

L'ergothérapie dans la réinsertion professionnelle en alcoologie



Leticia DE FARIA SOARES

Mai 2022

IFE Créteil

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale. L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes. Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.

Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire. Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée Leticia DE FARIA SOARES, étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 28 avril 2022

Signature :



Note aux lecteurs :

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

Ce mémoire est la concrétisation de trois années d'études riches en apprentissages et rencontres au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la rédaction de ce travail de recherche. Cela représente l'aboutissement d'une formation passionnante et l'ouverture sur ma future vie professionnelle.

Tout d'abord Justine Leloup, maître de mémoire, pour son accompagnement sans faille, sa disponibilité jusque tard dans la nuit, sa patience et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de cet écrit.

L'équipe pédagogique de l'IFE et notamment ma référente pédagogique Esmeralda Gauthier, pour son dévouement durant ces trois années, sa bienveillance et ses remarques qui m'ont profondément marqué et permis de m'améliorer.

Mon camarade et ami Robin Marché, pour son soutien, sa présence et ses retours sur mon travail qui m'ont énormément éclairé dans les moments de doute.

Mon amie Julie Gérard, pour son accueil, ses délicieux bonbons et son chocolat au caramel.

Mon groupe 3, qui m'a suivi pendant ces trois ans et aux amitiés que j'y ai créées et notamment avec Fanny Didier et Pauline Flores, de futures ergothérapeutes en or qui feront, j'en suis sûre, rayonner notre profession.

Enfin je remercie mes parents, tout simplement.

"J'essaye de noyer mon chagrin dans l'alcool mais depuis le temps... il a appris à nager"

Philippe Gelluck

« Avec une bouteille d'alcool, tout est si rose et cirrhose »

Mazouz Hacène

Table des matières

Introduction :	1
Situation d'appel	3
Partie Théorique	5
I) Addiction	6
1) Définition de l'addiction	6
a) Étymologie du mot addiction.....	6
b) Définition selon le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM).....	6
c) Différents niveaux d'addiction	7
d) La rencontre entre une personne – un produit – un contexte environnemental.....	9
e) 3 systèmes majeurs.....	9
f) Tolérance	9
g) Craving	10
h) Syndrome de sevrage.....	10
2) Données de Santé publique concernant l'addiction à l'alcool	11
a) Épidémiologie des addictions et notamment à l'alcool	11
b) La consommation d'alcool en fonction de l'âge et du sexe	11
c) Comorbidité psychiatrique.....	12
3) Répercussions du Trouble lié à l'Usage de l'Alcool sur la vie des usagers	12
a) Répercussions sur la vie quotidienne.....	12
b) Répercussions sur la vie professionnelle	13
II) Ergothérapie	14
1) Définition	14
a) Étymologie	14
b) Origine et histoire de l'ergothérapie.....	14
c) Changements de paradigme et Sciences de l'Occupation	16
d) Buts et valeurs de l'ergothérapie.....	17
2) Caractéristiques de l'accompagnement en ergothérapie	18
a) Activités signifiantes et significatives.....	18
b) Les modèles conceptuels et le MCREO	18
3) La MCRO	20
a) L'utilisation de la MCRO	20
b) Notion d'engagement et d'équilibre occupationnel.....	21
c) Notion de rendement occupationnel et satisfaction	22
III) Réinsertion professionnelle des clients en alcoologie par l'ergothérapeute	22
1) Caractéristiques de la réinsertion professionnelle actuelle	22
a) Le parcours d'un patient en alcoologie et les structures associées	22
b) La Réduction des Risques et des dommages associés à la consommation d'alcool (RdRDA)	24
c) L'entretien motivationnel	25
2) Rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement professionnel	26
a) Apports de la pratique ergothérapeutique dans les étapes du changement de comportement	26
b) Facteurs favorisants et lien avec l'ergothérapie	28
c) Facteurs limitants et lien avec l'ergothérapie.....	29
d) Utilisation de la MCRO dans une démarche de réinsertion professionnelle pour clients en alcoologie	29

Partie Expérimentale :	31
I) Méthodologie de l'enquête :	32
1) Objectifs de l'enquête et critères d'évaluation	32
2) Choix de la population	34
a) Critères d'inclusion	34
b) Critères d'exclusion	34
c) Constitution de l'échantillon	34
3) L'outil d'investigation	36
a) Choix de l'outil	36
b) Construction de l'outil	37
II) Passation :	39
1) Résultats de l'enquête	39
a) Données brutes	39
b) Analyse des résultats	47
2) Discussion	51
a) Signification des résultats	51
b) Limites des résultats	52
c) Apports	53
Conclusion :	55
Table des Abréviations :	57
Bibliographie	59

