour qu'ils s'engagent en fait
48 concrètement? »

49 E1: « Alors nous on a choisi de monter un dispositif interne à la clinique autour du soin en
50 addictologie, alcoologie et le **levier principal c'est le groupe**. Voilà, le facteur motivationnel
51 premier c'est le groupe, c'est l'effet miroir pour pouvoir justement avoir ce feed qu'ils puissent
52 avoir ce feed back sur la compréhension de la pathologie, qu'ils puissent se reconnaître et les
53 aider à **lever cette part de déni** voilà. Donc c'est à la fois l'engagement à travers le groupe et à
54 travers les activités qui sont proposées au groupe, c'est-à-dire ben des activités à la fois

55 physiques et plus intellectuelles parce qu'il y a autant un groupe de parole qu'un travail sur le
56 corps avec la médiation autour des arts martiaux. »

57 Audrey: « Ok et du coup pour la population addicto, quel type, est-ce qu'il y a un type de
58 thérapie que tu utilises plus que d'autres? »

59 E1: « En fait il faut les placer à plusieurs niveaux c'est-à-dire qu'on sent bien qu'avec ce type
60 de population l'engagement vers des choses très intellectualisées est compliqué ils sont plus
61 **dans une immédiateté et dans une approche corporelle**. C'est là où je pourrai faire peut être
62 le parallèle avec la médiation animale par exemple. Parce que ça c'est un vecteur qu'ils ont
63 facilement, ils y sont en tout cas sensibles. Voilà. Donc c'est plutôt prévoir une espèce de
64 graduation dans l'activité, c'est-à-dire permettre une accroche facile et après les accompagner
65 dans le sens où moi je leur demande un engagement mais je leur montre que je suis engagée
66 aussi vis à vis d'eux et que j'ai une certaine exigence. Exigence pas de réussite mais justement
67 **d'engagement** voilà. Et leur montrer que moi je crois en leur potentiel de compréhension, de
68 connaissance et que c'est ça qui va les aider à dépasser leurs problématiques. »

69 Audrey: « Alors est-ce qu'il y a un modèle conceptuel que tu utilises toi dans ta pratique? »

70 E1: « Oui là franchement je suis **réhabilitation psychosociale en psychiatrie** à fond! Du fait
71 de, du type intégratif du modèle voilà c'est-à-dire que c'est une population qui pour avoir une
72 compréhension fine de leur pathologie a besoin d'une approche plutôt psychanalytique pour
73 autant ils sont pas forcément accessibles facilement et pour moi c'est important qu'on puisse
74 passer par d'autres types de conception pour les aider à avancer déjà au quotidien et à les
75 amener vers cette, ce côté psychanalytique. Mais les thérapies cognito-comportementales sont
76 essentielles. Je pense que l'approche, comme je te disais, **directe autour du corps** est pareille
77 hyper importante donc voilà pour moi tout ça est complémentaire en fait. »

78 Audrey: « Ok et la réhabilitation psychosociale c'est pas un modèle spécifique ergo, c'est un
79 modèle psychiatrie en général? »

80 E1: « Alors c'est un nouveau modèle de psychiatrie en général, mais enfin moi, mes recherches
81 par rapport à mon mémoire ont prouvé que par essence **l'ergothérapie est ce modèle**
82 **intégratif de base** hein donc ça me paraît, voilà, c'est pas une nouveauté sur la planète. En fait
83 ça aurait dû être nous qui sommes à l'initiative de ce modèle. Mais l'idée c'est que c'est une

84 vraie révolution quand même dans la tête des professionnels de santé qui s'occupent de cette
85 population ou on a beaucoup plus d'espoir et d'envie pour l'avenir pour ces patients. »

86 Audrey: « Oui, et alors un peu question du coup du côté des patients. Quelles sont les
87 compétences les plus déficitaires chez les personnes dépendantes à n'importe quel type de
88 produit de manière générale? »

89 E1: « Alors ça va être tout ce qui est de l'ordre de la **connaissance de soi** et de la
90 **verbalisation**. Donc en premier je citerais l'alexithimie, l'apsychognosie qui va avec et qui
91 peut s'exprimer même à travers l'asomatognosie vraiment. C'est-à-dire que cette
92 méconnaissance du fonctionnement psychique est intimement liée au fait qu'ils n'intègrent pas
93 du tout leur schéma corporel dans une entité globale et le fait est qu'ils perçoivent toujours leur
94 souffrance de manière parcellaire et jamais en lien avec leur vécu. »

95 Audrey: « D'accord. Et toujours par rapport aux patients quels seraient les types de demandes
96 ou leurs attentes les plus récurrentes dans une prise en soin? »

