



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

LE GROUPE EN ADDICTOLOGIE, UN ESPACE POTENTIEL ?



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5
S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Edwige Wurtz

CHAUVINEAU Camille
Session Juin 2019

NOTE AUX LECTEURS

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une formation. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteure et de l'Institut de Formation concerné.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Edwige Wurtz, pour son accompagnement qui a répondu parfaitement à mes attentes. Je te remercie pour tes encouragements et conseils de lecture qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion, tout en me laissant l'autonomie dont j'avais besoin pour progresser dans ce travail de recherche.

Je remercie l'ergothérapeute qui m'a accueillie en stage dans une unité d'alcoologie. Nos différents échanges m'ont amené à porter une attention particulière aux problématiques de la vie quotidienne des personnes alcoolodépendantes. Ces échanges ont fait naître les questionnements qui ont été à l'origine de cette démarche de recherche. Je la remercie pour sa disponibilité, notamment lorsque je l'ai sollicité pour mobiliser son réseau professionnel afin d'entrer en relation avec des personnes alcoolodépendantes.

Je remercie également l'association d'entraide entre patients qui m'a accueillie lors d'une de ses réunions, afin que je puisse présenter ma démarche à d'anciens patients et rencontrer des volontaires pour des entretiens. Merci de m'avoir permis d'échanger avec autant de personnes sur la problématique de l'alcoolodépendance.

Je remercie particulièrement les anciens patients qui ont été intéressés par ma démarche. Je les remercie de m'avoir accordé leur confiance, de m'avoir livré leurs précieux témoignages sur leur vécu de la maladie et leur vécu du groupe en ergothérapie. Les échanges furent très riches.

Je remercie mes ami(e)s, pour leur aide, leur relecture et leur soutien.

Enfin je remercie mes parents : ma mère, pour m'avoir aidé dans l'organisation de mes idées et la rédaction de ce mémoire, afin que celui-ci soit compréhensible pour tout lecteur ; mon père, pour avoir réussi à récupérer tous mes fichiers lorsqu'un virus informatique a chiffré l'équivalent d'un an de travail, à 2 mois de rendre cet écrit.

« On ne va jamais aussi loin que lorsqu'on ne sait pas où l'on va »

Rivarol

Ce mémoire s'adresse aux personnes qui pensent que l'abstinence est une question de volonté

Sommaire

Introduction	4
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	
I.1. L'alcoolodépendance : maladie psychique et conséquences sur la vie quotidienne	7
I.1.1. L'alcoolodépendance reconnue comme un trouble psychiatrique	7
I.1.2. Un mécanisme de protection selon l'approche psychodynamique	8
I.1.3. L'approche comportementaliste : une personne, un produit, un environnement.....	10
I.1.4. Des conséquences sur le pouvoir d'agir.....	11
I. 2. Deux secteurs de prise en charge et de soins en addictologie	12
I.2.1. Secteur médico-social	13
I.2.2. Secteur sanitaire	13
I.3. L'accompagnement du patient alcoolodépendant en addictologie	14
I.3.1. Un accompagnement pluridisciplinaire	14
I.3.2. L'amélioration de la qualité de vie des patients comme objectif principal	15
I.3.3. Moyens d'intervention : complémentarité des approches psychodynamique et comportementaliste	15
I.4. La place de l'ergothérapie en addictologie	18
I.4.1. Vers le changement : le modèle conceptuel humaniste	18
I.4.2. Le rôle de l'ergothérapeute	19
I.4.2.1. Recueil de données et évaluation	20
I.4.2.2. Diagnostic ergothérapique	20
I.4.2.3. Les objectifs	20
I.4.2.4. Les moyens d'intervention.....	22
I.4.3. Le rôle du groupe de patients	23
I.4.3.1. Perspective lewinienne.....	24
I.4.3.2. Perspective psychanalytique	26
I.4.3.3. Intérêt thérapeutique de l'utilisation du groupe	26

DEUXIEME PARTIE : CADRE DE RECHERCHE

II.1. Méthodologie d'enquête	29
II.1.1. Choix de la méthode	29
II.1.2. Population cible	29
II.1.3. Objectifs de l'enquête	29
II.1.4. Mise en œuvre de l'enquête	30
II.2. Résultats de l'enquête	31
II.2.1. Synthèse des résultats	31
II.2.1.1. Histoire personnelle	31
II.2.1.2. Accompagnement en groupe en ergothérapie	34
II.2.1.3. Influence du groupe sur le pouvoir d'agir	36
II.2.2. Analyse des résultats	39
II.2.2.1. D'une consommation occasionnelle à la dépendance : un contexte propice.....	39
II.2.2.2. L'alcoolisation comme moyen de protection	40
II.2.2.3. Un sentiment de perte de contrôle : la perte du pouvoir d'agir	41
II.2.2.4. Initier un processus de changement en ergothérapie	42
II.2.2.5. Initier un processus de changement grâce au groupe	44
II.2.2.6. Retrouver son pouvoir d'agir.....	45
II.3. Discussion	47
Conclusion	50
Bibliographie	51
Ouvrages.....	51
Articles	52
Textes législatifs.....	53
Sites internet.....	54

Annexe I : Critères de diagnostic d'un TUAL selon la 10^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (OMS, 1992)	I
Annexe II : Critères de diagnostic d'un TUAL selon la 5^{ème} version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (APA, 2013).....	II
Annexe III : Guide d'entretien.....	III
Annexe IV : Retranscription de l'entretien de T. du 30.03.2019	IV

Introduction

D'après l'OMS (Karsenty, 2016), « [...] la moyenne mondiale de la consommation d'alcool pur est de 6,2 litres par habitant pour la période 2008-2010, et environ 10,9 litres dans la région Europe [...] ». Ces données placent l'Europe au plus haut niveau de consommation d'alcool dans le monde, et la France occupe la 3^e position au sein du continent. Toujours selon l'OMS, l'usage nocif de l'alcool serait un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes.

En France, le ministère des Solidarités et de la Santé et Santé Publique France ont réalisé, entre le 26 mars 2019 et le 14 avril 2019, une campagne d'information afin de présenter les nouveaux repères de consommation : « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours ». Cette campagne a pour but de sensibiliser les français aux risques associés à la consommation d'alcool, même faible, afin que chacun puisse faire le choix éclairé de consommer à moindre risque pour sa santé.

Au cours de ma deuxième année d'études en ergothérapie, j'ai réalisé un stage dans une unité d'alcoologie. Cela m'a permis d'entrevoir l'influence que la consommation d'alcool peut avoir, notamment sur la vie quotidienne d'une personne.

Dans cette unité d'alcoologie, les personnes sont hospitalisées en soins libres ; suivant leur propre motivation ou une obligation juridique de soins. Elles sont hospitalisées pendant 5 semaines, après avoir réalisé une semaine de sevrage dans un autre service hospitalier.

La participation aux séances d'ergothérapie est obligatoire. Elle est mentionnée dans le contrat thérapeutique établi entre le médecin addictologue et le patient. L'ergothérapeute travaille à chaque séance avec le groupe de patients au complet.

Un après-midi, alors que la séance d'ergothérapie va débiter, un patient est absent. A quelques jours de sa sortie d'hospitalisation, il doit appeler le CSAPA¹ pour assurer son suivi médico-social à son retour chez lui. Cette situation le met dans un état de stress intense, à tel point qu'il n'arrive pas à appeler le CSAPA.

Finalement, l'ergothérapeute accepte que le patient ne participe pas à l'atelier, afin qu'aidé de la cadre du service, il règle cette problématique administrative et soulage son inquiétude.

¹ Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Cette situation a soulevé plusieurs questionnements, dont celui qui concerne l'adaptation de l'ergothérapeute à l'absence imprévue de ce patient : cette absence n'impacte-t-elle pas le cadre thérapeutique qu'elle met en place à chaque atelier ?

Ainsi, j'ai pu formuler la question de départ suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute accompagne le groupe de patients alcoolodépendants en unité d'alcoologie lors d'un changement de cadre thérapeutique ?

Mes premières recherches ont eu pour buts de mieux appréhender l'addiction à l'alcool et de comprendre les mécanismes de l'alcoolisation. Le *Traité d'addictologie* (2016) m'a permis de recueillir des informations concernant la maladie et ses conséquences dans la vie quotidienne. Ces conséquences justifient l'intervention de l'ergothérapeute en unité d'alcoologie. En effet, l'arrêté du 5 juillet 2010 définit le métier d'ergothérapeute comme « *visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne* ». Autant de domaines qui, nous le verrons ultérieurement, sont affectés chez la personne alcoolodépendante.

Parmi mes différentes lectures exploratoires, *Les recommandations de bonnes pratiques* de la Société Française d'Alcoologie (SFA, 2015) ont confirmé l'intérêt de l'accompagnement en ergothérapie d'une telle population, parallèlement aux interventions pharmacologiques et psychothérapiques. Dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie, les activités médiatisées telles qu'elles sont proposées en ergothérapie permettent aux patients de réinvestir certains aspects de leur vie.

Tout au long de ces recherches, je me remémorais ma situation de départ. L'adaptation de l'ergothérapeute m'intéressait, mais un détail revenait sans cesse me questionner. Je cherchais une éventuelle raison qui expliquerait pourquoi le patient n'avait pas réussi à appeler le CSAPA seul. Est-ce que cet appel le projetait dans la concrétisation de sa sortie d'hospitalisation, à laquelle il ne se sentait peut-être pas prêt ?

Après avoir échangé à ce sujet avec ma directrice de mémoire, j'ai orienté mes recherches sur la notion de « pouvoir d'agir » ; afin de comprendre comment il était impacté par l'alcoolisation. Des recherches sur l'accompagnement en groupe ont également été nécessaires afin d'en comprendre la dynamique.

Ces questionnements et recherches m'ont finalement amené à formuler la question de recherche suivante :

De quelle(s) manière(s) l'accompagnement en groupe en ergothérapie influence le pouvoir d'agir des patients alcoolodépendants en unité d'alcoologie ?

Dans cet écrit, je vous exposerai les concepts théoriques qui m'ont permis de formuler une hypothèse. Je décrirai d'abord les mécanismes de l'alcoolodépendance et ses conséquences sur le pouvoir d'agir ; puis le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ; et enfin l'accompagnement du patient en unité d'alcoologie, et plus particulièrement en ergothérapie et en groupe.

Par la suite, je porterai votre attention sur l'enquête effectuée, où je détaillerai les objectifs, la population d'étude et l'outil de recherche mobilisé. Je présenterai les résultats, proposerai une analyse ainsi que la discussion qui en découle. Je conclurai ce travail par des pistes de réflexions me permettant d'approfondir ce sujet dans ma future pratique professionnelle.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Selon le National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2018), l'addiction est un trouble chronique, récidivant, reconnu comme maladie mentale. Elle est caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives.

I.1. L'alcoolodépendance : maladie psychique et conséquences sur la vie quotidienne

Monjauze (2011) décrit les spécificités de l'addiction à l'alcool. En effet, l'alcoolodépendance est une maladie psychique où le paradoxe, c'est-à-dire la coexistence de contraires, est très présent. Par exemple, « *La société, dans un premier temps, encourage à boire de l'alcool* », car c'est un signe d'insertion sociale. Mais lorsque la consommation devient problématique, l'environnement social considère que la personne alcoolodépendante « *n'a qu'à se modérer* », « *qu'à se faire soigner* » (Monjauze, 2011).

Il s'agit alors de comprendre pourquoi les personnes ressentent « *un besoin irréprensible de boire de l'alcool* » (Monjauze, 2011), malgré les conséquences délétères qu'elles observent sur leur vie.

I.1.1. L'alcoolodépendance reconnue comme un trouble psychiatrique

L'ensemble « *des troubles mentaux relatifs à une utilisation médicalement anormale de l'alcool* » est regroupé sous le terme de « troubles liés à l'usage de l'alcool » ou TUAL (Rolland, 2016).

A ce jour, deux classifications internationales définissent les TUAL :

- La 10^e version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (OMS, 1992)
- La 5^e version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (APA, 2013).

La CIM-10 décrit deux formes de TUAL de sévérité croissante :

- L'« *usage nocif d'alcool* », lorsque « *l'utilisation d'alcool a entraîné des troubles physiques et psychologiques, y compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité* ».
- Le « *syndrome de dépendance à l'alcool* », lorsqu'au moins trois comportements sont présents en même temps au cours de la dernière année.

L'annexe I présente précisément les critères de la CIM-10 concernant l'utilisation nocive de l'alcool et le syndrome de dépendance à l'alcool.

Depuis 2013, le DSM-5 est une nouvelle classification internationale à partir de laquelle se définit également le TUAL. En effet, selon Rolland (2014), les modèles antérieurs, comme la CIM-10 fondée sur une approche catégorielle binaire, « *ne reflétaient pas correctement la sévérité et le pronostic du TUAL. Les paramètres de consommation d'alcool apparaissent aujourd'hui comme les principaux facteurs pronostiques à long terme, tandis que les répercussions biopsychosociales du TUAL reflètent sa sévérité immédiate* ». Cette nouvelle approche affine la description clinique du TUAL.

Le DSM-5 différencie au sein des TUAL les troubles induits par l'alcool. Il propose une liste plus précise de 11 paramètres à partir de laquelle un diagnostic unique, sans degrés de sévérité, peut être défini. En voici quelques exemples :

- Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire/contrôler l'usage d'alcool ;
- Importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs abandonnées ou réduites en raison de l'usage de l'alcool ;
- Poursuite de l'usage d'alcool malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par l'alcool ;
- Usage répété d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison...

La liste des critères est présentée dans son intégralité en annexe II.

Ainsi, au regard du DSM-5, le TUAL est défini comme léger si 2 ou 3 critères sont réunis ; intermédiaire pour 4 ou 5 critères présents, et sévère lorsqu'il y a 6 critères ou plus ; et ce si ces critères sont réunis pendant au moins 12 mois consécutifs.

Plus explicite, le DSM-5 servira de référence pour ce travail d'initiation à la recherche.

Pour compléter cette présentation nosographique et psychiatrique, il me semble également pertinent d'aborder l'addiction à l'alcool à travers deux approches, à savoir : l'approche psychodynamique et l'approche comportementaliste. Pour cause, l'intervention ergothérapeutique en psychiatrie – notamment en addictologie – comme je le développerai ultérieurement, repose sur des théories psychanalytiques et/ou comportementalistes.

I.1.2. Un mécanisme de protection selon l'approche psychodynamique

L'approche psychodynamique repose sur les théories psychanalytiques de Freud, étayées notamment par Klein et Winnicott. Ces psychanalystes expliquent le développement de troubles psychiatriques par le dysfonctionnement du développement de l'individu lorsqu'il est nourrisson.

En effet, Winnicott (1983) explique que le nourrisson est dans un premier temps dépendant des soins « maternels » (lire dans ce terme les soins de la personne principale qui s'occupe de l'enfant). La mère, par ses soins, assure une fonction de soutien dans l'intégration du moi au cours du développement de l'enfant. Le moi est défini par Freud dans sa deuxième topique comme la partie de la personnalité assurant les fonctions conscientes.

Lorsque les soins de la mère ne sont pas « suffisamment bons », Winnicott (1989) décrit la maturation du moi comme perturbée. Le nourrisson met alors en place des mécanismes de défense du moi. Il se soumet aux exigences de l'environnement et crée une fausse personnalité, le faux « self », qui a une fonction de protection. Le faux « self » permet au nourrisson de se protéger contre des situations d'angoisse et contre la non-intégration du moi en l'absence d'un soutien maternel. En effet, la non-intégration du moi résulte d'une carence de la manière de porter (holding) de la mère, et crée des angoisses d'absence de vrai « self » (Winnicott, 1983).

Nous retrouvons ces notions de dysfonctionnement du développement psychique et de mécanisme de protection dans l'alcoolisation. En effet, Monjauze (2011) décrit la « *personnalité alcoolique* » comme marquée par une faille psychique précoce, telle qu'elle entraîne à plus ou moins long terme la nécessité impérieuse et irrépressible de boire de l'alcool. « *Les abstinentes décrivent ainsi leur alcoolisation passée : des « peurs » sans nom, une sensibilité extrême à certaines situations, notamment relationnelles, mais aussi des angoisses solitaires, au réveil, à la tombée de la nuit, inexplicables...* » (Monjauze, 2011).

L'alcool aurait alors une fonction de protection, permettant de soulager des angoisses quasi permanentes face à des émotions ou des situations problématiques.

Or, « *même si la consommation d'alcool semble apporter un mieux-être sur le moment, elle ne résout pas les difficultés de la personne* » (Alcool Info Service, 2019). Et formant un cercle vicieux, la consommation d'alcool, qui a pour but initial le soulagement, accroît le ressenti de mal-être ou engendre d'autres problèmes. Les motivations de l'alcoolisation changent alors (Dematteis, Pennel, 2017). Initialement par plaisir, les patients s'alcoolisent ensuite par besoin, réduisant de plus en plus leur participation à d'autres activités de vie quotidienne.

Jacquet et Rigaud (2000), dans leur article *Emergence de la notion d'addiction*, présentent la théorie du psychologue Peele. Celui-ci confirme l'idée que l'addiction n'est pas causée par le toxique, mais par l'expérience que fait vivre le toxique, à savoir le soulagement d'un conflit avec la réalité. C'est d'abord d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants, et non d'une substance chimique.

Cette approche est centrée sur le lien entre la personne et le produit. L'approche comportementaliste ajoute un troisième facteur dans l'interaction qui mène à l'addiction : l'environnement.

I.1.3. L'approche comportementaliste : une personne, un produit, un environnement

Lors de la recherche de la définition de l'addiction, le dictionnaire Larousse renvoie automatiquement à la notion de « conduite addictive ». Celle-ci est définie comme un comportement répétitif plus ou moins incoercible et nuisible à la santé (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, boulimie, anorexie).

Olievenstein (1983), psychiatre français spécialisé en addictologie, explique que les causes des conduites addictives sont multifactorielles. « *La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité* ». Il précise également que l'usage que l'on fait d'un produit est plus nocif que la substance en elle-même.

Dematteis et Pennel (2017) précisent que dans la triple interaction sujet-produit-environnement, l'importance respective de ces 3 facteurs diffère selon les patients. Cela nécessite de recourir, en plus d'une solution pharmacologique (qui peut être différente selon les sujets et pour une même addiction), à une approche personnalisée globale, intégrative, biopsychosociale. Cette approche holistique est pragmatique pour aider les patients à restaurer leur autonomie selon des objectifs fonctionnels adaptés à leur réalité du quotidien. C'est la raison pour laquelle, comme nous le verrons ultérieurement, l'ergothérapeute prend en compte les différents paramètres de la situation du patient alcoolodépendant dans son accompagnement (ANFE², 2016).