Introduction :

Selon l’OMS (2018), la France reste parmi les pays les plus consommateurs d’alcool au monde. Cette surconsommation peut mener au développement de Troubles liés à l’Usage de l’Alcool (TUA). Seulement, dans un pays où la culture encourage et normalise ces pratiques, la recherche de soin et l’accompagnement des patients ne sont pas des tâches aisées à réaliser. L’addiction à l’alcool engendre de sérieuses conséquences occupationnelles qui ont tendance à être minimisées dans l’espace public. De son côté, la prise en soin alcoologique est une discipline à la croisée des mondes biomédical et psychiatrique. Elle requiert un savant mélange de pratiques pour aider les patients à retrouver une autonomie et une indépendance satisfaisante.

Les ergothérapeutes participent à cette démarche par leur vision client-centrée. La réalisation d’Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ou significatives est au cœur de leur accompagnement. Pour cela, ils peuvent s’appuyer sur des outils spécifiques à leur pratique professionnelle, telle que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Celle-ci est basée sur l’engagement occupationnel et le fait de rendre le patient acteur de leur santé.

Aujourd’hui, l’alcoologie se base sur le concept de Réduction des Risques et des Dommages associés à la consommation d’Alcool (RdRDA). La MILDECA (2021) explique que les professionnels de santé doivent reconnaître l’existence de comportements à risques et, plutôt que de contraindre les usagers, s’attacher à transmettre les ressources et les aides qui permettront aux consommateurs d’exercer au mieux leur pouvoir d’agir. L’objectif est de limiter les conséquences négatives de la consommation dans leur vie quotidienne. La RdRDA a pour but d’agir sur la situation globale du patient en visant plus particulièrement la diminution de la consommation d’alcool et la réadaptation du patient. Cela comprend une aide à la réinsertion professionnelle.

Toutes ces réflexions conduisent à la formulation d’une problématique : [Comment l’ergothérapeute peut-il favoriser la réinsertion professionnelle chez les clients en alcoologie ?](#)

Dans un premier temps, une partie conceptuelle sera développée. Elle permettra de définir l’addiction à l’alcool, ainsi que ses conséquences sur la vie des patients. Ensuite, une description de l’ergothérapie et de ses outils sera proposée. Enfin, la notion de réinsertion

professionnelle de personnes présentant un Trouble de l'Usage lié à l'Alcool et l'accompagnement par l'ergothérapeute dans ces démarches seront abordés.

Dans un second temps, une partie expérimentale sera étayée. La démarche d'investigation sera explicitée lors de la présentation de la méthodologie de recherche utilisée dans ce mémoire. Une présentation des résultats bruts ainsi que leur analyse permettront une discussion avant de conclure.

Situation d'appel

Lors de la réalisation d'un stage de deuxième année d'ergothérapie dans un Hôpital de Jour Psychiatrique, nous avons été confrontés à une découverte surprenante. 90% des patients suivis dans ce service présentaient des addictions. Pourtant, aucun n'était suivi pour cette problématique alors même qu'un service d'addictologie existait au sein de la structure.

Intrigués par cette observation, nous avons interrogé nos tuteurs de stage qui nous ont répondu qu'en France il fallait choisir et que l'on traitait soit l'un, soit l'autre, mais jamais les deux en même temps. Nous nous sommes alors demandé s'il était réellement possible de différencier les deux accompagnements lors d'une prise en soin holistique. De même, nous nous sommes questionnés sur les objectifs et les outils utilisés en addictologie. Les buts des patients étaient-ils différents en psychiatrie ? Existait-il des outils spécifiques à l'addictologie ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons poussé notre réflexion à l'aide de recherches scientifiques. D'abord, le concept de comorbidité est récurrent. « *Les patients présentant des problèmes liés à l'utilisation d'alcool souffrent fréquemment en même temps de troubles mentaux* » et ceux-ci sont « *à risque de ne pas être diagnostiqués pour l'une des deux conditions* ». (Falcheri, 2011) Cette « *co-occurrence d'un trouble dû à la consommation d'une substance psycho-active et d'un autre trouble psychiatrique* » parfois appelée « *double diagnostic* » représente un véritable enjeu de Santé publique. (Falcheri, 2011)

L'alcool est la « *substance addictive légale la plus consommée dans le monde après le tabac* ». (Icick & Bellivier, 2014) En France, « *8 % des 12 à 75 ans sont ou ont été à risque de consommation excessive d'alcool* ». (Palazzolo, 2020) Cela représente « *en France entre 150 000 et 300 000 usagers réguliers* ». (Palazzolo, 2020)