97 E1: « Eh bé la première c'est qu'il y a **pas demande** (rires) »

98 Audrey: « Ah oui...! (rires) »

99 E1: « Pour revenir c'est qu'il y a pas de demande, enfin, elle est d'abord **très factuelle et liée à**
100 **des problématiques liées au réel**. Exemple j'ai perdu mon permis, je veux récupérer mon
101 permis. Ca va être vraiment dans la vie de tous les jours voilà j'ai des paresthésies des membres
102 supérieurs, j'ai des douleurs je peux pas me déplacer, voilà je veux retrouver ma mobilité. On
103 est vraiment sûr et là, **la difficulté c'est de mettre en perspective ce problème physique ou**
104 **médico légal avec les enjeux autour de la consommation** voilà parce que pour moi c'est
105 toujours le nœud du problème. C'est **cette fameuse levée du déni** pour avoir une demande qui
106 soit au-delà d'un problème factuel à un temps donné. Parce que c'est la **méconnaissance**
107 **même de leur souffrance**. Je crois que c'est quand même ça ce qui les relie. C'est-à-dire qu'ils
108 ne sont pas du tout au fait de leur propre souffrance morale et enfin on peut le voir dans
109 l'exercice de l'autoévaluation hebdomadaire ou quand on leur demande combien ils cotent leur
110 souffrance psychique et qu'on voit un écart très important entre leur discours et la réalité de
111 leur autoévaluation. »

112 Audrey: « Oui tout à fait. Pour les questions et bien ça touche à sa fin l'entretien. Est-ce qu'il y
113 aurait d'autres choses que tu aimerais rajouter? Des choses un peu importantes que j'aurais
114 peut-être oublié de demander ou qui te viennent à l'esprit? »

115 E1: « La **difficulté de l'accompagnement de cette population exige la médiation** pour moi
116 c'est-à-dire que ça peut se faire **via l'activité proposée** mais aussi **via le dispositif** c'est-à-dire
117 qu'il me paraît essentiel que ce soit de la cothérapie parce qu'il y a de **très gros risques de**
118 **clivage**. Voilà, y'a plein d'écueils en alcoologie addicto et ça paraît important que le **cadre**
119 **puisse s'exprimer de manière suffisamment solide** pour que toutes les intrusions qu'il puisse
120 y avoir puissent être contenues. Voilà et donc le principal attrait de ce type de travail c'est **les**
121 **amener vers la reconnaissance de leur souffrance et de faire un travail beaucoup plus**
122 **global que le problème de la dépendance en elle-même**. Le produit est souvent pas le sujet
123 principal donc c'est plutôt de les aider à découvrir ce qui va au-delà. »

124 Audrey: « Ok, bé super merci beaucoup ! » (rires)

Durée de l'entretien: 12 minutes

Annexe n°11

Entretien réalisé le 18/04/2019 à 17h30 au cabinet de E2

Fin de la retranscription le 19/04/2019 et le 20/04/2019

1 Audrey: « Du coup pour mon entretien il y a 8 questions et ma problématique c'est la médiation
2 animale avec le chien comme médiateur, combinée à l'ergothérapie, apporte-t-elle des bénéfices
3 dans l'engagement et l'observance des soins des personnes présentant un trouble de l'usage lié à
4 l'utilisation d'un produit, tout un programme ... (rires). Donc en fait j'ai déjà interviewé E1 qui
5 est ergothérapeute à la clinique *, elle ne fait pas de la médiation animale mais elle travaille en
6 addictologie et elle a un DU d'addictologie. J'ai fait des recherches pour essayer de trouver une
7 ergo qui fasse de la médiation animale avec le chien en addicto mais je n'ai pas trouvé. Donc je
8 me suis dit que le plus simple se serait de ... bé avec toi qui a quand même une pratique en
9 médiation animale pour avoir aussi ton point de vue et d'en dégager des analyses et d'avoir un
10 terrain à analyser. Voilà. Donc si t'es prête on peut faire l'entretien, du coup je t'enregistre comme
11 ça je pourrais retranscrire plus facilement. Donc du coup en première question est-ce que tu peux
12 me présenter ton parcours pro rapidement. »

13 E2: « Parcours pro ça va pas correspondre à ton ... (rires). Ouais le parcours pro, j'ai fait mes
14 études en Belgique, j'ai travaillé en région parisienne dans un institut comme un institut
15 d'éducation motrice mais c'était une école adaptée avec des enseignants spécialisés et du coup ils
16 avaient un service de soin d'aide à l'intégration scolaire donc j'ai bossé rapidement en pédiatrie
17 avec des enfants avec des troubles moteurs tous confondus, IMC, paraplégique, myopathie et
18 j'intervenais dans les écoles pour faire les séances d'ergothérapie. En fait il y avait le lien avec le
19 milieu scolaire qui était fait de manière importante du coup avec le service de soin. Dans le service
20 de soin il y avait une ortho et une enseignante spécialisée aussi avec qui je bossais. Après
21 rapidement je me suis mis en libéral en collaboration avec ma collègue qui est sur Paris, où après
22 on a pris un cabinet où on a été toutes les deux temps plein au niveau du cabinet. Fin voilà j'ai
23 bossé sur une file active sur trois ans comme ça en CDI et en ayant le cabinet à côté puis après je
24 me suis mise à temps plein au niveau du cabinet. Donc voilà, ça c'était en 2005 j'étais en libéral et
25 en 2007 j'ai passé le **DU réparation juridique du dommage corporel** sur Paris Descartes où là
26 j'ai pas commencé à faire de l'expertise parce que je trouvais que j'avais pas assez d'expérience
27 en neuro adulte alors à côté j'ai eu des expériences en maison de retraite ou des choses comme ça