Dematteis et Pennel (2017) ajoutent que certains individus sont plus à risque d'addiction (ceux souffrant de troubles psychiatriques, de troubles du sommeil ou de douleurs chroniques par exemple), évoquant ainsi la vulnérabilité psychique décrite dans l'approche psychodynamique de l'alcoolodépendance. Ces deux auteurs confirment également que l'environnement peut être un facteur de vulnérabilité. Lorsque la contrainte environnementale est trop forte (ex : contexte familial d'alcoolisation, traumatisme psychique), la consommation se fait dans le cadre de la survie.

² Association Nationale Française des Ergothérapeutes

Ces deux arguments démontrent la nécessité de la complémentarité des approches psychodynamique et comportementaliste dans la compréhension de la complexité de l'alcoolodépendance.

En plus d'être une maladie complexe, l'addiction a des conséquences multiples qui touchent différentes sphères de la vie de la personne.

I.1.4. Des conséquences sur le pouvoir d'agir

Perney (2016) explique que pour repérer un mésusage d'alcool, « *les indicateurs sociaux sont généralement les plus précoces : problèmes avec le travail, la situation financière, la situation conjugale, problèmes relationnels répétés, violence domestique* ». Puis viennent les indicateurs cliniques, dont les plus fréquents sont non spécifiques : troubles du sommeil, dépression, anxiété, hypertension artérielle, yeux rouges, troubles gastro-intestinaux, troubles cognitifs...

Des indicateurs somatiques s'ajoutent, pouvant limiter physiquement et psychologiquement la personne alcoolodépendante dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne. En effet, une alimentation pauvre en nutriments, associée à la consommation excessive d'alcool, entraîne des carences en vitamines ; et notamment en vitamines B6 ou B1, comme chez 80% des sujets alcoolodépendants (Dematteis, Pennel, Mallaret, 2016). Les symptômes d'une telle carence peuvent être une grande fatigue et/ou des troubles de l'humeur pouvant aller jusqu'à la dépression. Une profonde carence en vitamines B et particulièrement B1 peut causer une neuropathie périphérique (Dematteis, 2016). Il s'agit d'une atteinte sensitive et motrice symétrique débutant aux membres inférieurs, et pouvant s'étendre aux membres supérieurs. Sa réversibilité, après sevrage, est lente et souvent incomplète.

De plus, l'ensemble des études suggère que les personnes alcoolodépendantes présentent un dysfonctionnement exécutif global (Vabret, Paille, Dematteis, 2016), limitant notamment leurs capacités à mettre en place des stratégies, à planifier leurs actions, ou à modifier leur comportement. La prise de décision est également déficitaire, ce qui se traduit par une tendance aux comportements à risque. En effet, les personnes alcoolodépendantes surestiment leurs capacités, et ne tiennent pas compte des répercussions de leur consommation à long terme, préférant une récompense à court terme (Vabret, 2016).

Ces troubles liés à l'usage de l'alcool peuvent être à l'origine des problèmes interpersonnels, amenant progressivement les personnes vers l'isolement social (Vabret, 2016). Cet isolement peut à son tour accroître les troubles déjà existants. Dematteis et Pennel (2017) expliquent que

l'alcoolisation « *devient envahissant[e] au détriment des autres activités* ». L'arrêt brutal des consommations, qui pour certains patients représentaient l'essentiel des activités quotidiennes, pourrait aggraver la situation de la personne, car celle-ci ne parviendrait pas à réinvestir d'autres activités pour « *faire face à la vacuité existentielle secondaire à cet arrêt* » (Dematteis, 2017).

En effet, en dehors de l'alcoolisation, la personne ne réalise plus d'autres activités. Elle perd sa capacité d'action, de spontanéité, de décision et perd son « pouvoir d'agir ». D'après l'ergothérapeute Petit (2019), la recherche montre qu'un manque de contrôle sur sa vie et son environnement – soit une diminution du pouvoir d'agir – provoque un effet négatif sur la santé et inversement. Elle cite Ricoeur : « *La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi* » (Soi-même comme un autre, 1990).

L'accompagnement médical et paramédical permettra aux personnes alcoolodépendantes de retrouver un sentiment positif de contrôle sur leur propre vie, qui les éloigne progressivement du vécu d'impuissance et de détresse psychologique dus à des conditions de vie incapacitantes (Le Bossé, Lavallée, 1993). Les personnes entrent dans une démarche soins de leur propre motivation, sollicitée par leurs proches, ou motivée par une obligation juridique de soins. L'ergothérapie aura alors pour but de permettre aux personnes de reprendre confiance en elles, au sein de l'espace protégé de l'atelier d'ergothérapie.

I. 2. Deux secteurs de prise en charge et de soins en addictologie

L'accompagnement en addictologie est un travail en réseau, afin de « *favoriser l'accès aux soins, le sevrage et le post-sevrage, et ultérieurement pour assurer les différentes composantes de l'accompagnement médico-psychosocial* » (Rigaud, Simon, 2016).

La circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 définit l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, conformément aux orientations du Plan 2007-2011 présenté par le ministère des Solidarités et de la Santé le 15 novembre 2006. Elle met l'accent sur les pratiques professionnelles pluridisciplinaires.

I.2.1. Secteur médico-social

Ce secteur assure une offre de proximité. Ses missions sont les suivantes :

- L'accueil, l'information et l'orientation des usagers et de leur entourage, le repérage précoce des usages nocifs ;
- La prévention ;
- Les soins et l'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif ambulatoires ;
- Les soins résidentiels (appartements thérapeutiques, familles d'accueil, centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques) ;
- L'aide à l'insertion et l'accès aux droits sociaux (avec notamment l'orientation vers l'hébergement social) ;
- La réduction des risques associés aux usages de substances psychoactives.

Les CSAPA sont l'élément clé du dispositif médico-social, car ce sont souvent les premières structures sollicitées à l'entrée dans une démarche de soins. La circulaire DGS/MC2/2008/79 relative à leur mise en place décrit la composition des équipes y intervenant. Il s'agit de professionnels de santé (personnel médical et paramédical) et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative. La place de l'ergothérapeute dans une telle structure n'est pas décrite par les textes de lois.

Les patients contactent le CSAPA soit de leur propre initiative, soit plus souvent incités par leur entourage, leur médecin généraliste ou du travail, un intervenant social, la justice, ou encore l'hôpital par le biais de l'Equipe hospitalière de Liaison et de Soins en Addictologie (Rigaud, Simon, 2016).

I.2.2. Secteur sanitaire

Les dispositifs de soins hospitaliers en addictologie sont organisés en trois niveaux.

Le niveau 1 dit « de proximité » comporte des :

- Consultations hospitalières d'addictologie. Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement qui sont en partenariat avec un service d'hospitalisation en capacité de réaliser des sevrages simples ;
- Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Elles assurent des actions de sensibilisation, d'information et de formation des professionnels de santé et des actions en liaison avec les partenaires extrahospitaliers ;

- Services d'hospitalisation réalisant des sevrages simples. Souvent situés dans des services de soins généraux, ils disposent d'une équipe formée à l'addictologie.

Le niveau 2, dit « de recours », est spécifiquement addictologique. L'équipe de professionnels de santé est compétente en addictologie, et les structures proposent des prises en charge spécialisées. Les structures de niveau 2 sont :

- Les unités d'alcoologie de prise en charge aiguë. Elles accompagnent les patients alcoolodépendants dans l'ensemble de leurs problèmes (conduite addictive, complication somatique ou psychiatrique, comorbidités associées). Les personnes sont en hospitalisation complète ou de jour.
- L'hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes. Les patients accueillis se caractérisent par la sévérité de leur dépendance et la gravité de leurs troubles somatiques, neuropsychiatriques et cognitifs.
- Les Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques (SSR-A). Ils permettent aux patients de consolider leur abstinence à la suite des soins en prise en charge aiguë. Ils proposent un projet thérapeutique médico-psycho-social orienté essentiellement sur la réadaptation.

Enfin, les structures de niveau 3 sont des Centres d'Addictologie Universitaires Régionaux qui présentent des moyens d'accompagnement identiques aux structures de niveau 2. Ces centres constituent des lieux de ressources, de recherches et de formations.

I.3. L'accompagnement du patient alcoolodépendant en addictologie

I.3.1. Un accompagnement pluridisciplinaire

La circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 décrit la composition des équipes compétentes en addictologie dans des structures de niveau 2, dont les unités d'alcoologie font partie. Elles peuvent comprendre des praticiens hospitaliers, infirmiers, psychologues, diététiciens, psychomotriciens, assistants sociaux, ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

En effet, en unité d'alcoologie, les modalités d'accompagnement proposées aux patients sont diversifiées. Elles demandent souvent la participation de spécialistes (psychomotriciens, psychologues, ergothérapeutes, etc.), avec qui les infirmiers et les médecins collaborent (Monjauze, 2011). L'intervention de divers professionnels s'impose car l'alcoolodépendance infiltre l'environnement du malade : c'est son système relationnel entier qui est affecté.

I.3.2. L'amélioration de la qualité de vie des patients comme objectif principal

Selon les *Recommandations de bonnes pratiques* de la Société Française d'Alcoologie (2015), l'objectif de l'accompagnement de la personne alcoolodépendante est l'amélioration de sa qualité de vie. Pour ce faire, l'équipe pluridisciplinaire et le patient coconstruisent un projet de soin évolutif et adapté au patient, c'est-à-dire en tenant compte de la particularité de sa situation et de ses souhaits (Dematteis, Pennel, 2017).

La SFA (2015) précise un point fondamental dans l'accompagnement : « *une véritable amélioration de la situation du sujet passe par un changement important de la consommation d'alcool* ». Auparavant, l'abstinence était le seul objectif visé. Aujourd'hui, dans une dynamique de réduction des risques résultant du faible nombre de patients traités par rapport à la prévalence de la maladie ; la réduction de la consommation représente un nouvel objectif thérapeutique.

De plus, l'équipe inscrit le patient au cœur de sa prise en charge en lui permettant d'être acteur (SFA, 2015). Pour cela, en mobilisant les approches psychodynamiques et comportementalistes, elle l'aide à repérer et à mobiliser ses ressources individuelles et environnementales. Ceci dans le but de restaurer ses capacités adaptatives et son autonomie fonctionnelle. Selon Monjauze (2011), « *ce n'est que lorsque l'alcoolique se sent suffisamment confiant en lui-même, moins angoissé, sans honte et en toute liberté, qu'il peut assumer sa pathologie et la contenir* ». Le rôle des professionnels de santé est alors de comprendre le fonctionnement psychique des personnes alcoolodépendantes, afin de les aider à retrouver une estime d'elles-mêmes.

I.3.3. Moyens d'intervention : complémentarité des approches psychodynamique et comportementaliste

Afin d'accompagner le patient dans cet objectif de mieux-être, Rigaud et Simon (2016) expliquent que l'équipe crée une relation de confiance avec la personne alcoolodépendante. Pour cela, elle fait preuve d'une écoute empathique, et reconnaît le sujet dans sa souffrance et son rapport problématique à l'alcool. Elle aide la personne à prendre conscience de son impuissance à maîtriser ses consommations et de la nécessité d'arrêter ou de réduire celles-ci.

Cet accompagnement s'inscrit dans une démarche favorisant l'*empowerment* des patients. Vallerie et Le Bossé (2006) décrivent l'*empowerment* en s'appuyant notamment sur l'auteur Rappaport (*Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention : Toward a Theory for*

Community Psychology, 1987). L'expression « *développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités* » est privilégiée pour décrire la notion d'« *empowerment* » qui se réfère à « *la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie* » (Vallerie, Le Bossé, 2006).

En effet, l'*empowerment* permet à une personne d'accroître ses habilités en faveur de son estime d'elle-même, de sa confiance en elle, de l'initiative et de l'auto-régulation. « *Les études montrent que le sentiment d'empowerment chez les usagers de la psychiatrie est un facteur prédictif puissant de qualité de vie* » (Jouet, 2016).

Petit (2019) ajoute que l'*empowerment* induit des résultats positifs en termes de santé, comme un meilleur bien-être émotionnel, une plus grande autonomie et une motivation à participer. Retrouver un certain pouvoir d'agir permet aux patients d'être acteurs de leur prise en charge et de reprendre le contrôle de leur vie, notamment en consolidant leur conduite de réduction ou d'arrêt des consommations.

Les professionnels de santé prennent aussi en compte l'entourage du patient, car il peut contribuer aux progrès de celui-ci. Afin de pouvoir soutenir la personne alcoolodépendante dans sa démarche, l'entourage est informé sur le mésusage de l'alcool, et peut être inclus, avec accord du patient, à la discussion sur les objectifs et les stratégies thérapeutiques (SFA, 2015).

Face à la diversité des situations - et donc des besoins - et à l'hétérogénéité des individus présentant un mésusage de l'alcool, de multiples interventions à visée thérapeutique sont proposées. Toujours selon la SFA, ces interventions peuvent être médicamenteuses, socioéducatives, prendre diverses formes de psychothérapies, être des approches à médiation corporelle, ou encore des approches familiales ou occupationnelles, réalisées sur le mode ambulatoire ou résidentiel (prise en charge 24 heures sur 24 dans une structure qui assure l'hébergement complet et les soins du patient).

Dans la question 7 des *Recommandations de bonnes pratiques* (2015), la SFA décrit les moyens pharmacologiques mis en œuvre auprès de la personne alcoolodépendante. Les objectifs des traitements médicamenteux sont la prévention ou le traitement du Syndrome de Sevrage Alcoolique ; l'aide à la réduction de la consommation ; l'aide au maintien de l'abstinence ; le traitement des comorbidités somatiques et psychiatriques.

Dans cette même question, la SFA décrit les interventions psychosociales mobilisées dans l'accompagnement des patients. Elles permettent d'aider les patients à développer des

comportements d'adaptation et à mettre en œuvre des stratégies spécifiques de résolution de problèmes.

Comme expliqué précédemment, l'alcool prend le pas, au fur et à mesure, sur les plaisirs et autres habitudes de la personne alcoolodépendante. En effet, le sujet peut utiliser l'alcool pour se procurer un sentiment de bien-être, une anesthésie vis-à-vis des sensations désagréables ou une facilitation du contact humain.

Ainsi, des interventions thérapeutiques aideront la personne dans la reprise d'interactions sociales, la ré-accession à des plaisirs et des rituels diversifiés, ou la récupération d'une attention à son corps et à son apparence par exemple.

D'après la SFA, nous pouvons distinguer différents types d'ateliers proposés dans cet objectif :

- Les activités à médiation corporelle : l'activité physique, les différentes méthodes de relaxation (sophrologie, balnéothérapie, acupuncture, yoga...), etc. ;
- Les activités à médiation d'expression et de créativité proposées par les ergothérapeutes et les art-thérapeutes notamment ;
- Les activités sociothérapeutiques visant à renforcer les capacités relationnelles, souvent très altérées au vu de l'isolement social des patients, et indispensables pour que la personne se sente soutenue dans sa démarche de réduction ou d'arrêt des consommations ;
- Les activités cognitives avec restauration spatiotemporelle : atelier de remédiation cognitive, atelier éducatif sur les troubles liés à l'alcool, gestion du stress, gestion de l'organisation du temps dans une journée...

Cet accompagnement reconnaît le patient dans ses souffrances dans le cadre d'une approche psychodynamique de l'addiction. Il prend également en compte l'environnement du patient, comme le suggère l'approche comportementaliste. La complémentarité de ces deux approches est donc nécessaire pour accompagner au mieux la personne alcoolodépendante à reprendre le contrôle sur sa vie.

I.4. La place de l'ergothérapie en addictologie

Le référentiel d'activités de l'ergothérapeute, en annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, définit l'objectif de l'ergothérapie comme étant « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* ».

Comme nous l'avons vu précédemment, les situations de handicap des personnes alcoolodépendantes naissent de leur perte de pouvoir d'agir. Elles cherchent initialement dans l'alcoolisation un moyen de se protéger contre des émotions négatives, de soulager une souffrance psychique et d'atteindre un mieux-être. Mais cette consommation finit par prendre le pas sur les autres activités de vie quotidienne, créant un « *vide occupationnel et identitaire* » à l'arrêt ou à la réduction de celle-ci. « *Le vide occupationnel [est] défini ici comme un manque d'occupations significatives* » (Vignola-Mir, Desrosiers, Morin, 2017).

L'objectif de l'ergothérapeute est alors « *de permettre à chacun de se construire et de s'épanouir en tant que sujet* » (ANFE, 2016). Le Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (G.R.E.S.M.) de l'ANFE décrit le processus de soin en ergothérapie inscrit dans une approche humaniste.

Dans leur article de recherche, les ergothérapeutes Vignola-Mir, Desrosiers et Morin (2017) ajoutent que la grande majorité des écrits concernant la pratique des ergothérapeutes en santé mentale recommande l'utilisation d'approches non spécifiques à l'ergothérapie telles que : « *l'approche cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, la réduction des méfaits, la prévention de la rechute ainsi que le modèle transthéorique des stades de changement de Prochaska et DiClemente* ». En effet, des changements vont être nécessaires pour retrouver leur pouvoir d'agir.

I.4.1. Vers le changement : le modèle conceptuel humaniste

Dans son ouvrage sur les modèles conceptuels, l'ergothérapeute Morel-Bracq (2017) présente le modèle humaniste comme un outil permettant de créer les conditions propices à la prise de conscience et au changement, en mettant la personne en confiance et en sécurité. Ce modèle est fondé sur les travaux du psychologue Carl Rogers (1965), qui considère que tout être humain tend à se développer. Il suffit de le mettre dans une situation de liberté et de compréhension suffisantes pour qu'il fasse les expériences utiles pour réaliser ses possibilités, pour acquérir

une meilleure connaissance de soi et des autres et pour retrouver les liens affectifs fondamentaux entre humains.

Le modèle humaniste valorise donc l'expérience subjective du sujet, en s'appuyant sur les théories psychanalytiques et comportementalistes. « *Les conflits actuels et les dysfonctionnements de la personne dus à un trouble du développement ou à un manque d'accomplissement personnel* » sont au cœur de l'accompagnement (Morel-Bracq, 2017). Cette approche centrée sur la personne favorise le développement du pouvoir d'agir de celle-ci.

En effet, l'objectif primordial est que l'individu devienne ou redevienne autonome. « *Une importance particulière sera portée aux possibilités de choix et de décision de la personne afin de lui permettre de développer son autonomie* » (Morel-Bracq, 2017).

De plus, l'approche humaniste rejette toute forme de pouvoir exercée par une personne sur une autre. Cela rejoint l'explication de Jouet (2016), qui reprend une déclaration de l'OMS, selon laquelle la clé de l'*empowerment* est la transformation des relations de pouvoir, notamment entre individus. Morel-Bracq (2017) ajoute que le besoin d'authenticité, d'honnêteté, un regard sans jugement et le respect des autres sont des concepts importants dans ce modèle.