28 ou des vacances dans différentes structures adultes. En 2010 j'ai pris la décision de redescendre
29 sur Toulouse parce que je suis de la région et en 2010 du coup j'ai travaillé en faisant plusieurs
30 remplacements en service neuro adulte que ce soit V. ou C. ou la clinique * où j'ai pu faire des
31 remplacements sur tout 2010 et 2011 tout en continuant mon activité libérale et en développant
32 l'activité libérale ici et en ayant aussi des activités de vacances. J'ai bossé au SSR de * fin voilà
33 sur en ayant quelques activités en vacances en service de soin en réadaptation ou le foyer
34 d'accueil médicalisé à * où je suis depuis un moment maintenant. Là je peux plus te dire ça fait
35 plus de 4 ans que je bosse avec eux avec **les adultes TC** du foyer * et voilà. »

36 Audrey: « Bon d'accord »

37 E2: « On a fait à peu près le tour ». (rires)

38 Audrey: « Du coup en ce qui concerne ce que tu fais en médiation animale, tu peux m'en dire un
39 peu plus sur la population et les structures que tu vois. »

40 E2: « Du coup en médiation animale là on va dire que ça va faire 2 ans maintenant que je suis
41 avec Jackpot avant j'ai eu pendant 7 mois une autre chienne donc du coup **ça va faire 3 ans**
42 **maintenant que je suis spécialisée en médiation animale** pour voilà mon besoin de spécialité
43 c'était à un moment donné justement de **pouvoir motiver dans la prise en soin en ergothérapie**
44 **certains patients où le suivi pouvait être compliqué** soit parce que la personne avait des troubles
45 cognitifs importants, soit parce qu'on est sur des adultes où ça fait des années qu'ils ont une prise
46 en charge et qu'au bout d'un moment je pense qu'on perd un peu le sens des suivis quand ça fait
47 des années que les personnes ont des suivis comme ça, ça devient compliqué ou alors parce que ça
48 fait parti des troubles comme avec voilà dans le foyer * et c'est notamment par rapport au foyer *
49 bé **les troubles avec du déni** avec de la voilà avec de l'apathie bé **ça devient compliqué de**
50 **pouvoir motiver quelqu'un** à pouvoir prendre, avoir des objectifs de prise d'initiative de, de, de,
51 de venir à l'heure à nos suivis. Voilà il faut quelque chose qui motive le patient pour arriver à tenir
52 ce genre d'objectifs aussi. Donc du coup ouais je me suis spécialisée là dedans et les structures
53 dans lesquelles j'interviens là avec mon chien heu j'ai des structures où on est sur des MAS avec
54 handicapés adultes moteurs, plus moteurs, avec un versant aussi avec une atteinte cognitive aussi
55 pour certains, j'interviens dans une MAS où on est autant pour adultes autistes enfin jeunes
56 adultes autistes avec troubles autistiques et une partie avec déficiences intellectuelles et troubles
57 moteurs donc heu là on a des groupes différents j'ai pu intervenir en maison de retraite, c'est en
58 cours d'arrêt... voilà et au niveau du FAM où j'interviens 2 heures en médiation animale

59 essentiellement avec des traumatisés crâniens où y'a un aspect moteur et un aspect maintien des
60 capacités cognitives qui est à mettre en place quoi. »

61 Audrey: « Ok parfait. Du coup après, d'après toi c'est quoi qui est primordial de développer pour
62 démarrer un accompagnement avec une population en santé mentale? »

63 E2: « De développer? »

64 Audrey: « Oui »

65 E2: « Qu'est-ce qui est primordial de développer. Tu veux dire qu'est-ce que voilà si j'avais à
66 mettre en place des séances comme ça qu'est ce que je développerai en priorité? »

67 Audrey: « Oui, avec le patient pour un premier entretien, une première entrevue. »

68 E2: « D'accord parce que bé nous on intervient dans l'association, c'est assez cadré dans la façon
69 dont on intervient c'est que généralement quand t'arrives dans une structure ils vont sélectionner
70 des résidents auxquels ils ont déjà pensé en fonction de leur fin résidents ou personnes qui sont en
71 accueil de jour enfin peu importe, ceux qui sont suivis dans la structure, en fonction des profils des
72 résidents et en fonction des problématiques qu'ils ont et des objectifs qu'ils veulent mettre en
73 place ils nous sélectionnent des résidents et après on fait un contact, ce qu'on appelle nous un
74 **contact chien avec les résidents**. C'est à dire qu'on va aller voir dans leur milieu de vie et **c'est**
75 **une visite de voilà de « moi » avec son chien point**. Il n'y a pas d'objectifs derrière et on voit
76 comment réagit la personne par rapport à cette visite là et du coup pour savoir comment il réagit il
77 faut aussi être entouré de personnes qui connaissent les résidents et qui sont personnes référentes
78 pour avoir au moins la sensibilité du résident par rapport au lien avec l'animal après au delà le
79 premier truck je pense et je pense là en addicto c'est autant dans les autres structures et peut être
80 encore plus dans des choses comme ça **de créer une relation de confiance** et que la personne
81 puisse vraiment se sentir sur une **relation de confiance avec l'animal** et de vraiment **mettre en**
82 **avant le côté plaisir et le côté bien être du moment passé avec l'animal** je pense que déjà ça
83 c'est **hyper important** et ensuite voir quel objectif on peut mettre en place avec les structures en
84 fonction de ce qui est.... voilà. »