Le rôle de l'ergothérapeute est d'aider le patient dans un processus de changement, afin que ce dernier s'accepte tel qu'il est. Cette acceptation améliorera le sentiment de liberté et d'autonomie de la personne et lui permettra d'avoir la capacité de contrôler son environnement.

Morel-Bracq (2017) cite toutefois des limites à l'utilisation de ce modèle. Par exemple, le processus peut être lent, les objectifs d'intervention peuvent être flous, ou encore la personne peut être submergée par la quantité de choix à sa disposition au moment de prendre une décision. Cela pourrait alors l'inscrire dans une situation de frustration qui pourrait être difficile à gérer seule. Des angoisses pourraient surgir. Il sera alors du rôle de l'ergothérapeute d'accompagner la personne de façon plus directive dans sa prise de décision ; pour progressivement lui permettre de surmonter ses angoisses et l'amener vers une prise de décision autonome.

I.4.2. Le rôle de l'ergothérapeute

Selon le G.R.E.S.M (ANFE, 2016), la démarche « *vise toujours l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie de la personne* ». Klein (2016) précise que l'ergothérapie s'inscrit dans une démarche « *plus ciblée qui cherche des finalités parfois tournées vers la resocialisation et la réinsertion* ».

Dans cette même optique, le G.R.E.S.M insiste sur le fait que l'intervention se réfléchit, se prépare et s'évalue. L'ergothérapeute s'engage, de façon rigoureuse et méthodique, dans un véritable processus de soin et de changement par l'activité, dont voici les différentes étapes décrites par l'ANFE (2016).

1.4.2.1. Recueil de données et évaluation

Cette étape permet d'identifier les paramètres de la situation d'une personne, sur les plans clinique, environnemental et motivationnel. L'ergothérapeute recherche en particulier les ressources mobilisables ainsi que les facteurs facilitateurs et les freins au changement.

Ces données sont recueillies auprès de la personne elle-même, son entourage, et dans le dossier du patient. A l'occasion d'un premier entretien ou d'un échange informel, la personne est encouragée à exprimer ses attentes, ses besoins, ses valeurs. Pour compléter son diagnostic ergothérapique, l'ergothérapeute dispose de différentes évaluations à sa disposition. Qualitatives et/ou quantitatives, elles peuvent être des bilans standardisés ou prendre la forme d'observations cliniques lors de mises en situation d'activité.

1.4.2.2. Diagnostic ergothérapique

Synthèse et analyse de l'évaluation, le diagnostic permet d'identifier la nature occupationnelle d'une personne. C'est-à-dire son niveau d'engagement dans des activités ayant pour elle une valeur personnelle et/ou socioculturelle, et qui sont le support de sa participation à la société (soins personnels, productivité, loisirs). Une fois le diagnostic établi, la co-construction du plan d'intervention avec la personne est une étape importante. En effet, cela participe à impliquer la personne et à la rendre active dans sa prise en charge.

1.4.2.3. Les objectifs

Les objectifs de l'intervention sont en accord avec les choix de la personne et avec l'intervention globale de l'équipe de soins. « *Ils sont hiérarchisés, organisés dans le temps et régulièrement réévalués* » (Meyer, 2007). La lecture d'*Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2016) m'a permis d'énoncer clairement les objectifs de l'ergothérapie en addictologie.

L'ergothérapeute accompagne dans un premier temps les patients dans la prise de conscience et la compréhension de leur maladie. Dans un second temps, et dans l'espace protégé de l'atelier d'ergothérapie, le thérapeute accompagne les patients à lâcher prise, vers l'acceptation de leur maladie. Ils sont accompagnés dans l'amélioration de la gestion de leurs émotions (Vignola-

Mir, 2017). Ils sont encouragés dans une dynamique de changement basée sur la motivation et l'engagement (ANFE, 2016).

Lors des ateliers, l'ergothérapeute redonne aux patients la capacité de choisir et d'agir. Pour cela, il encourage la prise de décision et l'engagement de la personne dans son propre processus de soin. Cet engagement est facilité par la réalisation d'activités qui ont du sens pour elle et qui sont valorisantes. Elle est encouragée à reprendre des activités et rôles significatifs (Vignola-Mir, 2017). De même, les activités valorisantes permettent au sujet de reprendre confiance en lui et de recouvrer une certaine estime et affirmation de soi.

En effet, l'activité permet aussi à la personne alcoolodépendante de prendre conscience de ses capacités, afin de redevenir un être agissant, autonome et participant, mais aussi un être de créativité et de relation. Winnicott donne la définition suivante de la créativité : « *une attitude face à la réalité extérieure [...] qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. [...] un être créatif serait donc capable de vivre autonome selon son désir, en le confrontant aux contraintes de la réalité extérieure* » (Ménard, 2016).

Dans une dynamique d'amélioration de la qualité de vie des patients, recouvrir sa créativité serait alors indispensable. En effet, selon Anzieu (1981), c'est pour sortir d'un état de crise, source de déplaisirs, que le sujet va inventer et innover afin de rétablir son équilibre de vie, « *retrouver sa confiance dans sa propre continuité, dans sa capacité d'établir des liens, entre lui-même, le monde, les autres, dans sa faculté de jouer, de symboliser, de penser, de créer* ». Ménard (2016) ajoute que pour être l'auteur de son existence, le sujet doit développer sa créativité tout au long de sa vie, « *dans un mouvement permanent de recherche d'équilibre, ajustant ses désirs et la réalité* ». Elle conclut en expliquant que le travail du thérapeute consiste à « *amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire* ». Pour cela, l'ergothérapeute incite la personne à exprimer ses ressentis lors des séances.

Une fois les objectifs établis, l'ergothérapeute réfléchit aux modalités de l'intervention : nature des séances, lieu et moyens. La fréquence et la durée des séances sont conditionnées par les objectifs recherchés et le fonctionnement institutionnel. Le choix du dispositif (relation, cadre, médiation) est tout aussi important et réfléchi que la définition des objectifs.

1.4.2.4. Les moyens d'intervention

Il s'agit de comprendre comment l'ergothérapeute intervient dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie des patients. L'ergothérapeute a 3 moyens d'action à sa disposition : la relation, la médiation et le cadre.

L'instauration d'une alliance thérapeutique personnalisée avec les patients est un support fondamental tout au long de l'intervention (ANFE, 2016). L'ergothérapeute se questionne sur les modalités de la relation de confiance, en évaluant la distance thérapeutique à adopter avec chaque patient. Son écoute est active, dénuée de jugement, afin que le patient puisse se sentir compris et en sécurité avec le thérapeute.

L'activité thérapeutique en psychiatrie et donc en unité d'alcoologie, fait fonction de médiation. « *Elle n'est pas un but en soi, mais joue le rôle d'interface entre le sujet et sa problématique* » (ANFE, 2016). Comme nous l'avons évoqué précédemment, les personnes alcoolodépendantes s'alcoolisent pour anesthésier leurs sensations, leurs émotions, pour soulager un conflit avec la réalité. La rencontre avec la matière leur permettra de faire face à ces sensations et émotions. Elles pourront exprimer leur ressentis, aidées de l'ergothérapeute. L'activité est donc un moyen de projection des ressentis du patient, afin qu'il en prenne conscience. « *L'objet créé n'a pas de vocation esthétique ou fonctionnelle, il accompagne le processus dynamique de changement et sert de support relationnel* » (ANFE, 2016).

L'ergothérapeute s'interroge également sur les modalités du cadre thérapeutique, afin que celui-ci permette aux patients de se sentir protégés, contenus et soutenus par un thérapeute bienveillant. Le cadre thérapeutique correspond au « *dispositif de soin proposé au patient, intégré dans le dispositif global qui est l'institution ; il s'articule avec elle, [...]* » (Ménard, 2016). Pour cela, l'ergothérapeute définit des règles précises (horaires, interdits, déroulement de séance, etc.) dont il est garant. L'ergothérapeute doit penser le cadre en permanence pour s'ajuster aux besoins des patients (Klein, 2016).

S'il se sent protégé, le patient pourra accéder à un espace de repos, qui deviendra au fur et à mesure de son accompagnement, un espace de création et de communication. Cet espace, qui permet de vivre ou revivre des expériences, seul ou avec d'autres patients, est limité à l'atelier d'ergothérapie et est particulier. Plus il développe sa créativité, plus le patient osera des choses et pourra trouver des solutions face à ses problèmes. « *L'atelier est une sorte de laboratoire d'expériences sensorielles, humaines, émotionnelles, intellectuelles, manuelles... [...] Oser en*

atelier, pour ensuite « transposer » dans la vraie vie, toutes ces expériences positives, ou négatives, mais reprises avec des mots, qui donnent du sens à ce qui se joue » (Carlier, 2016).

En effet, le G.R.E.S.M (2016) confirme que l'atelier d'ergothérapie constitue un espace d'expériences et d'échanges, qui permet au patient de s'exprimer en tant que sujet, à travers ses désirs, ses craintes ou encore son vécu de la maladie. Cet espace met en jeu les ressentis et la créativité de chaque individu.

Pour expliquer la particularité de cet espace, Ménard s'appuie sur la théorie de l'objet transitionnel de Winnicott : « *L'objet transitionnel permet à l'enfant tout en dépassant ses angoisses de séparation, d'accéder à son imaginaire, il vient à la place de la mère. Pour Winnicott, l'enfant perçoit [l'objet transitionnel, son doudou] par rapport à son Moi naissant, ni tout à fait dedans, ni tout à fait dehors, il le perçoit dans une aire intermédiaire : l'espace transitionnel* » (Ménard, 2016). De la même façon, dans l'atelier d'ergothérapie, et à travers l'activité, l'objet réalisé par le patient lui permet d'accéder à son imaginaire, de trouver ou retrouver sa créativité. Cet espace de créativité est nommé « *espace potentiel* » par Winnicott. Au fur et à mesure, l'ergothérapeute s'efface en douceur, tout en restant attentif à ce qui se joue en atelier. Chaque patient est encouragé à prendre de plus en plus d'initiatives jusqu'à une autonomie maximale.

Afin de donner au patient les meilleures conditions pour développer sa créativité, le cadre se doit d'être vivant et non figé. Bagnères (2016) ajoute que dans un acte créateur, le patient expérimente deux types de relation : celle qu'il entretient avec lui-même, et celle qu'il entretient avec l'autre et le monde extérieur.

I.4.3. Le rôle du groupe de patients

Anzieu et Martin (1968) définissent différents types de groupe, dont le groupe restreint. Celui-ci présente les caractéristiques suivantes :

- Un nombre restreint de membres, tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu ;
- Une poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, dotés d'une certaine permanence, assumés comme buts du groupe, répondant à divers intérêts des membres, et valorisés ;
- Des relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathies, antipathies, etc.) et constituer des sous-groupes d'affinités ;

- Une forte interdépendance des membres et un sentiment de solidarité ; une union morale des membres du groupe en dehors des réunions et des actions en commun ;
- Une différenciation des rôles entre les membres ;
- Une constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code du groupe).

Toutes ces caractéristiques ne sont pas nécessairement présentes simultanément dans le même groupe. Nous allons nous intéresser à ce type de groupe car, comme il sera décrit dans les lignes qui suivent, ses caractéristiques permettent de créer la dynamique de groupe recherchée en atelier d'ergothérapie. En effet, Anzieu et Martin (1968) précisent que les phénomènes de groupe se manifestent pleinement à partir de 4 membres, car le nombre de relations possibles deux à deux dépasse le nombre de membres.

Ces phénomènes de groupe cités par Anzieu et Martin correspondent à la notion de « dynamique de groupe » définie par Lewin en 1944 comme étant l'étude des forces qui permettent ou empêchent le groupe d'agir. Lors de la mise en application de son approche clinique de la dynamique de groupe, Lewin décrit un nombre optimal de participants, entre 8 et 12 environ.

Dans un article sur la dynamique de groupe rédigé pour l'encyclopédie Universalis, Anzieu (2004) précise que 2 grands courants scientifiques abordent l'étude des petits groupes : un courant qui prend modèle dans les sciences physiques et qui a été porté par le psychologue Lewin et un courant d'inspiration psychanalytique.

1.4.3.1. Perspective lewinienne

Le premier courant, inspiré par Lewin, décrit l'action d'un individu à partir de l'interaction entre le sujet et son environnement à un moment donné (Anzieu, 1968). Cette interaction est dynamique, c'est un système de forces en équilibre. Le groupe, composé des interactions dynamiques de chaque membre, constitue lui-même un système de forces en équilibre.

La notion d'équilibre (et la tension que provoque le déséquilibre) est pour Lewin un élément explicatif déterminant, non seulement de la conduite individuelle et des groupes, mais aussi du changement (Aebischer, Oberlé, 2007). Selon l'analyse de Lewin, le changement correspond à la recherche d'un nouvel équilibre à partir de la rupture de l'ancien. Ce changement se réalise par l'action des membres du groupe.

Aebisher et Oberlé (2007) parlent également du groupe comme d'un lieu de changement : « *C'est avec les autres et dans des groupes que l'homme cherche à agir sur son environnement et à le transformer* ». Ces auteures s'appuient notamment sur Sartre, pour qui « *les groupes ont pour objet même le changement* », pour décrire le processus d'action, qui mènera au changement, dans les groupes.

Ce processus débute par une étape d'« *inertie initiale* ». En effet, la plupart des situations de la vie quotidienne des personnes alcoolodépendantes sont caractérisées par l'inertie et l'impuissance ; et l'individu rencontre des difficultés à y remédier seul. L'impuissance apparaît alors comme le point commun qui unit les membres d'un groupe.

Vient ensuite l'étape de la « *découverte de l'interdépendance* ». Les individus prennent conscience de leur impuissance commune, ce qui leur permet d'établir une relation. Voyant leur caractère commun et non ce qui les oppose, les personnes découvrent en l'autre leur propre avenir, et peuvent ainsi se projeter. Alors, les intérêts individuels deviennent communs, et les membres du groupe prennent conscience que c'est en comptant les uns sur les autres et en agissant ensemble qu'ils pourront lutter contre leur impuissance.

Parallèlement, le groupe prend conscience qu'il existe d'autres groupes, qui défendent des intérêts différents du sien. Cela renforce son sentiment d'identification à son propre groupe.

Enfin, la dernière étape du processus est la « *logique de l'action* » : les groupes se constituent dans l'action, contre « *l'inertie des collectifs* ». Les membres du groupe découvrent qu'ils peuvent transformer leurs conditions d'existence et non les subir, et dont l'action s'affirme comme négation de l'impuissance.

Anzieu et Martin (1968) précisent que la prise de décision en groupe engage plus à l'action qu'une décision individuelle. Pour Lewin, l'expérience, notamment en matière d'alcoolodépendance, « *montre qu'il est plus aisé de changer des individus constitués en groupe que de changer chacun d'eux séparément* ». Le groupe agit sur l'individu et conditionne son engagement dans l'action, ce qui améliore son sentiment d'efficacité.

Cette première approche de la dynamique de groupe fait sens auprès des patients alcoolodépendants, car comme nous l'avons décrit précédemment, ils se retrouvent dans une forme d'inertie et d'impuissance. Le groupe favoriserait la prise de décision, l'action, et ainsi le changement de ses membres. Ce processus permettrait aux patients de retrouver leur pouvoir d'agir.

1.4.3.2. Perspective psychanalytique

Ce deuxième courant décrit par Anzieu (2004), repose sur la théorie de Freud selon laquelle la cohésion d'un groupe provient de l'identification de ses membres au même « *idéal du moi* ». Freud décrit l'« *idéal du moi* » dans sa deuxième topique comme un modèle auquel le sujet cherche à se conformer. Pour Anzieu (2004), la notion d'« *illusion groupale* » décrit un état psychique de bien-être des membres qui constituent un bon groupe : « *l'illusion groupale provient de la substitution au moi idéal de chacun, d'un moi idéal commun* ». Cela permet d'instaurer un sentiment d'appartenance au groupe, qui permettra de limiter les angoisses de ses membres. Une fois leurs angoisses diminuées, les membres du groupe sont en capacité de communiquer plus facilement et de réaliser des expériences à travers la médiation proposée par l'ergothérapeute.

Cette deuxième approche fait également sens auprès des personnes alcoolodépendantes, car celles-ci font face à des angoisses, comme le décrit l'approche psychodynamique de l'addiction. La diminution des angoisses grâce au sentiment d'appartenance au groupe engendre un sentiment de sécurité. Les patients peuvent alors accéder à l'espace de création et de communication proposé par l'ergothérapeute en atelier.

1.4.3.3. Intérêt thérapeutique de l'utilisation du groupe

Quelin et Rouchy (2001) présentent les intérêts thérapeutiques de l'utilisation du groupe, notamment dans une thérapie utilisant la médiation, telle que l'ergothérapie.

Comme nous l'avons décrit précédemment, les patients sont souvent isolés, familialement, professionnellement, amicalement, etc. L'utilisation du groupe leur permet de côtoyer à nouveau d'autres personnes et de ressentir la richesse des échanges humains. Les patients sont confrontés aux différences d'autrui et peuvent ainsi mieux les accepter.

De plus, « *les fonctions expressives et relationnelles du groupe à médiation vont assurer la contention souhaitée pour ces patients fragilisés* » (Quelin, Rouchy, 2001). En effet, le groupe protège ses membres, et se sentant en sécurité, ils se permettent d'oser des expériences.

La médiation est une des composantes du dispositif d'intervention mis en place par l'ergothérapeute. C'est une activité thérapeutique qui vise l'évolution psychique des patients alcoolodépendants. En effet, les interventions en groupe ont une fonction de miroir pour le sujet, qui s'identifie aux autres membres du groupe. De plus, « *l'expérience partagée autour de la médiation sera l'occasion de découvrir [leur] propre position à l'égard des autres et de travailler à un changement* ».

Le médiateur serait alors non seulement le support de la communication mais aussi de la créativité, de la richesse interne de chacun, facilitant le partage de niveaux émotionnels profonds. Les personnes du groupe pourront ainsi s'approprier le sens proposé par l'ergothérapeute concernant ce qu'elles expérimentent lors d'une activité.

Les deux courants d'analyse de la dynamique de groupe nous permettent donc de comprendre l'intérêt de l'accompagnement en groupe en ergothérapie des patients alcoolodépendants. Être entouré de personnes qui connaissent les mêmes difficultés crée un sentiment d'appartenance à un groupe. Ce sentiment permet de soulager les membres du groupe de leurs angoisses et de se reconnaître dans les expériences de chacun. Se sentant en sécurité dans un groupe idéal, les membres retrouvent leur capacité d'action et de décision. Ils retrouvent leur créativité, expriment leurs ressentis, et partagent les expériences qu'ils vivent en atelier. L'ergothérapeute aide ainsi les patients à entrer dans un processus de changement, qui leur permettra de retrouver leur pouvoir d'agir.

Pour répondre à la question de départ « **De quelle manière l'ergothérapeute accompagne le groupe de patients alcoolodépendants en unité d'alcoologie lors d'un changement de cadre thérapeutique ?** », ma démarche exploratoire a porté sur plusieurs aspects.

J'ai d'abord réalisé des recherches afin de mieux appréhender le trouble psychiatrique que représente l'alcoolodépendance. Les approches psychodynamique et comportementaliste de l'addiction m'ont permis de comprendre le fonctionnement et les conséquences de l'alcoolodépendance sur la vie quotidienne des personnes. Celles-ci consomment initialement pour soulager leurs angoisses, ou rechercher un mieux-être. Au fur et à mesure que la dépendance s'installe, les personnes délaissent leurs activités de vie quotidienne et s'alcoolisent par besoin. Elles perdent le contrôle de leur vie et donc leur pouvoir d'agir.

Ces différentes étapes ont modifié mon axe de recherche. La question de départ a alors évolué vers la question de recherche suivante : « **De quelle(s) manière(s) l'accompagnement en groupe en ergothérapie influence le pouvoir d'agir des patients alcoolodépendants en unité d'alcoologie ?** »

De nouvelles lectures sur les notions de « perte du pouvoir d'agir », « empowerment », « dynamique de groupe » et sur l'accompagnement en ergothérapie ont été réalisées.

L'accompagnement des patients alcoolodépendants se réalise dans un objectif d'amélioration de leur qualité de vie. Pour cela, il s'inscrit dans une démarche de développement du pouvoir d'agir des patients, qui leur permet de reprendre le contrôle de leur vie.

L'ergothérapeute participe à cette démarche en redonnant au patient la capacité de choisir et d'agir en atelier. Se sentant en sécurité grâce à la relation thérapeutique et au cadre établi par le thérapeute, les patients retrouvent confiance en leurs capacités à travers l'activité. Ils expérimentent des émotions, des relations avec les autres membres du groupe, leur créativité. L'ergothérapeute soutient le patient, et l'aide à donner un sens à ce qu'il expérimente, afin qu'il puisse initier un processus de changement en transposant ses expériences dans sa vie quotidienne.

Dans ce dispositif d'intervention, le groupe apparaît comme un moyen d'aider le patient à entrer dans un processus de changement, grâce au partage d'expériences autour de la création.

L'ensemble de cette démarche exploratoire me permet alors de formuler l'hypothèse suivante :
Le partage d'expériences en atelier d'ergothérapie aide les patients alcoolodépendants à mobiliser leurs ressources personnelles pour initier un processus de changement, qui leur permettra de développer leur pouvoir d'agir.

DEUXIEME PARTIE : CADRE DE RECHERCHE

II.1. Méthodologie d'enquête

II.1.1. Choix de la méthode

Afin de réaliser l'enquête de ce travail de recherche, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Ma problématique amenant à des réponses qualitatives, cet outil d'investigation m'a semblé être le plus pertinent pour recueillir ce type de données. En effet, mon but était d'obtenir le ressenti des patients concernant l'influence du groupe sur leur pouvoir d'agir.

J'ai d'abord réalisé un guide d'entretien, dont vous pourrez trouver le contenu en Annexe III. Il est composé de 7 questions réparties en 3 thèmes :

- L'histoire de la personne (profil et histoire de la maladie) ;
- L'accompagnement en groupe en ergothérapie ;
- Le ressenti de la personne concernant l'influence du groupe sur son pouvoir d'agir.

La comparaison et l'analyse des données recueillies lors des entretiens me permettront d'apporter une réponse qualitative à ma problématique, et ainsi valider ou non mon hypothèse.

II.1.2. Population cible

L'enquête réalisée cible une population de 3 patients alcoolodépendants, ayant été accompagnés en groupe en ergothérapie au sein d'une unité d'alcoologie. Je choisis d'interroger d'anciens patients, afin de recueillir le ressenti des personnes directement concernées par l'objet de ma recherche.

Tous les participants sont majeurs et volontaires. Ce sont des personnes sevrées de l'alcool, qui ont réalisé au moins une hospitalisation en unité d'alcoologie.

J'ai exclu de cette enquête les patients n'ayant pas été accompagnés en ergothérapie, ou accompagnés uniquement en individuel ; ainsi que les patients n'ayant pas été hospitalisés en unité d'alcoologie.

II.1.3. Objectifs de l'enquête

A partir de l'hypothèse énoncée précédemment, voici les différents objectifs de recherche que je formule :

- Comprendre le contexte de l'alcoolodépendance des personnes interviewées.

Cet objectif me permettra de me représenter les approches psychodynamiques et comportementalistes de l'addiction auprès de ces personnes.

- Identifier la manifestation du pouvoir d'agir de chaque personne interviewée.

Le pouvoir d'agir est propre à chacun. Cet objectif me permettra de comprendre quelles activités sont signifiantes pour une personne.

- Identifier la perte du pouvoir d'agir chez les personnes interviewées.

Après avoir compris comment se manifeste le pouvoir d'agir de la personne interviewée, il s'agira de comprendre comment l'alcool a affecté ce dernier.

- Identifier l'expérience du groupe en ergothérapie.

De même que le pouvoir d'agir, l'expérience du groupe est propre à chacun. En fonction de ce que la personne recherche dans son rapport à l'autre, son expérience du groupe sera différente. Cet objectif me permettra de mettre en évidence les différents vécus du groupe.

- Identifier l'influence du groupe sur le pouvoir d'agir de chaque personne interviewée.

Enfin, il s'agira de comprendre le ressenti des personnes interviewées concernant l'influence des autres patients du groupe sur leur propre pouvoir d'agir.

II.1.4. Mise en œuvre de l'enquête

Afin de constituer un échantillon, j'ai sollicité une association d'entraide entre patients (type Alcooliques Anonymes) dont les coordonnées m'ont été communiquées par mon ancienne référente de stage en unité d'alcoologie. Après avoir présenté mon sujet et ma démarche à deux représentants de cette association, j'ai pu assister à une réunion de l'association. Au cours de celle-ci, j'ai rencontré d'anciens patients ayant fréquenté l'unité d'alcoologie dans laquelle j'ai effectué un stage. C'est ainsi que 3 personnes se sont portées volontaires pour être interviewées. L'ensemble des entretiens a été réalisé fin mars 2019. J'ai rencontré les personnes à leur domicile, ou au local de l'association. Une autorisation d'enregistrement a été signée par chacune. Le respect de l'anonymat était aussi précisé sur cette autorisation. Voici le récapitulatif de ces différents entretiens :

Entretiens	N	T	L
Date	24/03/19	30/03/19	31/03/19
Durée	1 h 10 min	34 min	39 min
Conditions	Rencontre en face à face		

Vous pourrez trouver la retranscription de l'entretien de T. en Annexe IV.

II.2. Résultats de l'enquête

II.2.1. Synthèse des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, selon chaque thème abordé au cours des entretiens.

II.2.1.1. Histoire personnelle

Profil	N	T	L
Sexe	Femme	Homme	Femme
Âge	46 ans	54 ans	68 ans
Situation familiale	En procédure de divorce ; 1 fille de 11 ans	Remarié depuis 2006 ; 1 fils de 27 ans	Divorcée, en couple depuis 15 ans ; 3 enfants et 2 petites filles de 4 et 11 ans
Situation professionnelle	Auxiliaire de Vie Scolaire	Agent de sûreté aéroportuaire en invalidité	Secrétaire d'assistante sociale à la retraite

Histoire de la maladie	
N	<p>N. décrit sa première alcoolisation comme tardive, car « <i>ce n'était pas quelque chose qui [l]'attirait parce qu'[elle] avait un oncle et des grands-pères alcooliques</i> ». Vers 20 ans, elle commence à consommer de l'alcool de façon festive.</p> <p>Plusieurs événements traumatiques arrivent par la suite dans sa vie : son jeune fils décède dans un accident de voiture. C'est au moment où ses conditions de travail se détériorent que l'alcool s'immisce petit à petit. Après ses journées de travail « <i>horribles</i> », elle consomme « <i>pour décompresser</i> », car elle a « <i>besoin d'un moment à [elle]</i> ». Ses conditions de travail sont les causes d'un burn-out et d'une dépression.</p> <p>Sur les conseils de son médecin traitant, elle débute une thérapie avec un psychologue. Cette thérapie fait ressurgir des souvenirs atroces en rapport avec la mort de son fils. Elle consomme alors pour « <i>soulager les douleurs et les crises d'angoisse</i> » : « <i>c'était insoutenable</i> ». Elle s'alcoolise en cachette, quand son mari est au travail et sa fille à l'école.</p>

	<p>Face à ses comportements à risque (coma éthylique, mélange d'anxiolytiques et d'alcool), son mari est inquiet. « <i>Cela a réveillé en lui un côté sombre, c'est-à-dire qu'il devenait très violent verbalement</i> ». Une violence qui deviendra occasionnellement physique.</p> <p>La reprise de son travail entraîne des conflits avec ses collègues ; et à la suite d'une injustice professionnelle, elle s'alcoolise à nouveau. Elle fait alors face à une « <i>violence insoutenable</i> » de la part de ses proches qui ne comprennent pas son comportement : « <i>Pour eux, l'alcoolisme c'est un vice, quelque chose que l'on doit contrôler. [...] ils n'acceptaient pas que ce soit une maladie</i> ». « <i>Au lieu de me couvrir d'amour, j'ai eu de la violence</i> ». Elle culpabilise de ne pas pouvoir contrôler son addiction : « <i>C'est ma faute si j'avais reçu des coups</i> ».</p>
T	<p>T. a vécu 30 ans au Venezuela, où il était directeur d'un hôtel 4 étoiles. Il a toujours consommé de l'alcool « <i>d'une manière sociale, surtout quand on travaille dans l'hôtellerie</i> ». Son rythme de vie et ses relations font qu'il développe une addiction à la cocaïne. Il se rend compte que la seule manière de sortir de cette addiction est de « <i>sortir du cadre</i> ». Il rentre alors en France pour « <i>commencer une nouvelle vie</i> ».</p> <p>Il se remarie, fait construire sa maison, travaille en tant qu'agent de sûreté aéroportuaire. Mais le « <i>choc émotionnel est très fort</i> ». Il se sent « <i>rabaissé psychologiquement</i> » car son travail est moins prestigieux que l'ancien. Il recommence sa vie dans son pays de naissance « <i>mais qui n'était pas [son] pays à la fois car [il] a vécu plus de 30 ans au Venezuela</i> ».</p> <p>Puis il apprend qu'il est atteint d'une maladie auto-immune, la spondylarthrite ankylosante. « <i>C'est une maladie évolutive, dont on ne guérit pas</i> ». La reconnaissance d'invalidité au travail lui est attribuée. Il se sent « <i>rabaissé physiquement</i> » et « <i>il a fallu travailler l'acceptation de la maladie</i> ».</p> <p>Il a alors besoin de « <i>[sa] boisson comme exutoire</i> ». « <i>J'avais besoin de quelque chose qui me donnait de l'euphorie</i> ».</p> <p>Parallèlement, à son retour en France, il accueille chez lui sa mère qui devient de plus en plus dépendante. « <i>Ma mère exerçait une pression telle que j'avais une haine envers mes frères qui ne m'aidaient pas. [...] J'avais besoin d'un exutoire... C'était un appel au secours quelque part</i> ».</p> <p>Il se cache pour boire, et il lui arrive de se faire surprendre par sa mère. Il cache ses bouteilles, que sa femme et son fils retrouvent parfois.</p>

L	<p>C'est toujours une question que L. se pose : « <i>Depuis quand au juste ça a commencé ?</i> ». Elle n'arrive pas à se prononcer, notamment car « <i>[son] père était du Nord</i> ». C'était une tradition familiale de commencer à consommer de la bière lors du repas vers 10-12 ans. Vers 18 ans, lorsqu'elle commence à sortir avec des amis, elle découvre l'alcool fort. Plus tard avec son ex-mari, elle a l'habitude de prendre l'apéritif. Son ex-mari est souvent absent : il travaille beaucoup la semaine et est entraîneur d'une équipe de football le weekend. L. commence à augmenter sa consommation d'alcool « <i>parce qu'[elle] s'ennuyait</i> ». « <i>[Son ex-mari] n'était pas là de la semaine, pas là le weekend. Donc moi, fort souvent, j'abusais au niveau de l'alcool</i> ».</p> <p>Puis sa sœur, « <i>qui était pour ainsi dire [sa] jumelle car [elles] n'avaient qu'un an d'écart</i> » a succombé à un cancer du pancréas. Le décès de celle-ci a « <i>complètement affecté</i> » L., et sa consommation d'alcool a été plus importante.</p> <p>Elle prend la décision de se faire hospitaliser à la suite d'un ultimatum que ses enfants lui donnent : ils ne veulent plus la voir tant qu'elle ne se soigne pas. Elle s'alcoolise juste avant son entrée en unité d'alcoologie. « <i>Je suis rentrée à 2 heures de l'après-midi mais le matin j'avais bu. Le médecin me l'a demandé. J'en avais besoin, j'étais trop stressée</i> ».</p>
----------	---

Perte du « pouvoir d'agir »	
N	<p>Lorsque N. s'alcoolisait, elle ne faisait « <i>pas grand-chose</i> » de ses journées. En effet, « <i>tout devient difficile : gérer ses crises d'angoisse, ce mal-être malgré les séances de psy, cette dépendance à l'alcool parce que j'étais vraiment dépendante j'en avais vraiment besoin, j'étais dans un cercle infernal</i> ». Elle considère que « <i>quand on est malade alcoolique, on n'est plus l'auteur de sa vie. C'est la boisson. C'est elle qui contrôle notre vie</i> ».</p>
T	<p>T. décrit la période où il s'alcoolisait comme un « <i>espace-temps noir de [sa] vie</i> ». Il occupait ses journées « <i>à dormir, regarder la télé, sortir dans le jardin, toujours en buvant</i> ». « <i>Tout devient compliqué</i> » : les tâches ménagères, administratives. « <i>Non seulement pour moi – déjà j'avais du mal – mais en plus il fallait que je le fasse pour ma mère</i> ». Il culpabilise de laisser ces tâches à sa femme qui travaille, alors qu'il a plus de temps pour les réaliser depuis qu'il est en invalidité de travail.</p>

L	<p>L. voit sa situation se dégrader progressivement. Elle perd le contrôle : « <i>A partir de 10 heures c'était un verre de vin blanc, puis un autre et un autre... J'ai vu que cela empirait, que c'était de pire en pire. Je me cassais la figure. J'avais des absences à ne pas me souvenir de ce que j'avais dit, de ce que j'avais fait, vu à la télé</i> ».</p> <p>Elle ne se reconnaît plus : « <i>A partir du moment où j'avais bu 5/6 verres ça commençait à aller. Mais ça commençait à aller mal parce que je n'étais plus moi-même</i> ».</p> <p>La seule chose qui lui fait envie est de s'alcooliser : « <i>La première chose que je faisais en me levant c'était de boire un coup. Le lendemain matin je recommençais et ça pendant des mois</i> ». L'alcoolisation prend le pas sur les autres activités : « <i>La maison, je ne vous en parle pas c'était un vrai souk. Je ne faisais plus de ménage. Je ne faisais que dormir. Je ne mangeais presque rien et je buvais de l'alcool toute la journée</i> ».</p>
----------	---

II.2.1.2. Accompagnement en groupe en ergothérapie

Parcours de soin en addictologie	
N	<p>La prise en charge en addictologie de N. commence sur les conseils de son généraliste. En réponse à une crise d'angoisse, N. s'est alcoolisée massivement, et son mari a dû appeler les pompiers. Lorsqu'elle en informe son médecin, celui-ci lui conseille de prendre rendez-vous au CSAPA avec un médecin addictologue. « <i>Avec la pression de [son] mari</i> », elle est allée au rendez-vous, et « <i>ça en est resté là</i> ».</p> <p>A la suite d'une autre alcoolisation massive, N. reprend rendez-vous au CSAPA « <i>pour faire plaisir</i> » à ses proches. Le médecin addictologue décide de l'hospitaliser dans un service réservé aux femmes, et pour une durée de trois mois. C'est lors de cette hospitalisation qu'elle découvre l'ergothérapie en psychiatrie.</p> <p>Sortie d'hospitalisation, elle est abstinente pendant 7 mois. Elle a des rendez-vous réguliers avec le médecin addictologue, la psychologue, le médecin traitant, et elle participe aux réunions des associations de patients.</p> <p>Elle rechute après une altercation violente avec une femme qui se dit être la maîtresse de son mari. Le médecin addictologue décide de l'hospitaliser en unité d'alcoologie, où elle découvre l'ergothérapie en groupe, et notamment avec des hommes.</p> <p>N. est abstinente depuis sa sortie de l'unité d'alcoologie.</p>
T	<p>Le parcours de soins en addictologie de T. commence lorsqu'il manque de tomber dans les escaliers à cause de son état d'ébriété. Sa femme appelle les urgences, et T. se promet :</p>

	<p>« <i>plus jamais ça</i> ». Il recherche sur internet l'aide dont il pourrait bénéficier dans sa ville. Il trouve les coordonnées du CSAPA et d'une association de patients.</p> <p>Il prend rendez-vous au CSAPA et fixe une date d'entrée en unité d'alcoologie avec le médecin addictologue. Puis, alors qu'il s'est alcoolisé « <i>de façon consciente</i> » pour soulager un « <i>coup de blues</i> », il conduit et se fait arrêter par la police. Il se retrouve en garde à vue : « <i>Il était là le déclic : dans la cellule. Quand je me suis retrouvé 24 heures sans un verre d'eau sans rien</i> ». Il est hospitalisé en unité d'alcoologie à la date prévue, mais avec une obligation de soins afin de retrouver l'autorisation de conduire.</p> <p>T. est abstinente depuis sa garde à vue.</p>
L	<p>C'est le psychiatre de ville de L. qui lui propose sa première hospitalisation, pour un sevrage. Après celui-ci, elle bénéficie d'une postcure. Elle « <i>replonge pas longtemps après</i> ».</p> <p>Une deuxième cure, de 3 mois, lui permet d'être abstinente pendant 7 ans.</p> <p>Le décès de sa sœur à la suite de son cancer « [1] <i>'a complètement affecté et [elle s'est] remise un peu à boire et puis cela a été crescendo</i> ».</p> <p>Son psychiatre parti à la retraite, « <i>elle n'a plus eu personne pendant un moment</i> ».</p> <p>Voyant la situation de L. se dégrader, ses enfants lui ont donné un ultimatum : « <i>Ils m'ont dit "Maman, si tu ne te soignes pas, on ne veut plus te voir"</i> ».</p> <p>L. décide alors de consulter un médecin addictologue au CSAPA pour lui demander d'être hospitalisée « <i>dans les plus brefs délais</i> ». Elle entre en unité d'alcoologie peu de temps après.</p> <p>L. est abstinente depuis sa sortie de l'unité d'alcoologie.</p>