85 Audrey: « Oui c'était dans ce sens là! Du coup en tant qu'ergo heu et avec la médiation animale
86 comment tu fais pour que ces personnes arrivent à s'engager dans leur processus de soin? »

87 E2: « Ben en fait là y'a quand même, dans ce que je disais, **moi j'ai fait cette spécialisation**
88 **parce qu'il y a une problématique pour s'engager dans un processus de soin**, pourquoi,
89 comment, quoi. Là y'a deux partis, soit tu prends le parti de dire ben **j'annonce pas qu'on est**
90 **dans une thérapie** dans quelque chose de spécifiquement thérapeutique et que **le but c'est que la**
91 **personne prenne du bien être et du plaisir** à travers cette visite là et donc toi t'as des objectifs
92 derrière qui sont pas clairement identifiés auprès de la personne même avec une personne qui n'a
93 pas de troubles cognitifs tu pourrais très bien dire je viens par contre **moi je m'engage** c'est sur 4
94 mois, on peut parler du projet, **moi si je viens vous vous venez**, vous vous êtes à l'heure, fin voilà
95 on peut aussi **mettre en place certaines choses même sans évoquer le côté thérapeutique**
96 purement avec le patient ou alors t'es dans une autre partie où tu te dis bé ok je suis plutôt
97 effectivement le but c'est quand même que la personne prenne du **plaisir** et soit dans un moment
98 de **bien être** mais tu peux aussi aller plus loin en fonction de là où en est la personne pour pouvoir
99 dire voilà bé moi **mon objectif c'est voilà c'est que vous preniez soin de vous à travers le fait**
100 **de prendre soin de l'animal** ou aussi arriver à verbaliser ce genre de chose ou de dire ben non là
101 fin voilà moi je vous laisse pas vous occuper de mon chien parce que là comment vous vous
102 présentez voilà c'est ... on est sur quelqu'un qui aurait du mal à prendre soin de lui ou qui est
103 voilà vient pas en rendez-vous s'il s'est pas changé, si on s'est pas douché si on s'est pas fin....!
104 Voilà et on peut le mettre en avant aussi comme moi je fais attention que mon chien soit pas plein
105 de bouillasse quand je viens en structure on pourrait très bien identifier des choses comme ça voilà
106 au niveau des suivis, au niveau... Après pour que la personne **s'engage en fait de manière assez**
107 **évidente** à partir du moment où il y a **un contact chien qui s'est fait et où quelque chose de**
108 **positif qui en ressort l'engagement il est assez il est fait par la motivation de l'animal**, la
109 personne est contente de venir s'occuper de l'animal, de tout de suite on a **une valeur et on a un**
110 **rôle**, je m'occupe de Jack sur ce temps là et si on passe par le soin de l'animal moi j'ai besoin de
111 vous pour brosser mon chien, pour le promener. Fin la personne voilà elle va s'y tenir parce
112 qu'elle sait que c'est important que la personne vienne pour qu'on s'occupe de l'animal donc du
113 coup **l'engagement est beaucoup plus facile parce qu'il y a le facteur motivation chien** quoi et
114 y'a pas besoin forcément de ou alors il va y avoir une problématique sur des personnes qui vont
115 avoir des troubles plus en terme de troubles de la mémoire où là il va plutôt être travaillé de qu'est
116 ce qui pose problème à la personne qui a oublié le... Mais même avec des personnes avec les TC
117 ce que t'as pu voir ceux qui oublient en fait **tu sens que c'est ancré** le fait que ce soit une
118 personne et déjà le fait que ce soit un intervenant extérieur à une structure c'est un facteur fort je
119 pense de motivation les gens ils oublient moins et ils rentrent plus dans ce... c'est sur un laps de
120 temps donné qu'on a expliqué au patient sur tant de mois ou bien à telle heure et en plus la c'est

121 quelqu'un qui vient de l'extérieur qui vit pas tous les jours avec eux contrairement aux éducateurs
122 ou aux thérapeutes et en plus en lien avec le chien donc le facteur temps temporel et parce que et
123 voilà et aussi l'engagement il est fait aussi sur un suivi qui est régulier, une fois par semaine qui
124 est fixé à une date donc naturellement le facteur chien enlève le sans trop faire grand chose **enlève**
125 **la problématique engagement dans le suivi quoi.** »

126 Audrey: « Oui tout à fait, ok. Ça me va! Est-ce que toi tu utilises une thérapie ou une pratique
127 particulière avec Jack? »