Accompagnement en ergothérapie	
N	<p>Les « <i>paroles bienveillantes</i> » et l'aide de l'ergothérapeute pendant les activités ont dissipé les inquiétudes de N concernant ses capacités (tremblements, concentration). Elle s'est ainsi sentie valorisée. L'ergothérapeute augmentait la difficulté des activités par étapes. Chaque atelier était clôturé par un débat : « <i>Au début on ne voyait pas l'intérêt ; mais finalement ça nous a apporté</i> ».</p> <p>L'ergothérapie a permis à N. de lâcher prise : « <i>Je me disais : aller pendant deux heures tu vas essayer de penser à autre chose</i> ». L'atelier était un lieu où elle retrouvait des</p>

	émotions positives : le rire, la fierté par rapport à ses créations. Elle a pu se « <i>projeter dans l'avenir, mine de rien dans les activités</i> ».
T	<p>T. explique que l'ergothérapeute compliquait les règles des jeux et des activités au fur et à mesure des séances.</p> <p>« <i>Ce qui m'a aidé dans l'ergothérapie, c'est de voir tout d'abord que j'étais capable de faire des choses que jamais je n'avais faites et que jamais je pensais être capable de faire</i> ». T. a retrouvé une estime de lui-même en ergothérapie, a repris confiance en ses capacités, et a retrouvé une certaine motivation : « <i>Ça m'a permis de réaliser déjà à quel point je ne tremblais plus. Ça m'intéressait et j'avais hâte</i> ».</p> <p>Il a encadré chez lui un dessin réalisé en ergothérapie : « <i>C'est l'oiseau de feu, qui revient de ses cendres</i> ». A chaque fois qu'il le regarde, il se rappelle : « <i>regarde ce que tu étais et ce que tu es maintenant</i> ». Les activités ont participé à sa compréhension que « <i>dans le parcours de guérison [...] il faut avoir un objectif et de la passion pour ce que tu veux faire</i> ».</p>
L	<p>L. décrit avoir eu « <i>une très bonne relation avec l'ergothérapeute</i> ». « <i>Elle nous encadrait bien tout en nous laissant faire</i> ». Lors des activités, l'ambiance était chaleureuse, les patients pouvaient échanger, tout en respectant le travail de chacun et une atmosphère studieuse. Il était demandé aux patients d'être ponctuels et d'être présents à chacune des activités ; ce que L. a respecté.</p> <p>Pour elle, les activités en ergothérapie, « <i>c'était une occupation qui [lui] permettait d'être concentrée, de faire des choses</i> ». Elle a pu faire cadeau de certains objets réalisés en ergothérapie à ses petites filles. Beaucoup d'activités étaient proposées : « <i>Il y a des choses que j'appréciais plus que d'autres</i> ».</p> <p>L'ergothérapeute lui a fait remarquer que les couleurs utilisées dans ses dessins devenaient de plus en plus claires : « <i>parce que j'étais mieux, je voyais plus les choses au soleil que dans le brouillard. Chose que moi je n'avais pas capté</i> ».</p>

II.2.1.3. Influence du groupe sur le pouvoir d'agir

Influence du groupe	
N	<p>Le fait d'être accompagnée en groupe en unité d'alcoologie a permis à N. de se retrouver dans un endroit « <i>où il y avait des gens comme [elle], ou [elle] a entendu qu'on pouvait s'en sortir, qu'on pouvait rechuter</i> ». Elle prend conscience qu'« <i>effectivement il y a un problème mais ça ne dépend pas que de moi et on peut y arriver, on peut s'en</i></p>

	<p><i>sortir... ». Elle s'est sentie entourée de « bienveillance, de soutien, des choses que [les proches] ne peuvent pas nous apporter. »</i></p> <p>Au regard de son histoire personnelle, elle ne voulait pas se retrouver avec des hommes : <i>« j'avais peur de l'alcoolisme masculin »</i>. Elle a été hospitalisée pendant 5 semaines dans un groupe de 10 personnes, où elle était la seule femme. Lorsqu'elle a évoqué qu'elle voulait divorcer de son mari, les hommes du groupe se sont montrés bienveillants envers elle : <i>« Ils savaient que je traversais une période qui allait être super difficile, ils m'ont protégé. Je ne m'y attendais pas »</i>. Le groupe lui a permis de faire le point sur la violence que son entourage lui renvoyait : <i>« j'ai pu ressortir ce qui était acceptable et pas acceptable »</i>.</p> <p>Elle a pris conscience que <i>« l'alcoolisme des hommes n'était pas si violent. Et j'ai appris avec ce groupe d'hommes -ça paraît incroyable- J'ai appris le respect. Je ne savais plus ce que c'était le respect d'un homme, la bienveillance, les mots gentils, respectueux, galants »</i>.</p> <p>Entourée de personnes qui la comprennent, N. reprend confiance en elle aidée des autres : <i>« Ce que l'on a appris c'est de s'aider mutuellement, et puis reprendre confiance en soi aussi. Rire à nouveau, nous valoriser »</i>.</p> <p>Elle occupait une place particulière dans le groupe : <i>« Moi, j'avais un point fort par rapport aux autres malades »</i>. En effet, elle avait déjà été accompagnée en ergothérapie lors d'une précédente hospitalisation. Tandis que les autres membres du groupe étaient angoissés, ne sachant pas à quoi s'attendre en ergothérapie, elle les <i>« apaisait en leur expliquant ce qu'était l'ergothérapie »</i>.</p>
T	<p>Pour T., l'accompagnement en groupe, <i>« c'est un genre de compétition. Je voulais faire mieux que les autres qui étaient dans la salle avec moi : j'y arrivais souvent (rire) »</i>.</p> <p>Pour lui, l'esprit de compétition est lié au fait d'avoir un objectif quand il sort de la cure. Il pense qu'il doit se créer un objectif dans la vie, <i>« pendant que je suis dans la cure, dans un milieu protégé »</i>. Car quand on sort de l'hospitalisation, <i>« on revient là où on était avant d'être hospitalisé. Donc le danger est le même. On peut avoir la tentation subite, incontrôlée et incontrôlable. Donc il faut avoir des objectifs et je vais les atteindre ; parce que je suis un champion »</i>.</p>
L	<p>Accompagnée en groupe en unité d'alcoologie, L. était la seule femme. <i>« [Les autres membres du groupe] prenaient soin de moi »</i>. Le groupe dont elle faisait partie était</p>

<p>« hyper soudé, sérieux. Surtout on était assez complémentaires les uns des autres ». Echanger avec les autres diminue ses angoisses : « Se dire que c'est pareil pour tout le monde, il y a des jours avec et des jours sans : ça n'allège pas la difficulté mais je me dis que c'est normal : je m'inquiète moins ».</p> <p>Être entourée d'autres personnes pendant les activités permettait d'échanger des avis, de s'aider : « on partageait notre propre travail : c'était un travail collectif et chacun y a mis de sa participation ».</p> <p>Chacun travaillait à sa façon : « Un gars avait commencé un dessin qui était assez coloré, violent, grand ; et moi par contre j'ai fait un dessin beaucoup plus petit ; c'était intéressant à faire parce que l'on voyait bien que l'on n'avait pas du tout les mêmes idées » ; et selon ses choix : « Chacun donnait son avis... alors quelques fois je disais oui mais moi je préfère cette couleur-là ».</p>

Retrouver son « pouvoir d'agir »	
N	<p>Après sa sortie de l'unité d'alcoologie, N. prend la décision de divorcer « car c'est le seul moyen, la violence, physique et verbale, s'installait ». Elle met en place un planning pour ne pas croiser son mari avec qui elle vit toujours, dans l'attente du divorce. Les jours de la semaine où il travaille au bureau, elle reste chez elle. Les autres jours où il travaille depuis leur domicile, elle sort retrouver des amis, des personnes avec qui elle était à l'unité d'alcoologie. « J'allais à nouveau me promener, faire des courses, je m'occupais de ma fille ». Elle continue la psychothérapie, les groupes de paroles au CSAPA et les réunions à l'association. « Je n'avais plus du tout la même vie ».</p> <p>Chez elle, elle retrouve des bouteilles d'alcool qu'elle avait cachées. « J'ai réussi à prendre ces bouteilles et à les vider ».</p>
T	<p>Ce qui est important pour T., c'est d'abord de voir qu'il est à nouveau heureux. « On est contents de voir qu'on a réussi, qu'on récupère son permis ; qu'on peut partir en vacances ». « Je suis un nouvel être ; je me sens heureux par rapport à ce que j'étais, ce que j'ai réussi ». Sa mère est admise en maison de retraite et cela l'aide à maintenir son abstinence. Aujourd'hui, il peut « vivre avec des gens qui boivent à table », « chose [qu'il] n'imaginait même pas auparavant ».</p> <p>Il arrive « à affronter les situations difficiles sans [se] dire [qu'il va] boire un coup. C'est là qu'on voit qu'il y a un chemin de guérison ; qu'on voit qu'on est dans la bonne voie.</p>

	<p><i>C'est quand on affronte des problèmes et qu'on a le courage de les affronter sans avoir recours au produit, quel qu'il soit, que ce soit la cocaïne, que ce soit l'alcool dans mon cas ».</i></p> <p><i>Il a trouvé un autre exutoire que l'alcoolisation : « Quand j'ai besoin d'un exutoire, maintenant, je fais de la méditation. Je mets de la musique New Age, je me couche, je me relaxe tout simplement. Je joue avec mes chats. Les chats sont une très bonne thérapie ».</i></p> <p><i>Enfin, il se sent capable d'aider ceux qui rencontrent les mêmes difficultés que lui : « moi je peux visiter, représenter l'association et visiter les malades, leur présenter l'association et leur parler, les laisser parler aussi ».</i></p>
L	<p>Lors de son hospitalisation en unité d'alcoologie, L. a découvert le mandala en ergothérapie. Aujourd'hui, <i>« quand [elle] stresse trop, [elle] se met au mandala et n'en décolle plus. C'est un moyen de remplacer ce qui [l'] ennuie ».</i></p> <p>La semaine précédent notre entretien, elle avait <i>« un peu des idées à reboire un coup ».</i> Elle a réussi à faire passer l'envie en sortant se promener.</p> <p>Ses journées sont différentes depuis sa sortie de l'unité d'alcoologie : <i>« Je suis plus dynamique ; je ne suis plus à dormir toute la journée comme je faisais. Je me suis remise "à entretenir mon intérieur". Je refais à manger, chose que je ne faisais plus ».</i> Se sentant de nouveau capable de conduire, elle reprend certaines activités comme faire ses courses.</p>

II.2.2. Analyse des résultats

II.2.2.1. D'une consommation occasionnelle à la dépendance : un contexte propice

N. et L. rencontrent d'abord ce produit dans un contexte familial. N. a *« un oncle et des grands-pères alcooliques ».* L. naît dans une famille où la tradition est de commencer à consommer de la bière à table vers 10-12 ans. Par la suite, elles consomment toutes deux dans un contexte festif, lors de sorties entre amis.

T. a toujours consommé de l'alcool dans un contexte professionnel. Directeur d'un hôtel de luxe, ses relations et son rythme de vie amenaient à la consommation.

Pour tous, l'alcool s'inscrit dans un contexte de convivialité et est un objet de lien social. Cela illustre l'approche comportementaliste de l'addiction, selon laquelle l'environnement est un facteur qui mène à l'addiction tout aussi important que la personne et le produit.

Cumulés à cet environnement facilitateur, des accidents de la vie semblent avoir engendré chez ces personnes un besoin de s'alcooliser.

En effet, N. perdra son fils dans un accident de voiture. Plusieurs années après, alors qu'elle a enfoui en elle ce traumatisme, elle fait un burn-out et une dépression du fait de conditions de travail stressantes. Elle débute alors une psychothérapie, qui fait ressortir les souvenirs affreux liés à la mort de son fils. Parallèlement à cela, son mari développe une violence verbale, puis physique, à son égard. Ses proches ne lui apportent pas le soutien dont elle a besoin. « *Au lieu de me couvrir d'amour, j'ai eu de la violence* ».

T. décide de changer radicalement de vie afin de mettre un terme à son addiction à la cocaïne. Mais de retour en France, le « *choc émotionnel est très fort* ». Il ne se sent pas chez lui dans ce pays qui est pourtant son pays de naissance. Changeant radicalement d'orientation professionnelle en devenant agent de sûreté aéroportuaire, il se sent « *rabaisé psychologiquement* » : « *Je nettoyait la rue bien que j'aie été auparavant directeur d'hôtel* ». Il apprend de surcroît qu'il est atteint d'une maladie auto-immune, ce qui diminue d'autant plus son estime de lui-même. Enfin, sa mère, hébergée chez lui car dépendante, exerce sur lui une pression que T. se trouve seul à gérer, en l'absence du soutien de ses frères.

Pour L., le décès de sa sœur, « *qui était pour ainsi dire [sa] jumelle car [elles] n'avaient qu'un an d'écart* » l'a « *complètement affecté* ».

Ces différentes situations entraînent des angoisses insoutenables, ou des émotions difficilement canalisables pour les personnes interviewées. Comme le décrit l'approche psychodynamique de l'addiction, ces personnes vont éprouver le besoin de se protéger de ces angoisses et des ces émotions.

II.2.2.2. L'alcoolisation comme moyen de protection

Les trois personnes interviewées expriment comment l'alcoolisation a constitué un exutoire aux situations et émotions problématiques pour elles.

N. s'alcoolise d'abord pour soulager le stress engendré par des journées de travail « *horribles* ». Puis, lorsqu'elle commence sa psychothérapie, elle ressent le besoin de consommer avant chaque séance, pour affronter la douleur insoutenable et les crises d'angoisses causées par les souvenirs de la mort de son fils.

T. décrit son alcoolisation comme une recherche de mieux-être. « *J'avais besoin de quelque chose qui me donnait de l'euphorie* ». Il s'alcoolise pour échapper à la pression exercée par sa mère, et à la haine qu'il a envers ses frères : « *C'était un appel au secours quelque part* ». Il soulage son sentiment d'altération de l'estime de lui-même, causé par la perte du prestige social

que lui conférait son poste de directeur d'hôtel de luxe et par la diminution physique due à sa maladie nouvellement découverte.

L. a l'habitude de consommer de l'alcool, notamment avec son ex-mari. Lorsque celui-ci est de plus en plus absent, sa consommation initialement conviviale devient nécessaire, pour combler l'ennui. « *Il n'était pas là de la semaine, pas là le weekend. Donc moi, fort souvent, j'abusais au niveau de l'alcool* ». Lorsque sa sœur décède, elle consomme pour soulager sa tristesse. Avant d'être hospitalisée, elle consomme pour soulager son stress.

Ces différentes situations illustrent la fonction protectrice de l'alcoolisation, expliquée par Monjauze. Les personnes interviewées font preuve d'une sensibilité extrême à certaines situations et émotions. Cela leur procure la nécessité irrépensible de consommer. Mais le soulagement et le mieux-être sont de courte durée, et l'alcoolisation ne solutionne pas les problématiques et les angoisses des personnes.

II.2.2.3. Un sentiment de perte de contrôle : la perte du pouvoir d'agir

N. décrit son alcoolisation comme « *un cycle infernal* ». L. la rejoint sur ce propos : « *La première chose que je faisais en me levant c'était de boire un coup. Le lendemain matin je recommençais et ça pendant des mois* ». Leur consommation, ayant pour but initial un soulagement, devient une nécessité. Malgré la perte de contrôle sur leur propre vie, les trois personnes interviewées continuent à consommer, pour surmonter leurs difficultés. Ils ont aujourd'hui conscience et verbalisent leur perte de pouvoir d'agir.

Pour N., « *tout devient difficile : gérer ses crises d'angoisse, ce mal-être malgré les séances de psy, cette dépendance à l'alcool* ».

L. est témoin de sa propre chute, jusqu'à ne plus se reconnaître : « *J'ai vu que cela empirait, que c'était de pire en pire. Je me cassais la figure. Je ne faisais plus de ménage. Je ne faisais que dormir. Je ne mangeais presque rien et je buvais de l'alcool toute la journée* ».

De même, T. occupait ses journées « *à dormir, regarder la télé, sortir dans le jardin, toujours en buvant* ». « *Tout devient compliqué* » : les tâches ménagères, administratives. « *Non seulement pour moi – déjà j'avais du mal – mais en plus il fallait que je le fasse pour ma mère* ».

Chaque personne interviewée décrit sa période d'alcoolisation comme une période dénuée d'activité, de motivation, de sens. T. parle même d'un « *espace-temps noir de [sa] vie* ». N. conclut en considérant que « *quand on est malade alcoolique, on n'est plus l'auteur de sa vie. C'est la boisson. C'est elle qui contrôle notre vie* ».

Cette absence de pouvoir d'agir se reflète jusque dans l'entrée dans une démarche de soins. L'incapacité à prendre des décisions, conjuguée au déni de la maladie, ont pour conséquence que N. et L. entrent dans une démarche de soins par la volonté de leurs proches.

Suivant les conseils des professionnels de santé, et sous la pression exercée par son mari, N. accepte d'être hospitalisée « *pour faire plaisir* » à ses proches.

Les enfants de L. lui donnent un ultimatum : « *Ils m'ont dit "Maman, si tu ne te soignes pas, on ne veut plus te voir"* ».

Quant à T., sa garde à vue pour conduite en état d'ivresse est le facteur déclenchant sa démarche de soins. Il recherche lui-même de l'aide auprès du CSAPA et d'une association d'entraide entre patients.

L'ergothérapeute aura donc pour rôle d'aider les personnes à retrouver leur pouvoir d'agir. Comme expliqué précédemment par la SFA (2015), l'amélioration de la situation des personnes alcoolodépendantes passe par le changement. Pour cela, l'ergothérapeute dispose de différents moyens d'intervention : la relation, le cadre et la médiation ; ce que nous constatons à travers les dires des interviewés.

II.2.2.4. Initier un processus de changement en ergothérapie

L. décrit sa relation avec l'ergothérapeute comme « *très bonne* », et N. explique que les « *paroles bienveillantes* » et l'aide de celle-ci pendant les activités lui ont permis de soulager ses inquiétudes quant à ses capacités. L. et N. décrivent toutes deux l'instauration d'une relation de confiance avec l'ergothérapeute, comme la présente l'ANFE (2016). Par cette relation, l'ergothérapeute montre qu'elle reconnaît la personne dans son intégralité (avec ses capacités, potentialités et ses difficultés), et qu'elle la comprend. Ainsi, la personne se sent en sécurité avec l'ergothérapeute.

Un autre élément contribue à l'élaboration de ce sentiment de sécurité : la mise en place d'un cadre. Ce cadre s'exprime dans les modalités des séances : les horaires sont fixes et les séances durent 2 heures. L'ergothérapeute énonce des règles et est garante de leur respect. Par exemple, lors des activités, si le climat reste studieux, les échanges sont possibles dans le respect du travail de chacun : « *Nous pouvions discuter... sans faire le bazar* » (L). Le cadre est réfléchi pour guider les patients tout en leur laissant une certaine liberté : « *[L'ergothérapeute] nous encadrerait bien tout en nous laissant faire* » (L).