128 E2: « Non, pas pour une thérapie ou une pratique, non y'a du dressage fin y'a ce que je te disais
129 y'a quelques petites choses de dressage parce qu'effectivement il monte sur la table et qui y'a un
130 côté plus pratique aussi que voilà que ce soit au niveau de l'animal quand il est couché par terre
131 donc le fait de l'avoir voilà c'est un atout du fait d'avoir la table du fait d'avoir le matériel qu'on
132 a, on a notre matériel du chien voilà dans le sac à dos j'ai tendance à dire plus une organisation de
133 travail qu'une pratique particulière en fait après si sur la pratique c'est voilà on est pas forcément
134 obligé dans ce cadre là de médiation fin de thérapie de pouvoir identifier fin de verbaliser les
135 objectifs avec le avec la personne avec qui tu travailles avec le résident avec le patient et je pense
136 que même avec des personnes qui n'ont pas de troubles cognitifs ou quoi ça fonctionne en fait à
137 partir du moment où ils prennent du plaisir y'a pas forcément voilà besoin et **le contrat c'est juste**
138 **d'être là et de s'occuper de mon chien et après moi je m'occupe des objectifs derrière.** Et
139 après il peut y avoir d'autres choses qui sont mises en place et qui sont verbalisées au fur et à
140 mesure mais au départ je pense que ça et c'est ce qui fait que peut être il y a aussi **un engagement**
141 **qui peut être plus important que sur d'autres choses** où on a mis en place les objectifs
142 thérapeutiques **où on attend quelque chose du patient** ou peut être en addicto voilà ce qui se
143 passe peut être plus comme ça ou on attend de lui ou on attend qu'il accomplisse le contrat voilà là
144 le contrat il est tacite sur le fait y'a l'horaire c'est toutes les semaines vous venez et après derrière
145 en fonction de ce qui se passe en fonction de l'interaction qui y'a voilà on attend pas plus déjà
146 dans un premier temps et après on voit ce qui se passe et on peut aller plus loin pourquoi pas avec
147 des personnes en addicto. Ben l'exemple de Sébastien (-un patient traumatisé crânien qui vit au
148 foyer *-) qui est **capable de décaler ses horaires de cigarettes** c'est pas possible avec **fin c'est**
149 **impossible avec d'autres activités** et là il est capable de dire c'est pas grave fin je pense que
150 personne l'aurait imaginé quand on les voit tous dire c'est l'heure de ma clope... »

151 Audrey: « Oui sachant que c'est très important pour ces populations là la cigarette, le rituel. »

152 E2: « Oui voilà, on est d'accord de décaler quelque chose sur ... »

153 Audrey: « Pour une prise en soin quoi. »

154 E2: « Oui voilà tout à fait et voilà et là dans ce cadre là ils prennent du bien être et autres choses
155 mais je peux aussi leur dire tenez vous droit attention, sur un travail moteur et donner certains
156 aspects de des objectifs que je peux avoir moi. »

157 Audrey: « Oui tout à fait et la question...., est ce que tu utilises un modèle conceptuel dans ta
158 pratique? »

159 E2: “Ben la question après un modèle conceptuel le soucis c'est que ... (rires) le modèle
160 conceptuel fin ça va être autant pour moi ça va être autant le **PPH** que tu vois que la **MCRO** pour
161 moi ils sont ce que je te disais la dernière fois on met **le patient au centre on fait attention à**
162 **l'environnement et à ses facteurs de motivation** et ça je pense qu'il faut l'avoir en tête à un
163 moment donné et que parfois effectivement en libéral quand tu bosses tout seul comme ça ou
164 même quand tu bosses en institution des fois il faut faire un pas en arrière en se disant qu'est ce
165 qui fait qu'on y arrive pas là et est-ce que ça vaut le coup d'aller dans ce sens là parce que et que
166 fin voilà ça dépend voilà de par exemple la quand t'interviens sur des structures d'avoir ces
167 modèles en tête je trouve parce que je trouve que du coup le facteur motivation du résident ou les
168 activités et les habitudes de vie par exemple ou l'environnement est hyper prenant en structure
169 quand même parce que les personnes y résident donc t'as beau essayer de tenir compte des
170 habitudes de vie elles sont programmées par la structure dans laquelle ils sont et il faut en tenir
171 compte aussi tu vois par exemple au FAM je les ai mis le matin parce que je sais qu'ils sont prêts
172 le matin à cela et que c'est plus facile pour moi d'aller parce qu'une fois que les clopes sont mises
173 en place ou une fois qu'il y'a d'autres trucs c'est compliqué d'aller les chercher à d'autres
174 moments donnés donc je me suis adaptée à la structure parce que j'y suis 2h avec Jack et 2h aussi
175 en ergo et que du coup je passe de l'un à l'autre, là demain je passe 2h avec mon chien la
176 structure elle arrivera pas à tenir parce que j'aurais personne parce que ça demande un
177 accompagnement, ça demande de les préparer, ça demande donc heu après voilà les modèles ouais
178 je dis pas que j'ai un modèle en tête voilà de **placer le patient au centre et de tenir compte et de**
179 **l'environnement physique et humain et de tenir compte des habitudes de vie du patient** on
180 essaie de quand même de garder ça en tête quoi (rires).”

181 Audrey: « (rires) Ok et par exemple fin pour les structures avec Jack est-ce que fin quelles sont les
182 compétences qui seraient le plus affaiblies chez les personnes que tu suis? »

183 E2: « Les compétences, dans toutes les structures confondues? C'est ce que tu veux? »

184 Audrey: « Oui enfin plus celles qui se rapprochent de la santé mentale avec soit les TC ou les
185 artistes? »

186 E2: « Bé après les compétences les plus affaiblies ça va être une difficulté voilà une **difficulté**
187 **d'exprimer les sentiments** voilà où y'a une communication qui peut être altérée pour certains
188 dans un sens où on est pas sur une on est sur quelque chose qui peut être assez superficielle en
189 terme de communication c'est compliqué d'avoir le sentiment de la personne, qu'est ce que la
190 personne pense, après beaucoup une forme d'apathie où en fait ils sont à l'initiative de pas grand
191 chose en fait et pour le coup la c'est assez **impressionnant ce que peut faire la médiation**
192 **animale dans ce cadre là**, là Sébastien tu le vois mais tu l'aurais vu à un autre moment fin moi
193 j'ai fais des séances de groupe où il parlait pas où y'avait zéro interaction avec l'autre quoi donc et
194 parce que moi je l'ai eu suivi sans chien avant donc j'ai pu comparer avant après et même avec des
195 sujets qui lui plaisaient, Sébastien il aime dessiner il aime peindre il aime... Voilà dans des cas de
196 on dessine on fait de la peinture pas avec une activité que j'aurais choisi pour travailler autre chose
197 donc on était dans une activité qui le motivait aussi mais zéro interaction avec les autres. Et là il
198 prend des initiatives d'aller attraper la poubelle, de tendre la main pour nettoyer la brosse et aller
199 jeter les poils dans la poubelle. Tout ce qu'il t'a dit sur Jack je pense que y'a un an tu m'aurais
200 demandé qu'est ce que tu penses que Sébastien est capable de, je t'aurais dit non il est pas capable
201 d'exprimer ça de ce qui se passe en séance et qu'il puisse verbaliser les sentiments du chien, ses
202 sentiments à lui c'est pas possible. Donc après affaiblies ouais sans parler du concept au niveau
203 parce que y'a des atteintes qui peuvent se faire sur leurs perceptions corporelles aussi liées à la
204 santé mentale voilà au niveau de qu'est ce que je perçois de mon corps et comment j'utilise ce
205 corps là quand on dit redressez-vous, envoyez la balle au chien il se passe pas forcément grand
206 chose si tu leur montres pas comment se redresser au final qu'est ce que voilà ou si tu mets pas
207 l'activité pour faire en sorte que la personne se redresse ou se tienne droite mais après c'est vrai
208 que le côté flagrant mais y'a le coté institution qui fait ça aussi le j'ai plus de prise d'initiative quoi
209 qui est assez parce que c'est un trouble avéré ou parce que c'est l'institution qui peut amener à ça
210 quoi." »

211 Audrey: « Oui et puis la routine qui peuvent... »

212 E2: « Oui c'est ce, c'est et après ça dépend je me dis qu'en addicto ça dépend aussi dans ce que tu
213 es sur du long séjour c'est encore autre chose, en disant que le but c'est que la personne réintègre