Se sentant en sécurité, les trois personnes interviewées reprennent confiance en leurs capacités à travers l'activité en ergothérapie. T. explique : « *Ce qui m'a aidé dans l'ergothérapie, c'est de voir tout d'abord que j'étais capable de faire des choses que jamais je n'avais faites et que jamais je pensais être capable de faire* ». Malgré les tremblements, le manque de concentration, ou le manque de mémoire, les personnes mènent à bien les activités proposées. Soutenues par l'ergothérapeute bienveillante, l'atelier devient un lieu d'expériences et d'expression.

N. expérimente le lâcher prise : « *Je me disais : aller pendant deux heures tu vas essayer de penser à autre chose* ». Accéder à son imaginaire lui permet de se « *projeter dans l'avenir, mine de rien dans les activités* ».

Pour L., « *c'était une occupation qui [lui] permettait d'être concentrée, de faire des choses* ». Elle s'est sentie valorisée, lorsqu'elle a pu faire cadeau de certains objets réalisés en ergothérapie à ses petites filles.

Au fur et à mesure de leur reprise de confiance en eux, l'ergothérapeute augmente la complexité des règles de jeu et des techniques d'activités. Les personnes interviewées deviennent capables de passer outre les difficultés : « *Mais en fait après on ne s'apercevait pas de la difficulté* » (N).

L'activité permet aussi à L. et T. de constater les changements qui s'opèrent en eux. En effet, T. a encadré chez lui un de ses dessins réalisé en ergothérapie. Dès qu'il le regarde, il se dit : « *regarde ce que tu étais et ce que tu es maintenant* ». Pour L., l'ergothérapeute lui a fait remarquer que les couleurs utilisées dans ses dessins deviennent de plus en plus claires : « *parce que j'étais mieux, je voyais plus les choses au soleil que dans le brouillard. Chose que moi je n'avais pas capté* ».

L'ergothérapeute, en accompagnant les patients dans cette verbalisation, et en proposant des « *débats* » (N) à la fin de chaque séance, aide les patients à transposer leurs expériences vécues en atelier dans la vraie vie, comme l'expliquait Carlier (2016). L'ergothérapeute reprend avec des mots ce que le patient expérimente, et lui permet d'exprimer son ressenti, afin de donner un sens à ce qui se joue : « *Au début on ne voyait pas l'intérêt [des débats] ; mais finalement ça nous a apporté* » (N).

Enfin, l'ergothérapeute encourage la prise de décision des patients. Les patients choisissent une activité parmi la grande diversité proposée : « *il y avait énormément de choses : du tissage, des bracelets en macramé. Il y a des choses que j'appréciais plus que d'autres* » (L). En réalisant des activités qui ont du sens pour elles, les personnes interviewées retrouvent une envie et une motivation : « *Ça m'intéressait et j'avais hâte* » (T).

Le sentiment de sécurité, garanti par la relation de confiance et le cadre de l'ergothérapeute, permet aux patients d'expérimenter en atelier. L'augmentation de la difficulté les place dans des situations d'échec, de frustration, de contrainte. Vivre ces expériences dans l'espace protégé de l'atelier leur permet de prendre conscience qu'ils sont en capacité de les surmonter.

Aidés par l'ergothérapeute pour donner un sens à ce qu'ils vivent, ils reprennent confiance en leurs capacités. Encouragés à faire des choix, et toujours soutenus par l'ergothérapeute, ils réalisent des activités de plus en plus complexes, et de façon de plus en plus autonome. C'est le début d'un processus de changement.

Mais l'activité n'est pas le seul facteur qui permet aux patients de retrouver confiance en eux. Comme expliqué précédemment par Bagnères (2016), un patient expérimente deux types de relations lorsqu'il crée : celle qu'il entretient avec lui-même, et celle qu'il entretient avec le monde extérieur. Pour cette enquête, le monde extérieur du patient en atelier d'ergothérapie est composé de l'ergothérapeute et des autres patients du groupe.

II.2.2.5. Initier un processus de changement grâce au groupe

L. trouve que les membres du groupe sont complémentaires. Pour N., être entourée de gens qui ont les mêmes problèmes qu'elle, qui la comprennent, qui ne la jugent pas, lui permet de se sentir bien. T. explique que le fait d'être entouré de gens qui sont « comme lui » l'aide. Les deux groupes dont il a fait partie lors de son hospitalisation « *étaient vraiment unis d'une manière incroyable* ». Les 3 personnes interviewées décrivent ainsi l'idéal du groupe tel que Anzieu le définit : un sentiment de bien-être en groupe. Les patients appartiennent à un groupe qui partage un caractère commun : leur impuissance face à leur addiction. Être entouré de gens comme eux diminue également leurs angoisses. Par exemple, N. est rassurée sur son avenir : « *effectivement il y a un problème mais ça ne dépend pas que de moi et on peut y arriver, on peut s'en sortir...* » ; L. prend du recul : « *Se dire que c'est pareil pour tout le monde, il y a des jours avec et des jours sans : ça n'allège pas la difficulté mais je me dis que c'est normal : je m'inquiète moins* ».

Ce sentiment d'appartenance au groupe participe à la création d'un sentiment de sécurité : « *J'avais la sensation de ne pas être seule, de me sentir soutenue, comprise* » (L). En effet, N. et L. se sentent protégées par les autres membres du groupe. N. reçoit un soutien que ses proches ne lui avaient pas apporté jusque-là : « *[Les autres patients] savaient que je traversais une période qui allait être super difficile, ils m'ont protégée. Je ne m'y attendais pas* ».

Le groupe participe donc, au même titre que la relation et le cadre mis en place par l'ergothérapeute, à instaurer un climat de confiance et un sentiment de sécurité en atelier d'ergothérapie.

Être entouré de personnes qui les comprennent permet également aux patients de partager leurs expériences et de s'identifier aux expériences de chacun.

N. considère que partager avec les patients du groupe lui permet d'exprimer sans tabou ce qu'elle ressent. Elle sait qu'elle aura en retour des conseils des autres patients, qui sont différents des conseils des professionnels car ils viennent de personnes ayant vécu des choses similaires. La projection dans les expériences de chacun permet à L. d'accepter que l'alcoolodépendance est une maladie.

N., au contact bienveillant des autres personnes du groupe, prend conscience que la violence de son mari n'est pas acceptable : « *J'ai appris le respect. Je ne savais plus ce que c'était le respect d'un homme, la bienveillance, les mots gentils, respectueux, galants* ». L'entraide entre patients a été un des facteurs qui lui a permis de reprendre confiance en elle. En effet, elle rassurait les autres patients en leur expliquant ce qu'était l'ergothérapie ; et les autres patients, par leurs conseils, la rassuraient sur ses capacités.

Les ateliers en cocréation ont permis à L. de s'apercevoir des différences d'autrui et de mieux les accepter : « *c'était assez intéressant à faire parce que l'on voyait bien que l'on n'avait pas du tout les mêmes idées* ». Les conseils des autres lui permettaient aussi d'affirmer ses choix : « *Chacun donnait son avis... alors quelques fois je disais oui mais moi je préfère cette couleur-là* » (L). L'esprit de compétition de T. lui a permis d'oser plus facilement en atelier.

Se sentant en sécurité, grâce à la bienveillance de l'ergothérapeute et du groupe, les personnes retrouvent confiance en elles et en leurs capacités. Elles remarquent leurs progrès, aidés par la verbalisation de l'ergothérapeute et les compliments des autres membres du groupe. Cette reprise de confiance et acceptation d'eux-mêmes participent au processus de changement.

II.2.2.6. Retrouver son pouvoir d'agir

N. et T. expliquent que l'ergothérapie leur a permis de retrouver un but et un sens à leur vie, pendant qu'ils étaient dans l'espace protégé de la cure.

N. donne l'exemple de la création collective d'une affiche de prévention contre l'alcoolodépendance à partir d'images découpées dans des magazines. Cette activité lui a permis de prendre conscience de sa perte de pouvoir d'agir lorsqu'elle s'alcoolisait ; et

d'identifier son vécu dans les images de magazines représentant les conséquences de l'alcoolisation. Cela lui a aussi permis d'imaginer des projets concernant sa vie après l'hospitalisation : « *on avait chacun des espoirs qu'on avait mis dans des images de magazines. Chacun avait son but. [...] moi, c'était le travail, la paix, la méditation, des choses comme cela* ».

L'esprit de compétition de T. est selon lui lié au fait qu'il veut trouver un objectif de vie pendant son hospitalisation. En effet, il a conscience que l'hôpital est un milieu protégé. A sa sortie, il va revenir chez lui, dans l'environnement où il avait l'habitude de consommer. « *Donc le danger est le même. On peut avoir la tentation subite, incontrôlée et incontrôlable* ». Il estime donc qu'il doit avoir des objectifs et de la passion pour ce qu'il fait, afin de pouvoir surmonter d'éventuelles envies de consommer. C'est ce qu'il tente de réaliser, notamment en ergothérapie. Il décrit un esprit de compétition envers lui-même, contre ses propres démons, et envers les autres. En effet, être entouré d'autres patients stimule son engagement à réaliser les activités proposées par l'ergothérapeute.

L'ergothérapie a aussi permis aux 3 personnes interviewées d'améliorer leurs capacités, comme nous l'avons décrit plus tôt. Cela a des répercussions sur leurs activités de vie quotidienne lors de leur retour à domicile. Par exemple, T se décrit comme plus concentré, minutieux, méticuleux et attentif dans tout ce qu'il entreprend.

Ayant pris conscience de leurs capacités pendant leur hospitalisation, les 3 personnes interviewées retrouvent leur capacité de décision et d'action.

N. a pris la décision de divorcer, pour échapper à la violence de son mari. Rentrée chez elle, elle retrouve d'anciennes bouteilles cachées. « *J'ai réussi à prendre ces bouteilles et à les vider* ». T. est maintenant capable de fréquenter des personnes consommatrices d'alcool, sans ressentir le besoin de consommer lui aussi. En effet, il arrive désormais « *à affronter les situations difficiles sans [se] dire [qu'il va] boire un coup* ». Il a trouvé d'autres exutoires que l'alcool, qui l'apaisent, comme la méditation, la relaxation et le jeu avec ses chats.

De la même façon, L. a trouvé un autre moyen de remédier à l'ennui et de soulager ses émotions. Elle a remplacé sa consommation d'alcool par la réalisation de mandalas, ou par des promenades.

D'autre part, les 3 personnes interviewées décrivent leur vie comme différente après leur sortie d'hospitalisation. En effet, elles reprennent les activités qu'elles ne réalisaient plus lorsqu'elles s'alcoolisaient.

Alors qu'ils partagent le même foyer, N. organise un planning de sa semaine ne pas rencontrer son mari, dans l'attente du divorce. Elle retrouve des amis. *« J'allais à nouveau me promener, faire des courses, je m'occupais de ma fille ».*

Un facteur environnemental qui avait une influence sur la consommation de T. a disparu : sa mère est admise en maison de retraite, ce qui diminue la pression dans son foyer. Il est à nouveau heureux : *« Je suis un nouvel être ; je me sens heureux par rapport à ce que j'étais, ce que j'ai réussi ».* De plus, il se sent capable d'aider ceux qui rencontrent les mêmes difficultés que lui. Il représente l'association d'entraide auprès des patients hospitalisés en unité d'alcoologie.

L. se dit plus dynamique, elle dort moins. Se sentant de nouveau capable de conduire, elle peut reprendre certaines activités comme faire ses courses. *« Je me suis remise à entretenir mon intérieur ». Je refais à manger, chose que je ne faisais plus. »*

Lors de leur hospitalisation, les patients ont pu trouver, notamment dans l'ergothérapie, le moyen d'établir un objectif de vie. Cela participe à leur processus de changement, tel que Aebisher et Oberlé le décrivaient. En effet, en partageant leurs expériences, ils prennent conscience qu'ils peuvent agir sur leurs conditions d'existence et non les subir. Aidés par les autres personnes du groupe, ils s'engagent dans un processus d'action lors de l'activité. Sortis de l'hospitalisation, les patients reprennent le contrôle de leur vie, et ainsi retrouvent leur pouvoir d'agir.

II.3. Discussion

L'analyse des discours des personnes interrogées a permis de mettre en avant plusieurs éléments de réponse à la question de recherche. Nous pouvons les confronter aux références citées dans le cadre théorique, afin de vérifier l'hypothèse énoncée.

Tout d'abord, lorsque les interviewés présentent leur histoire de vie, ils évoquent un environnement facilitant l'alcoolisation, comme l'approche comportementaliste le décrit. Ils font également part de leurs difficultés à surmonter seuls certaines émotions et situations. Ils ressentent le besoin de se protéger, et ils trouvent dans l'alcool un moyen de résoudre temporairement leurs problèmes, comme le précise l'approche psychodynamique de l'addiction.

Ils décrivent ensuite le cycle infernal de l'installation de la dépendance. En effet, leur consommation initialement ponctuelle pour répondre à leur souhait d'apaisement, devient de

plus en plus fréquente, pour répondre à un réel besoin de consommation. Sans pouvoir y remédier, les personnes interrogées voient se développer les conséquences de leur alcoolisation sur les différents champs de leur vie. Leurs capacités cognitives et motrices, leurs relations avec leur entourage et leur motivation à réaliser leurs activités de vie quotidienne sont altérées. Elles précisent perdre le contrôle de leur vie.

L'accompagnement de ces personnes en addictologie est basé sur l'amélioration de leur qualité de vie. Les professionnels de santé ont pour rôle d'accompagner les patients à retrouver leur pouvoir d'agir. L'ergothérapeute intervient dans cette démarche grâce à plusieurs moyens. En effet, les personnes interrogées décrivent que la relation qu'elles ont eue avec l'ergothérapeute leur a permis de se sentir compris dans leurs difficultés et en sécurité. Le cadre instauré par le thérapeute a également participé à ce sentiment.

Elles ont pu alors réaliser des expériences en atelier, positives ou négatives, comme le lâcher prise, l'entraide, ou encore l'échec. Aidés par l'ergothérapeute pour verbaliser et donner un sens à ce qu'ils vivent, les patients apprennent à surmonter leurs difficultés, prennent conscience de leurs capacités et reprennent confiance en eux.

Par ailleurs, un autre facteur a permis aux personnes interrogées de développer leur confiance en elles : le fait d'être en groupe. Elles décrivent qu'être entourées de personnes qui ont vécu des souffrances similaires aux leurs crée un sentiment d'appartenance au groupe, qui participe autant que le cadre et la relation avec l'ergothérapeute à élaborer un sentiment de sécurité. En partageant leurs expériences de vie, mais aussi les expériences vécues en atelier, les patients deviennent capables de réaliser des projets pour leur avenir. En effet, les personnes interrogées expliquent que leur hospitalisation, et notamment les activités en ergothérapie, leur ont permis de retrouver un sens et un objectif dans leur vie. C'est le début d'un processus de changement.

Parallèlement, l'ergothérapeute les encourage dans leurs choix, et les personnes réalisent des activités de plus en plus complexes, et de façon de plus en plus autonome. Elles retrouvent leur capacité d'agir et de décision.

Sortis de l'hospitalisation, les patients reprennent le contrôle de leur vie, et ainsi retrouvent leur pouvoir d'agir.

Ces réponses me permettent ainsi de valider l'hypothèse énoncée au cours de ce travail de recherche : **Le partage d'expériences en atelier d'ergothérapie aide les patients alcoolodépendants à mobiliser leurs ressources personnelles pour initier un processus de changement, qui leur permettra de développer leur pouvoir d'agir.**

Toutefois, il me paraît important de souligner certaines limites dans cette enquête.

La première a été le format de l'entretien semi-directif. En effet, j'ai rencontré des difficultés à laisser libre cours à la parole des personnes, tout en essayant de suivre un guide d'entretien précis. Quelques fois, des questions fermées ont été posées, dans lesquelles des éléments de réponse ont pu être communiqués. Je me questionne également sur les termes employés : j'ai dû reformuler à plusieurs reprises certaines questions afin de m'assurer de leur compréhension et de la validité de la réponse apportée.

Je peux également citer le biais de désirabilité sociale comme limite. En effet, comme Tétrault et Guillez l'expliquent (2014), les personnes interrogées ont parfois voulu donner la « bonne réponse » au lieu de leur vraie réponse, cela afin de se conformer aux normes sociales.

Enfin, la limite la plus importante réside dans le fait que toutes les personnes interrogées ont été hospitalisées au sein la même unité d'alcoologie, et accompagnées par la même équipe de professionnels, et donc par la même ergothérapeute. La représentativité de cette enquête, sans compter le nombre restreint de personnes interrogées, peut être questionnée.

A la suite de ce travail de recherche et des résultats recueillis, il s'avère intéressant de proposer aux patients en addictologie un accompagnement en groupe en ergothérapie. Aux côtés d'autres méthodes thérapeutiques, le groupe peut se révéler être un moyen pour l'ergothérapeute de permettre aux patients d'accéder à leur espace de créativité, espace potentiel selon Winnicott.

Conclusion

« De quelle manière l'ergothérapeute accompagne le groupe de patients alcoolodépendants en unité d'alcoologie lors d'un changement de cadre thérapeutique ? » fut le questionnement à l'origine de ce travail d'initiation à la recherche.

Différentes recherches m'ont permis d'appréhender les conséquences sur la vie quotidienne de l'alcoolodépendance. Ces personnes perdent leur pouvoir d'agir : toute leur énergie est dirigée vers leur addiction, altérant leur motivation à réaliser d'autres activités.

Je me suis ensuite intéressée sur les conditions d'accompagnement en addictologie de cette population. Dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie, différents professionnels de santé, comprenant l'ergothérapeute, collaborent afin d'aider les patients à réinvestir certains aspects de leur vie. L'ergothérapeute peut notamment s'appuyer sur le modèle conceptuel humaniste, dont l'objectif principal est l'autonomie du sujet, pour aider ce dernier en créant les conditions propices au changement. Un autre facteur facilite la mise en place d'un processus de changement : l'accompagnement en groupe. En effet, la dynamique de groupe favorise le processus d'action qui mène au changement.

Recueillir le ressenti de patients concernant l'influence du groupe en atelier d'ergothérapie sur leur pouvoir d'agir a été deuxième étape. Les résultats recueillis démontrent que l'accompagnement en groupe peut constituer un moyen d'intervention de l'ergothérapeute. Le groupe participe à la mise en place des conditions propices au changement, au même titre que le cadre et la relation thérapeutique établis par l'ergothérapeute. Se sentant en sécurité dans un groupe de pairs bienveillant et accompagnés par un ergothérapeute soutenant, les patients retrouvent leurs capacités à agir et à prendre des décisions. A la sortie de l'hospitalisation, ils transposent les expériences vécues en atelier afin de reprendre le contrôle de leur vie et donc retrouver leur pouvoir d'agir.