214 et quand ça fait longtemps que t'es là dedans au bout d'un moment c'est ce qu'on te demande
215 quelque part, entre guillemet, quand y'a du trouble du comportement quand y'a du je respecte pas
216 les règles ça pose problème à la structure sauf que quelque part t'as quelqu'un qui quelqu'un qui va
217 pas respecter les règles il exprime quelque chose aussi quoi, quelqu'un qui va dire non alors peut-
218 être pas de manière adéquate mais c'est qu'il exprime quelque chose quelque part alors en même
219 temps on met des thérapies pour faire en sorte que ces personnes s'expriment et de l'autre côté
220 l'institution va brimer quand il y a une expression qui est trop importante alors oui il faut moduler
221 comment on exprime les choses et je pense qu'il y a un boulot à faire de ce côté là mais c'est assez
222 paradoxal quoi... Mais même au FAM même au FAM je pense qu'au FAM ils se rendent pas
223 compte on est quand même avec des TC qui sont super institutionnalisés et effectivement y'en a
224 qui vont mal parler aux soignants y'en a qui vont ... mais voilà Franck on l'a croisé qui déambule
225 et qui vient quand la porte est ouverte en ergo bé voilà il communique très très peu et il peut
226 devenir agressif et quand il devient agressif fin c'est pas faute de l'exprimer qu'il veut pas être là
227 qu'il veut sortir. Sébastien c'est pareil Sébastien régulièrement bé la semaine dernière je l'ai croisé
228 il était devant le bureau de madame * (=la directrice du foyer). Quand je suis sortie avec G (= *collègue ergothérapeute*),
229 et je lui ai dit mais qu'est-ce que vous faites là Sébastien bé il a identifié
230 tu vois troubles de la mémoire et il a quand même identifié où était le bureau de la direction et il
231 m'a dit je vais voir madame *, il m'a pas dit je viens voir la directrice ou le directeur qui a changé
232 y'a un an donc il a bien intégré qui, quoi, comment et je lui ai dit « bé vous venez pour lui raconter
233 heu que je vous ai fait trop travailler avec Jack et qu'on vous fait bosser avec Audrey parce que
234 vous devez écrire le journal machin » et il a rigolé il m'a dit oui oui c'est ça mais il venait se
235 plaindre du fait que il a pas le SIDA que c'est une erreur qu'il veut pas être ici que tatata voilà
236 quand t'as quelqu'un qui t'exprime ça comme ça ou qui veut faire de la pâtisserie ou quoi mais tu
237 lui répond quoi à ça, la l'institution elle y répond pas correctement à mon sens et au bout d'un
238 moment ça dégénère mais comme toi, comme nous, si au bout d'un moment tu dis trois fois la
239 même chose à ton gamin au bout d'un moment tu finis par le dire en hurlant quoi et en fait voilà là
240 au FAM on dit ouais mais fin ils passent leur temps à attendre ces gens là, un ils sont hyper
241 ritualisés et deux attends tu vas avoir les clopes, attends tu, non ne parles pas comme ça je suis
242 avec machin attends tatata... Là-haut il y a des portes où on leur donne les clopes mais elle est
243 fermée une fois sur deux attends tu l'auras après et fin c'est fin pour moi pour des TC ils sont
244 merveilleux quoi sur la gestion de la frustration ils sont quand même ouais la tu prends les même
245 tu les fais sortir tu réouvre le centre avec des nouveaux TC qui sont pas habitués ça va faire bizarre
246 aux hébergeurs et aux aides soignants et tout ça parce que là ils ont des perles quoi fin ça se passe
247 relativement bien pour les types de troubles qu'ils ont quoi. Ils sont hyper tu vois quand ils

248 viennent en ergo, Emmanuel, vois-tu lui sers la main tu lui dis bon Emmanuel, excusez-moi là j'ai
249 pas machin fin y'en a plein qui viennent taper en ergo machin tu leur dit gentiment c'est pas le bon
250 moment tatata ils te font pas tout un flan ils ont compris parce que y'a du respect aussi et qu'ils
251 savent que les filles (= *les ergothérapeutes du foyer*) même si on diffère leur demande elles y
252 répondront tout le temps ce qui est peut être pas le cas avec d'autres soignants. »

253 Audrey: « Ok oui c'est sûr, et est-ce que fin ce serait quoi les demandes ou les attentes les plus
254 récurrentes de la part de ces patients là, est-ce qu'il y en a déjà qu'ils te font à toi vu que t'es juste
255 intervenante extérieure? »

256 E2: « Mise à part le fait de parce que ce soit Sébastien, Aline, mise à part **le fait de sortir**,
257 mais de sortir pas forcément que de manière définitive, **de sortir du lieu de là où ils sont** et je
258 pense que on serait en addicto ce serait un peu pareil en fait je pense, d'avoir un besoin de dire et
259 ce qui peut aller de paire hein **aller promener le chien, on peut sortir** quoi. »

260 Audrey: « Oui tout à fait. »

261 E2: « Après y'a pas énormément de ça, il faut qu'il y ait à mon sens, il faut qu'il y ait un an de
262 prise en charge pour qu'il y ait des choses qui sortent derrière quoi pour pouvoir que ça se fasse. »

263 Audrey: « Bé moi c'est la fin de cet entretien donc s'il y a autre chose qui te viens je te laisse
264 t'exprimer si tu en as envie. »

265 E2: « Non j'ai pas non je pense que dans ton milieu là effectivement sur l'adhésion que ce soit là
266 ou ailleurs l'adhésion au soin avec la thérapie assistée par l'animal comme ça en ergo elle est tout
267 de suite bé à partir du moment où le contact chien s'est bien passé, qu'on a choisi le bon résident
268 aussi que ce soit qui y'ai eu voilà il faut qu'il se passe quelque chose mais encore que même sur
269 un contact chien quand tu vas sur une structure les autres résidents voient que tu viens et il peut se
270 créer quelque chose à posteriori aussi quelqu'un qui est pas du tout intéressé qui est pas bé parce
271 que pendant 6 mois tu vas aller dans une structure bé au bout d'un moment tu vas voir que tu vas
272 réussir à mettre en place des choses avec la personne parce que quand tu passes tu dis bonjour, tu
273 dis deux mots voilà ou parce que les équipes t'ont dit lui c'est compliqué tatata bé tu vas essayer
274 d'y aller d'y aller un peu autrement et les **choses se passent aussi de manière détournée** et je
275 pense que effectivement ça peut être pas mal de faire des choses un peu de manière détournée pour
276 ensuite verbaliser clairement ce que tu attends d'eux quoi l'exemple que je te donnais de * en
277 milieu carcéral (= *un collègue psychomotricien qui fait de la médiation animale*) où la personne

278 prenait pas soin de lui pas soin de sa cellule et que au bout d'un moment on peut pas faire plus
279 avec le chien parce que du coup et on commence en dehors de la cellule les séances et ensuite on
280 fait des séances dans la cellule et que le chien ben il s'assoit pas il reste debout et qu'est-ce qu'il
281 se passe et pourquoi ben parce que c'est dégoûtant et que vous nous recevez dans un endroit
282 dégoûtant et que vous vous respectez pas vous même donc mon chien même s'il a passé un bon
283 moment avec lui ben il a pas envie quoi bé **tu peux arriver à du coups à travers du prendre**
284 **soin de l'animal à arriver à du prendre soin** et je pense qu'en addicto ça peut être hyper
285 important quoi. »

286 Audrey: « Et il avait fait quoi déjà le monsieur de la cellule? »

287 E2: « Il avait nettoyé juste une partie au départ une partie de sa cellule et il a même ensuite après
288 demandé d'acheter un tapis pour une partie de la cellule voilà où la chienne pouvait se coucher
289 dans la cellule voilà ils avaient commencé comme ça et après le but c'était d'aller au delà de ça
290 quoi. »

291 Audrey: « Oui voilà c'est le transfert qui peut se faire. »

292 E2: « Ouais et après sur **l'expression des sentiments** t'as beaucoup de résidents qui peuvent te
293 dire machin fin le chien est comme ça il est content de... il est calme, il est agité et **en fait ils**
294 **parlent d'eux même** en fait il est nerveux ou il a l'air stressé aujourd'hui après les chiens c'est
295 des éponges donc du coup ils vont pas même si nous on fait pas en sorte voilà on peut avoir l'info
296 de par les soignants que telle personne est stressée aujourd'hui et pas bien donc on peut susciter
297 quelque chose là dessus mais même sans avoir l'info le chien c'est une éponge donc s'il se
298 retrouve avec quelqu'un qui est anxieux qui est pas bien qui est agitée il va devenir agité donc du
299 coups il y a un **transfert** qui se fait aussi ou alors tu peux avoir un chien qui apaise aussi mais du
300 coup il y a **une verbalisation qui se fait aussi à travers l'expression des sentiments de l'animal**
301 **il y a aussi l'expression de mes propres sentiments** quoi qui se fait là à travers le chien que la
302 personne exprime ses propres sentiments ça **tu le vois assez spontanément** en fait. Voilà. »

303 Audrey: « Ok et bé top merci! »

304 E2: « Avec plaisir! »

Durée de l'entretien: 27 minutes 55 secondes

Annexe 12

Accord de principe

Je soussigné, Pr Nicolas FRANCHITTO, autorise Mlle Audrey PEYROT à citer des éléments du cours que j'ai donné sur l'Addictologie lors de sa formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Date et lieu: Toulouse le 28 avril 2019

Signature:



La Thérapie Assistée par l'Animal: Un levier pour l'accompagnement ergothérapeutique en Addictologie.

Audrey PEYROT

Contexte: L'addiction est la conjonction de plusieurs facteurs liés à l'individu, au produit et à l'environnement. Ce processus a des répercussions sociales et médicales importantes. En France, l'ergothérapie se développe dans les différentes structures d'accompagnement en addictologie afin de proposer un suivi thérapeutique qui contribue au changement de comportement avec, parmi d'autres moyens, l'activité.

Objectif: L'objectif de ce mémoire est de montrer que la mise en place, par un ergothérapeute, de la thérapie assistée par l'animal, plus particulièrement avec le chien, est pertinente au soutien de l'engagement et de l'observance des soins pour les personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit psychoactif.

Méthode: Nous avons réalisé une étude qualitative en menant deux entretiens semi-dirigés avec un ergothérapeute travaillant en addictologie et un autre pratiquant la thérapie assistée par l'animal avec un chien. Les données qualitatives collectées ont été analysées selon une matrice.

Mots-clefs: **Addiction - Trouble de l'usage - Thérapie assistée par l'animal -
Ergothérapie- Engagement - Observance**

Context: Addiction is mainly due to a combination of different factors related to a person, a product and the environment. This process has important social and medical consequences. In France, occupational therapy is growing in many organizations proposing assistance for people with substance use disorder, in order to offer a therapeutic follow-up which helps the change of behavior with, among other tools, the activity.

Objective: This essay aims to show that the use of animal assisted therapy, especially with dogs, by an occupational therapist, is relevant for support of the engagement and compliance of the care for people with substance use disorder.

Method: We conducted a qualitative study by interviewing two occupational therapists. The first one working in addictology, the other one practicing animal assisted therapy, with a dog. The qualitative data we collected were analyzed with a matrix.

Key words: **Addiction – Substance Use Disorder - Animal Assisted Therapy –
Occupational Therapy – Engagement – Compliance.**