Les 3 personnes interrogées décrivent un rapport à l'autre altéré (violence pour N., appréhension du regard des autres pour T., conflits familiaux pour L.) voire inexistant. L'accompagnement en groupe en addictologie ne permettrait-il pas à ces patients de se constituer un entourage soutenant afin de consolider leur conduite d'arrêt ou de réduction des consommations à leur sortie d'hospitalisation ? En effet, les 3 patients interviewés sont depuis inscrits au sein d'une association où ils retrouvent un cadre soutenant, se substituant au cadre de l'hospitalisation.

Bibliographie

Ouvrages

- Aebischer, V., Oberlé, D., (2007). *Le groupe en psychologie sociale*. Paris : Dunod (Œuvre originale publiée en 1998).
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 5^e édition*. Arlington : American Psychiatric Publishing.
- Anzieu, D., Martin, J-Y., (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF.
- Anzieu, D., (1981). *Le Corps de l'oeuvre*. Paris : PUF.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes, (2016). *Ergothérapie en Santé Mentale : Enjeux et Perspectives*. Paris : ANFE.
- Meyer, S., (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : EESP.
- Monjauze, M., (2011). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris : Editions In Press (Œuvre originale publiée en 2001).
- Morel-Bracq, M-C., (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Olievenstein, C., (1983). *La drogue ou la vie*. Paris : Robert Laffont.
- Organisation Mondiale de la Santé, (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève : OMS.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V., (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Rogers, C. (1965). *L'orientation non directive en psychothérapie et psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Tétréault, S., Guillez, P., (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain la Neuve : De Boeck-Solal : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Winnicott, D. W., (1983). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot (Œuvre originale publiée en 1969).
- Winnicott, D. W., (1989). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot (Œuvre originale publiée en 1965).

Articles

- Bagnères, C., (2016). La relation avec l'objet, dans H. Hernandez, (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance à la réadaptation*. 147-156. Louvain-La-Neuve : De Boeck-Solal.
- Carlier, F., (2016). Et si on donnait la parole aux doigts ?, dans H. Hernandez, (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. 187-196. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Dematteis, M., Pennel, L., Mallaret, M., (2016). Complications neurologiques des conduites d'alcoolisation, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie*. 476-483. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Dematteis, M., Pennel, L., (2017). Modèle comportemental et cognitif de l'addiction. *Santé Mentale*, 223, 32-37.
- Jacquet, M-M., Rigaud, A., (2000). Emergence de la notion d'addiction, dans S. Le Poulichet, (dir.), *Les addictions*. 11-79. Paris : PUF.
- Jouet, E., (2016). Promouvoir l'empowerment en santé mentale. *Santé mentale*, 212, 24-31.
- Karsenty, S., (2016). Epidémiologie du mésusage de l'alcool, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, As. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie*. 431-435. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Klein, F., (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ?, dans H. Hernandez, (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. 37-54. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Le Bossé, Y., Lavallée, M., (1993). Empowerment et psychologie communautaire, aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 18, 7-20.
- Ménard, M., (2016). La fabrique du cadre, dans H. Hernandez, (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. 55-72. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Petit, C., (2019). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : un espace de négociation dans les interactions, dans E. Trouvé et al., (dir.), *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. 429-442. ANFE : Paris

- Perney, P., Aubin, H-J., (2016). De l'usage d'alcool à la dépendance : description clinique, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie*. 444-447. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Privat, P., Quelin, D., Rouchy, J-C., (2001). Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie de groupe*, 37, 11-30.
- Rigaud, A., Simon, C., (2016). Principes de prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie*. 491-498. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Rolland, B., (2014). Troubles de l'usage d'alcool : les nouvelles méthodes d'évaluation. *La lettre du pharmacologue*, 28, 2, 59-65.
- Rolland, B., (2016). Définitions et classifications des troubles de l'usage d'alcool, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie*. 440-443. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Société Française d'Alcoologie (2015). Mésusage de l'alcool : Dépistage, diagnostic et traitement, recommandations de bonnes pratiques. *Alcoologie et Addictologie*, 37, 5-84.
- Vabret, F., Paille, F., Dematteis, M., (2016). Neuropsychologie et neuro-imagerie des troubles chroniques de l'usage de l'alcool, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie*. 458-463. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Vallerie, B., Le Bossé, Y., (2006). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ere nouvelle*, 39, 87-100.
- 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, 31-55.

Textes législatifs

- Direction Générale de la Santé, (2007). *Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie*. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé 2007/6, 136-143.
- Direction Générale de la Santé, (2008). *Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie*. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé 2008/3, 186-194.

- Ministère de la Santé et des Sports, (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute : Annexe I : Référentiel d'activités.*

Sites internet

- Alcool Info Service, (2019). Pour votre santé, l'alcool, c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours. En ligne, <http://www.alcool-info-service.fr/Actualites/2-verres-par-jour-pas-tous-les-jours#.XL2GbugzbIV> (Consultation du 7 avril 2019).
- Alcool Info Service, (2019). Connaître les risques : Les conséquences sur la santé à long terme, <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme#.XL2GbugzbIV> (Consultation du 2 avril 2019).
- Anzieu, D., (2004). Dynamique de groupe, Encyclopaedia Universalis. En ligne, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/dynamique-de-groupe/>, (Consultation du 15 mai 2019).
- Dictionnaire de français Larousse. En ligne, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/addictif_addictive/1010/locution, (Consultation du 2 janvier 2019).
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, (2015). En ligne, <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/quest-ce-qu-une-addiction>, (Consultation du 2 janvier 2019).
- National Institute on Drug Abuse, (2018). The Science of Drug Use and Addiction : The Basics. En ligne, <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>, (Consultation du 14 avril 2019).
- République Française, (2019). Réglementation et sanctions : alcool. En ligne, <http://www.securite-routiere.gouv.fr/connaitre-les-regles/reglementation-et-sanctions/alcool>, (Consultation du 12 avril 2019).

Annexe I : Critères de diagnostic d'un TUAL selon la 10^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (OMS, 1992)

Utilisation nocive pour la santé

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple, hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple, épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool). Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

Syndrome de dépendance

Pour un diagnostic de certitude, au moins 3 des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- 1 : Désir puissant ou compulsif d'utiliser de l'alcool.
- 2 : Difficultés à contrôler l'utilisation de l'alcool.
- 3 : Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'alcool.
- 4 : Tolérance aux effets de l'alcool (quantité plus importante d'alcool pour obtenir l'effet désiré).
- 5 : Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de l'alcool.
- 6 : Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives que le sujet sait en lien avec l'utilisation d'alcool.

Annexe II : Critères de diagnostic d'un TUAL selon la 5^{ème} version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (APA, 2013)

Un TUAL est un diagnostic unique, sans degrés de sévérité, qui repose sur la présence, pendant au moins 12 mois, d'au moins deux critères au sein de la liste suivante :

- 1 : Tolérance (besoin de quantités nettement majorées d'alcool pour obtenir l'effet désiré ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité).
- 2 : Symptômes de sevrage caractéristiques de l'alcool ou nécessité de prise d'alcool pour éviter les symptômes de sevrage.
- 3 : Alcool souvent pris en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce qui était envisagé au départ.
- 4 : Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire/contrôler l'usage d'alcool.
- 5 : Temps considérable passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 : D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'usage de l'alcool.
- 7 : Poursuite de l'usage d'alcool malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par l'alcool.
- 8 : Usage répété d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
- 9 : Usage répété d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 10 : « Craving » (désir intense ou urgent d'utiliser de l'alcool).
- 11 : Usage persistant d'alcool malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, prolongés ou récurrents.

Le TUAL est défini comme léger si 2 ou 3 critères sont réunis, intermédiaire pour 4 ou 5 critères présents, et sévère lorsqu'il y a 6 critères ou plus.

Annexe III : Guide d'entretien

Bonjour, je vous reprecise le contexte de cet interview. Nous nous sommes rencontrés à une réunion de l'association X à laquelle j'ai participé. J'étais venue expliquer ce que je faisais en ergothérapie, pourquoi je m'intéressais aux personnes alcoolodépendantes. Vous vous étiez porté volontaire à ce moment-là pour réaliser une interview.

1) Histoire personnelle et de la maladie

- Pouvez-vous vous présenter ? (Âge, sexe, profession, nombre d'enfants, etc.)
- Pouvez-vous présenter l'histoire de votre maladie ? [Début de l'alcoolisation et contexte (festif, professionnel...), moment où l'alcoolisation est devenue quotidienne, ressenti de la dépendance, début de l'engagement dans un processus de soin, nombre de cures, rechutes s'il y a eu]
- Quel impact a eu la dépendance à l'alcool sur votre vie quotidienne ? (Famille, travail, loisirs, amis, perte de motivation...)
- ✓ Explication de la notion de « pouvoir d'agir » : capacité à faire des choix, à décider, à influencer et à contrôler les événements de sa propre vie. Être l'auteur de son existence.
- Pensez-vous que l'alcoolodépendance a eu – ou a encore - une influence sur votre pouvoir d'agir ? Si oui, laquelle ?

2) Accompagnement en groupe en ergothérapie

- Pourriez-vous décrire votre accompagnement en ergothérapie ? (Hebdomadaire, en individuel ou groupe...) Si vous avez réalisé plusieurs cures, avez-vous connu différents modes d'accompagnement ?
- Si vous n'avez pas eu de prise en charge en ergothérapie, avez-vous connu des moments de réunion entre patients ? Quels échanges/relations ont eu lieu dans ces moments-là ?

3) Influence de l'accompagnement en groupe en ergothérapie sur le pouvoir d'agir

- Qu'est-ce qui vous a aidé en ergothérapie, lors des activités de groupe ? (Comment avez-vous vécu les échanges/relations avec les autres ? Avez-vous appris quelque chose grâce à ces échanges ? Eléments de réponses données lors de la réunion à laquelle j'ai assisté, à citer pour relancer si besoin : Difficulté dans l'activité : être entouré de gens qui ont vécu la même chose que soi, qui rencontrent des difficultés également. Notion d'observer les autres faire, s'entraider, s'encourager : aide à se lancer dans l'activité et à faire face à ses difficultés).

Annexe IV : Retranscription de l'entretien de T. du 30.03.2019

	Discours
Moi	Bonjour,
T.	Bonjour,
Moi	Je vous reprecise le contexte de cet interview. Je suis venue il y a deux semaines à une réunion de l'association X ; c'est là que nous nous sommes rencontrés ; et puis j'étais venue expliquer ce que je faisais en ergothérapie, pourquoi je m'intéressais aux personnes alcoolodépendantes ; et donc vous vous étiez porté volontaire pour une interview.
T.	Oui tout à fait
Moi	Pourriez-vous commencer par vous présenter ?
T.	Alors je m'appelle T., 54 ans. Je suis agent de sûreté aéroportuaire ; je travaille sur les pistes, palpations, les fouilles ; de tout ce qui rentre sur les pistes de l'aéroport ; en parallèle avec la Gendarmerie Nationale. Enfin, je suis en invalidité parce qu'ils m'ont découvert une maladie auto-immune ; une spondylarthrite ankylosante avec une fibromyalgie, et c'est une maladie évolutive, qui ne guérit pas. Je marche même avec une canne et il a fallu travailler l'acceptation de la maladie etc. C'était un peu compliqué et c'est compliqué aujourd'hui ; il y a des choses que je ne fais pas comme avant ; des gestes que je ne peux plus faire comme du bricolage, conduire pas trop longtemps, ne pas trop rester debout, ne pas trop rester assis, et voilà...
Moi	Est-ce que vous avez des enfants, est-ce que vous êtes marié ?
T.	J'ai un enfant de 27 ans ; j'ai vécu au Venezuela pendant une trentaine d'années ; mon enfant est né là-bas de mon premier mariage ; je suis revenu parce que j'étais dans l'addiction de la cocaïne. J'avais un très haut poste, j'étais directeur d'hôtel 4 étoiles au Venezuela ; La seule manière où je me suis rendu compte que je pouvais m'en sortir c'était en sortant du cadre.

	<p>Il fallait absolument que je sorte de ce cadre ; parce qu'il n'y avait pas de cure possible là-bas au Venezuela d'abord ; ce n'est pas comme ici en France où il y a des centres de cure. Mais là-bas pour s'en sortir, il faut vraiment changer de cadre, tout plaquer.</p> <p>Donc, j'ai décidé de revenir ; mon fils par la suite il m'a suivi, il est venu avec moi. Il est actuellement ici.</p> <p>Je suis remarié en ce moment. Je me suis remarié en 2006. Je suis revenu en 2004 ; en 2006 je me suis remarié avec une femme qui est professeur de Mathématiques ici au collège.</p> <p>Et c'est une nouvelle vie qui a commencé.</p>
Moi	<p>D'accord, et concernant l'alcoolodépendance, est-ce que vous pourriez décrire votre parcours de soins ? Votre parcours de la maladie et votre parcours de soins ; quand est-ce que vous avez commencé à consommer, quand est-ce que c'est devenu quotidien, quand est-ce que vous vous êtes rendu compte que cela devenait une dépendance ?</p>
T.	<p>C'est simple ; lorsque je suis revenu du Venezuela, j'avais toujours l'envie de consommer la cocaïne.</p> <p>J'avais besoin d'un exutoire. Cet exutoire, pour revenir un petit en arrière d'abord... je suis revenu du Venezuela, j'étais dans un centre d'hébergement, au RMI. Je faisais des petites missions dans une ville proche d'ici. Je nettoyait la rue bien que j'aie été auparavant directeur d'hôtel.</p> <p>Psychologiquement, je me sentais rabaissé, et j'ai dû tout recommencer dans mon pays de naissance, mais qui n'était pas mon pays à la fois parce que j'ai vécu plus de 30 ans au Venezuela.</p> <p>Ça m'a fait un choc émotionnel très fort. Je me souviens que je sortais de ces petits boulots, que j'allais acheter de la bière – parce que j'avais toujours bu dans ma vie – d'une manière très sociale on va dire ; surtout quand on travaille dans l'hôtellerie, il y a beaucoup de relations qui nous amènent à consommer, d'une manière sociale.</p> <p>Ensuite, je me suis marié ; j'ai connu mon actuelle épouse tout en allant au Secours Populaire et ensemble on a fondé un foyer. On a fait un crédit, on s'est mariés, on a fait construire une maison ; on a une maison à nous.</p>

Et voilà c'était toujours ma boisson comme exutoire. Mais de manière très modérée ; c'était l'apéro, de temps en temps. Et après ce « de temps en temps » est devenu assez quotidien. Et ensuite quand je ne prenais pas l'apéro, pour X raisons, je sentais qu'il me manquait quelque chose. Et je prenais l'apéro, et après l'apéro c'était l'après-apéro, et après l'après-apéro c'était encore un peu plus. Les apéritifs s'allongeaient de plus en plus jusqu'au jour où je me suis rendu compte je dinais à 22 heures au lieu de manger à 19 heures-20 heures comme d'habitude. Mais je n'avais pas encore... je me disais ce n'est rien, ce n'est pas un besoin extrême, ça passera.

Mais au fil du temps, ils m'ont découvert cette maladie, la spondylarthrite ankylosante, en 2012 ; donc psychologiquement et moralement j'étais affaibli parce que j'étais dans une invalidité assez importante. Même maintenant, je dois marcher avec une canne.

A ça, se rajoutent les 6 à 7-8 ans que j'ai consommé de la cocaïne au Venezuela, à raison de 4 à 6 grammes par jour. J'avais les moyens de le faire et en plus là-bas, ce n'est pas cher. J'avais mes dealers qui venaient à l'hôtel, mes amis ; je les invitais à manger au restaurant et en douce ils me vendaient de la marchandise.

Au retour du Venezuela, je me suis marié, j'ai construit la maison, j'allais au travail tranquillement et j'avais des douleurs articulaires ; ils m'ont détecté la spondylarthrite ankylosante. Cette spondylarthrite ankylosante, inconsciemment... si on ajoute cela au manque d'une substance dont mon corps, mon cerveau, mes neurones avaient l'habitude, a fait que ma boisson qui était d'une manière sociale, est devenue une addiction. Mais je n'avais pas encore pris conscience ; je n'avais pas eu le déclic ; j'étais encore dans le déni moi-même.

Alors qu'est-ce qui s'est passé... Ma femme partait au travail ; elle revenait vers 20 heures ; elle me retrouvait saoul à la maison ; je buvais du vin en cubis à la maison.

C'était open bar pour moi jusqu'au moment où je voyais que dès le matin j'attendais avec impatience que mon fils parte aux études, à son lycée ; que ma femme parte aussi. Et je me voyais déjà à 9 heures-10 heures en train de consommer du vin. Alors c'était un verre, deux verres, trois verres etc., jusqu'à 11 heures-midi-13 heures. Après je mangeais un petit peu et je faisais une sieste. Et après je me relevais, je buvais un café et tout de suite c'était du vin derrière. Là je vous parle et je me rappelle encore la saveur du mélange du vin rouge avec le café dans ma bouche.

	C'était une situation horrible où je me rendais compte que ça n'allait pas mais je continuais.
Moi	Parce que c'était un exutoire c'est ça ?
T.	<p>C'était un exutoire, vraiment un exutoire parce que j'avais besoin de quelque chose qui me donnait de l'euphorie. Quoique ce soit, c'était du vin à ce moment-là mais ça aurait pu très bien être autre chose.</p> <p>On m'aurait donné de la cocaïne, je serai peut-être retombé dans la cocaïne. Par contre, je n'ai jamais essayé de fumer un joint. Je ne sais pas, ça ne m'a jamais attiré. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être parce que j'ai même eu l'impression que pour moi, ce qu'on appelle là-bas la marijuana, n'aurait pas été aussi forte que la cocaïne. Donc je n'ai jamais été attiré par ça.</p> <p>Pourtant, je sais ici qu'en France ce n'est pas cher. On peut en avoir facilement.</p> <p>Mais bon, c'était de l'alcool, du vin, du vin, du vin. Jusqu'au jour où ma femme rentrait elle me voyait ivre. Elle me disait : « Tu as bu ! » Je niais mais ça sentait, ça se voyait. Jusqu'au jour où j'ai trouvé une astuce. J'ai commencé avec la vodka. Depuis tout jeune, j'avais toujours compris, ou mal compris, que la vodka, ça ne sentait pas ; chose fausse.</p> <p>Euréka !! j'ai trouvé en supermarché les petites bouteilles, les petites flasques de vodka qui se cachent partout. Alors bien sûr, j'avais des bouteilles cachées partout ; je les cachais quand j'étais bourré, je les retrouvais le lendemain. Dès qu'ils parlaient au boulot, hop ! je m'enfilais une flasque.</p> <p>Donc je cachais mes bouteilles partout : des vides, des pleines. Ma femme en trouvait, mon fils en trouvait. Des fois ils ne les trouvaient pas et c'était un bonheur pour moi.</p> <p>Certaines fois, je ne me rappelais plus où est-ce que je les avais cachées.</p> <p>J'étais tellement saoul que c'était un espace-temps noir dans ma vie. Maintenant je le dis, c'était un espace noir comme une série « Les feux de l'amour » qui a commencé un jour et qui n'avait pas encore terminé.</p> <p>Et tous les jours il y avait un nouveau chapitre, un nouveau feuilleton.</p>
Moi	A ce moment-là de votre vie, vous étiez au chômage ?

T.	<p>Non, j'étais déjà passé en invalidité. Parce que physiquement, je n'ai plus la capacité de... des fois je perds l'équilibre.</p> <p>J'ai la spondylarthrite ankylosante avec une fibromyalgie et en plus j'ai un syndrome sec.</p> <p>Paradoxalement... j'ai les yeux qui sèchent, j'ai la bouche qui est sèche. Je dois me mettre des médicaments en spray pour humidifier tout ça. Et boire beaucoup d'eau...</p> <p>En mélangeant l'alcool avec les médicaments pour la spondylarthrite ankylosante, qui étaient des antidépresseurs... pourquoi des antidépresseurs ? parce que du point de vue arthrose spondylarthrite, l'antidépresseur a un effet calmant pour les douleurs articulaires...</p> <p>Pas parce que j'étais mal psychologiquement, non ; ça m'a été prescrit pour ça.</p> <p>En plus, j'avais des anti-inflammatoires non stéroïdiens ; à base d'injection qui sont très forts et à ça je mélangeais à peu près 3 à 4 litres de vin par jour d'abord et ensuite j'étais à 3 à 4 flasques de vodka par jour.</p> <p>Alors un jour, j'étais au lit. Ma femme rentre du travail ; j'étais déjà au lit. Je descends les escaliers et j'allais tomber dans les escaliers. Je me rappelle la rambarde a presque failli basculer. C'était terrible, même moi j'ai pris peur. Ma femme a bien sûr pris peur ; elle a appelé les urgences. Elle m'a emmené aux urgences. Ils ne voulaient pas me garder ; après ils ont accepté car elle leur a dit que je prenais des médicaments pour la spondylarthrite. Alors ils ont accepté vu le mélange d'alcool/médicament. J'ai passé la nuit là-bas.</p> <p>Après je suis revenu le lendemain et j'ai dit plus jamais ça, plus jamais ça.</p> <p>Il en est que j'ai tapé sur google « recherche aide alcool ville de M ». Je suis tombé sur l'association X ; sur le CSAPA ; j'ai appelé tout le monde. Je suis venu ici à l'association ; ils m'ont eux-mêmes dirigé au CSAPA ; j'ai été au CASPA. J'ai demandé à être hospitalisé.</p> <p>Alors ça, il y a un déclic qui s'est passé. Le 29.11.2017, j'allais être hospitalisé à l'Unité d'alcoologie le 4.12.2017 ; et le 29.11.2017 c'était le lendemain de l'anniversaire de mon père. Mon père est décédé ; j'ai eu un coup de blues ; j'ai bu d'une façon consciente. Je me suis dit puisque tu vas être hospitalisé, vas-y... même si avant j'avais cherché de l'aide mais je me suis laissé aller. Tu vas être hospitalisé, alors vas-y.</p> <p>J'ai eu un coup de blues ce jour-là parce que je me suis rappelé mon père et beaucoup de tristesse. Tout s'est mélangé dans mon cerveau.</p>
-----------	---

Et ce jour-là, je suis allé à Leclerc ; j'étais saoul, j'ai pris la voiture ; j'ai acheté une ou deux flasques de vodka. J'étais tellement saoul que les vigils m'ont vu titubé et vu que j'allais prendre la voiture.

Eux-mêmes ils ont appelé la police. La Police a attendu que je monte dans la voiture pour démarrer. Quand je suis sorti de mon stationnement, j'ai vu les gyrophares à l'arrière. Tout de suite, garde à vue pendant 24 heures et 6 mois de suspension de permis ; obligation de soins ; deux ans de mise à l'épreuve ; tribunal etc., etc. ;

Il était là le déclic ; le déclic a été dans la cellule. Quand je me suis retrouvé 24 heures sans un verre d'eau, sans rien. J'ai pleuré pendant 24 heures. Mais où j'en suis arrivé. Je ne peux pas faire ça. Et depuis je ne bois plus.

L'important dans tout ça, dans le parcours de soins, d'abord on est très heureux, on est contents de voir qu'on réussit, qu'on récupère son permis ; qu'on peut repartir en vacances. Je suis toujours avec ma maladie, ma spondylarthrite ankylosante mais que je peux vivre... je peux vivre avec des gens qui boivent à table ; et c'est déjà arrivé maintes fois après ce 29.11.

Après il y a eu l'hospitalisation à l'UA (unité d'alcoologie). J'étais tellement bien à l'UA que j'ai fait mes 5 semaines ; d'abord ma semaine de sevrage et ensuite mes 5 semaines à l'UA ; que j'ai demandé à rester 2 semaines de plus. Et en plus, j'ai demandé au docteur N. qu'il m'aide à trouver un endroit pour faire une postcure.

Et c'est là que j'ai découvert le pourquoi de mon alcoolisme. Parce que chez moi à la maison, il y avait ma mère. Et ma mère exerçait une pression telle que j'avais une haine envers mes frères qui ne m'aidaient pas. Parce que ma mère était physiquement dans l'impossibilité de faire des choses ; de raisonner ; c'est moi qui m'occupais de tout administrativement, physiquement et tout le temps, tout le temps... pendant 10 ans, ma mère était chez moi.

J'avais besoin d'un exutoire... c'était un appel au secours quelque part.

J'ai fait ma postcure et vraiment, je me sentais bien quand j'étais en dehors. Et pendant ma postcure, il est arrivé que ma mère est tombée encore plus mal et ils ont été obligés de la mettre en maison de retraite. Et depuis qu'elle est en maison de retraite je vais bien. Ça m'aide

	<p>dans mon parcours de soins ; je fais très attention ; je n'y pense pas et j'arrive à affronter les situations difficiles sans me dire je vais boire un coup.</p> <p>C'est là qu'on voit qu'il y a un chemin de guérison ; qu'on voit qu'on est dans la bonne voie. C'est quand on affronte des problèmes et qu'on a le courage de les affronter sans avoir recours au produit, quel qu'il soit, que ce soit la cocaïne, que ce soit l'alcool dans mon cas. Quand j'ai besoin d'un exutoire, maintenant, je fais de la méditation. Je mets de la musique New Age, je me couche, je me relaxe tout simplement. Je joue avec mes chats. Les chats sont une très bonne thérapie. Et voilà je suis un nouvel être ; je me sens heureux par rapport à ce que j'étais, ce que j'ai réussi.</p> <p>Ce qui m'aide beaucoup, ce sont les groupes de paroles. Aujourd'hui, on s'est réuni. On n'a pas parlé d'alcool. On a parlé du changement d'horaires, des EPHAD, du beau temps qui arrive... mais c'est le fait de se retrouver avec des gens qui sont comme moi ; qui ont rechuté, qui sont revenus, qui sont là ou qui n'ont pas rechuté.</p> <p>Je m'investis à 100% avec l'association X dans le sens où je visite les malades à l'UA maintenant. Et ça c'est quelque chose qui m'apporte et qui me permet de me tenir. Parce que comment pourrais-je aller visiter des malades si moi je suis retombé, si moi j'ai pris une goutte d'alcool ?</p> <p>Et je sais que cela est à vie, c'est à vie que je vais devoir prendre soin de moi. Là j'ai le meilleur exemple, c'est B. (président de l'association), après 20 ans il a rechuté. Et je me dis que ça peut m'arriver aussi ; mais je ne le veux pas ; je ne le sens pas.</p> <p>Ce qui est beau dans la guérison, c'est vivre avec des gens ou entouré de gens. Ça peut être au travail, dans la rue, au restaurant... ça peut être une fête de Noël en famille, où les gens boivent autour de toi et toi tu te dis non, non je ne bois que du Schweppes et j'ai déjà passé 2 Noël dans cette circonstance mais très heureux sans besoin d'alcool ! Chose que je n'imaginai même pas auparavant.</p>
Moi	<p>Pour rebondir sur l'UA et sur le groupe, qu'est-ce qui vous a aidé ? Quand je suis venue il y a deux semaines, vous avez dit avec N. que c'étaient les activités en ergothérapie, les règles des jeux étaient modifiées de sorte que ce soit difficile, les activités manuelles paraissaient compliquées au début, qu'est-ce qui vous a aidé, ou pas aidé d'ailleurs, d'être en groupe quand vous étiez en ergothérapie ?</p>

T.	<p>Ce qui m'a aidé dans l'ergothérapie, c'est de voir tout d'abord que j'étais capable de faire des choses que jamais je n'avais faites et que jamais je pensais être capable de faire.</p> <p>Des choses banales comme par exemple faire un très joli dessin, des trucs et des astuces de faire un très joli dessin sur un carrelage. Jamais je n'aurai pensé cela dans ma vie avec ou sans alcool, avec ou sans drogue.</p> <p>Ça m'a permis de réaliser déjà à quel point je ne tremblais plus. Ça m'intéressait et j'avais hâte par la suite que E. l'ergothérapeute, que la réunion en ergothérapie arrive pour continuer le travail que l'on avait commencé : les travaux de peinture, de réflexion, de jeux. J'aimais bien jouer et il y a le triomino je crois.</p> <p>Au début, c'était facile ; après on compliquait un petit peu les règles pour que ce soit plus prenant quoi.</p> <p>Et voilà quand on est dans le parcours de la guérison, je crois qu'il faut – ça je l'ai compris – il faut avoir un objectif et de la passion pour ce que tu veux faire.</p> <p>Et c'est ce que je faisais en ergothérapie. Je me rappelle un dessin que j'ai fait et je l'ai bien choisi : c'est l'oiseau de feu. C'est l'oiseau qui revient de ses cendres. Et je l'ai en cadre à la maison maintenant. A chaque fois que je le regarde, je me dis : regarde ce que tu étais et ce que tu es maintenant.</p> <p>L'ergothérapie m'a permis de me centrer plus sur ce que je fais actuellement. C'est-à-dire, quoique je fasse à la maison – un travail, un petit bricolage – que je puisse le faire vu mon état physique, je me concentre plus, je suis plus minutieux, méticuleux, attentif.</p>
Moi	<p>Et est-ce que le fait d'être entouré d'autres personnes vous a aidé justement à retrouver cette confiance en vous, cette capacité à être plus minutieux, plus concentré ?</p>
T.	<p>Oui parce que pour moi c'est un genre de compétition. Je voulais faire mieux que les autres qui étaient dans la salle avec moi. J'y arrivais souvent (rire). Je ne vais pas me jeter des fleurs mais oui en vrai j'arrivais souvent.</p> <p>Mais j'ai eu la chance aussi à l'UA d'être tombé sur deux groupes. Comme j'avais demandé à rester deux semaines de plus, j'ai eu d'abord un groupe 5 semaines puis j'ai croisé un autre groupe pendant deux semaines.</p>

	Les deux groupes étaient vraiment unis mais alors d'une manière incroyable ; à un tel point que même après cela j'ai fait des repas chez moi. Il y en a pas mal qui sont venus.
Moi	Dernier point que j'aimerais aborder : dans la période où vous vous alcoolisiez dès 9 heures du matin par exemple, vous vous occupiez de votre mère, vous étiez en invalidité, que faisiez-vous pendant vos journées ?
T.	<p>Rien, je restais à la maison.</p> <p>Alors il y a une chose que je faisais beaucoup pour ne pas boire, ou essayer de ne pas boire : je me contenais le matin, j'allais à Leclerc le matin et je revenais. Mais il arrivait des moments où à peine arrivé au stationnement j'achetais ce qu'il fallait et je le buvais tout de suite pour boire. Alors ce qui fait que les $\frac{3}{4}$ de la journée, j'étais à la maison. Je buvais en cachette bien entendu. Ma mère plus d'une fois elle l'a vu. Elle me disait : « Tu as bu ! », ou « Tu es en train de boire ! »</p> <p>Et bien sûr, on dit non et oui ça se voit. Il arrive un moment où on ne peut plus cacher le soleil avec un doigt.</p> <p>Mes journées je les occupais à dormir, à regarder la télé, à sortir dans le jardin mais toujours en buvant.</p>
Moi	Il y a beaucoup de patients qui partagent le fait que cela devient compliqué de faire les choses courantes ; est-ce que vous partagez cette impression ?
T.	<p>Oui</p> <p>Tout devient compliqué : non seulement mettre la table pour manger, tant que c'est pour toi tu ne mets que le minimum ; tandis que s'il y a quelqu'un d'autres il faut mettre la table pour tout le monde. Dans ce cas, c'était ma mère parce que mon fils et ma femme étaient au travail.</p> <p>Il arrivait le moment où j'étais tellement mal que ma mère mangeait dans sa chambre et moi je mangeais à part. Comme j'aimais manger tout seul, que personne ne m'enquiquine – tout en buvant avant, après – je me rappelle que je mangeais, que je mettais tout dans le lave-vaisselle, et ma mère s'enfermait dans sa chambre.</p> <p>Moi, je me rappelle que je continuais à boire ; j'ouvrais le frigo et voilà. Ce sont des moments noirs comme je vous l'expliquais.</p>

	<p>Il n'y a pas que de mettre la table. Il y a tout ce qui est nécessités obligatoires comme nettoyer la maison, passer la serpillière ; ça je peux le faire quand ma femme n'est pas là. La pauvre elle part à 7h30 et revient vers 20 heures et encore elle est sur l'ordinateur jusqu'à 23 heures à corriger des copies ; donc il fallait bien passer l'aspirateur, enlever la poussière.</p> <p>La partie administrative aussi, il fallait y répondre parfois : il fallait faire des courriers, appeler la banque, appeler ceci, appeler cela. Non seulement pour moi – déjà j'avais du mal – mais en plus il fallait que je le fasse pour ma mère. Il fallait gérer les rendez-vous avec l'aide sociale parce qu'elle avait l'APA, mettre en place une aide sociale pour qu'elle vienne la visiter. Tout cela c'est moi qui l'ai fait avec mon alcoolisme dessus. C'était très très pénible.</p>
Moi	En reprenant vos mots sur le fait qu'en ergothérapie vous étiez en groupe, donc il y avait un côté compétitif qui vous a boosté...
T.	Oui
Moi	<p>Est-ce que vous pensez que ce côté compétitif vous a aidé à retrouver votre capacité à faire des choses quand vous êtes rentré chez vous ?</p> <p>Est-ce que vous êtes resté dans cette optique : c'est une compétition, il faut que je reste le meilleur ; ce que je faisais avant c'est fini, il faut que je fasse les choses autrement ?</p>
T.	<p>Oui. Cet esprit compétitif est relié au fait d'avoir un objectif quand on sort de la cure. Il faut que tu aies un objectif.</p> <p>Celui qui sort d'une cure et qui n'a pas d'objectif dans la vie... parce que l'objectif il faut se le créer tant que tu es dans la cure. Il faut que tu te dises : je vais sortir, ça ne va pas être le paradis tout le temps ; parce qu'en cure on est dans un milieu protégé. Quand tu sors tu reviens là où tu étais avant d'être hospitalisé. Donc le danger à 90% est le même.</p> <p>Tu peux avoir la tentation subite, incontrôlée et incontrôlable.</p> <p>Il faut avoir des objectifs et je vais les atteindre ; parce que je suis un champion. Il faut avoir des objectifs, il faut avoir cet esprit de compétition contre soi-même et envers soi-même. C'est comme ça que je vois les choses.</p>

	Par exemple, B. (Président de l'association) m'a demandé – maintenant que je vais avec lui à l'UA – de commencer à y aller tout seul. Je me dis « Il faut que tu y arrives, il n'y a pas de raison. Tu n'es pas plus idiot qu'un autre » ; moi je peux visiter, représenter l'association et visiter les malades, leur présenter l'association et leur parler, les laisser parler aussi.
Moi	Je vous remercie vraiment pour toutes ces réponses.
T.	J'espère que je vous ai apporté suffisamment d'infos.
Moi	Oui c'était très constructif.

LE GROUPE EN ADDICTOLOGIE : UN ESPACE POTENTIEL ?

Mots clés : Alcoolodépendance – Groupe – Pouvoir d’agir

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (2016), l’usage nocif de l’alcool serait un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. En France, le ministère des Solidarités et de la Santé (2019) a réalisé récemment une campagne de sensibilisation afin de sensibiliser les français aux risques de l’alcoolisation sur leur santé. Cette étude a pour but de comprendre les retombées de l’accompagnement en groupe en ergothérapie sur le pouvoir d’agir des patients alcoolodépendants. Des entretiens semi-directifs qualitatifs ont été réalisés auprès de 3 anciens patients ayant été accompagnés en groupe en ergothérapie. L’objectif était de recueillir leur ressenti quant à l’influence des autres membres du groupe sur leur propre pouvoir d’agir.

L’analyse des résultats a montré que la mise en place d’un cadre et d’une relation thérapeutique par l’ergothérapeute permet aux patients de se sentir en sécurité lors des activités. Ils peuvent alors reprendre confiance en leurs capacités et retrouver une certaine estime d’eux-mêmes dans l’espace protégé de l’atelier d’ergothérapie. Être entouré de personnes qui comprennent leur maladie les aide dans cette reprise de confiance. Forts des expériences de chacun, ils réalisent à nouveau leurs activités quotidiennes en sortant de l’hospitalisation. Les patients reprennent ainsi le contrôle de leur vie, ce qui participe au développement de leur pouvoir d’agir.

Keywords : Alcohol dependence – Group – Empowerment

According to the World Health Organization (2016), the harmful use of alcohol is a cause in more than 200 diseases and traumas. In France, the Health ministry (2019) recently realised an awareness campaign to increase awareness of the risks of chronic drinking on French people’s health. The goal of this survey is to understand the influence of group care in occupational therapy on the empowerment of alcohol dependant patients. Semi-structured qualitative interviews of 3 former patients who had been cared for in group in occupational therapy were made. The purpose was to gather their experience about the influence of the other members of the group on their own empowerment. The analysis of the results showed that the context and the therapeutic relationship established by the occupational therapist promote a feeling of security for the patients. They can then regain confidence in their capacities and in themselves in the protective space of the occupational therapy workshop. Being surrounded by people who understand their disorder helps them in the recovery of their self-confidence. Building on each other’s experience, they resume their daily life activities when they leave the hospital. Patients regain a certain control on their life, and it participates in their empowerment.

Camille CHAUVINEAU

Sous la direction de Madame Edwige WURTZ