Or, « *50 à 70%* » des personnes concernées par un Trouble lié à l'Usage de l'Alcool « *souffriraient en même temps de troubles psychiatriques majeurs* ». (Falcheri, 2011) En outre, la dépendance à l'alcool et « *les troubles anxieux et/ou dépressifs sont favorisés par des facteurs communs, en particulier des troubles de personnalité* ». (Dervaux & Laqueille, 2018)

Force est de constater que peu de « *patients souffrant d'alcoolisme* » on recourt à des soins et beaucoup se retrouvent en situation d'« *isolement* » en s'éloignant de leur « *cercle* »

social et professionnel ». (Toussaint & de Timary, 2014) Notre lieu de stage mettait l'accent sur la réinsertion professionnelle à l'aide de nombreux ateliers de créations de Curriculum Vitae, rédaction de Lettre de motivation ou encore la création d'un café autogéré par les patients.

Nous nous sommes interrogés sur les moyens d'intervention utilisés en addictologie et plus précisément en alcoologie, et l'importance de l'engagement occupationnel dans la réussite des prises en soin. Miller et Rollnick disaient que « *la motivation au changement doit émaner du patient et non être imposée de l'extérieur* ». (Miller & Rollnick, 1991) En alcoologie, la « *motivation au changement, est un état où le sujet est prêt à changer* ». (Karila, 2018) Celle-ci est « *variable au cours du temps et d'une situation à l'autre* » et résulte de « *l'interaction entre le sujet et son environnement* ». (Karila, 2018) L'accompagnement en alcoologie « *restera fragile ou inefficace sans une action parallèle sur les autres leviers* » comme le fait de retrouver un emploi. (Caniard & Augé-Caumon, 2019) Ainsi, des structures sont prévues pour répondre à ces objectifs comme les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, appuie sur le fait que dans ces structures, les « *équipes sont pluridisciplinaires* » et que « *la pluralité de leurs compétences et de leurs origines est un atout* ». (Caniard & Augé-Caumon, 2019)

Si chaque profession apporte son expertise on peut se demander : **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la réinsertion professionnelle chez les clients en alcoologie ?**

Afin d'y répondre nous soumettons l'hypothèse suivante : **L'ergothérapeute peut favoriser une réinsertion professionnelle, en facilitant l'Engagement Occupationnel des clients en alcoologie dans leurs démarches de recherche, par le biais de la MCRO**

Partie Théorique

I) Addiction

1) Définition de l'addiction

a) Étymologie du mot addiction

Le concept d'addiction est universel et intemporel, bien qu'il n'ait pas toujours été défini en nos termes contemporains. Son appellation actuelle provient d'un vieux vocable français trouvant son étymologie dans un terme latin « *ad-dicere* : « dire à » au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage ». (Fernandez & Sztulman, 1997, p. 255) En effet, « *l'esclave était dictus ad, dit à « tel maître »*. Par analogie « *l'alcoolique serait celui qui est « dit à » l'alcool, comme le drogué est celui qui est « dit à » la drogue, le fumeur au tabac* ». (Fernandez & Sztulman, 1997, p. 255)

On comprend par cette analyse sémantique que l'une des caractéristiques d'une personne présentant une addiction est son lien de dépendance à une substance qui semble inaliénable malgré les conséquences négatives que celles-ci peuvent engendrer.

b) Définition selon le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM)

Une autre définition est proposée par le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-V) qui décrit l'addiction comme « *la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur les activités professionnelles, ou encore la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre* ». (American Psychiatric Association, 2013)

Le DSM, explique qu'un « *sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants* :

- *Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)*
- *Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu*
- *Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu*
- *Augmentation de la tolérance au produit addictif*

- *Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu*
- *Incapacité de remplir des obligations importantes*
- *Usage même lorsqu'il y a un risque physique*
- *Problèmes personnels ou sociaux*
- *Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité*
- *Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu*
- *Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques* ». (American Psychiatric Association, 2013)

Ce consensus international facilite l'identification et l'accompagnement des personnes présentant cette pathologie.

c) Différents niveaux d'addiction

Il existe différents niveaux d'addiction. En effet, elle « *est qualifiée de faible si 2 à 3 critères sont satisfaits, modérée pour 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus* ». (American Psychiatric Association, 2013)

On distingue également trois niveaux de consommation : l'usage, l'abus et la dépendance.

- L'Usage simple ou « *à risque acceptable* » décrit une consommation « *occasionnellement et à faible quantité* ». Elle est « *sans risque majeur pour la santé* ». (Morel, 2015, pp. 69-75)
- L'Abus d'une substance renvoie à un « *mode de consommation inapproprié entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et importantes* ». Il se caractérise par une « *consommation dans des situations dangereuses qui conduisent l'individu à négliger ses obligations sociales* ». (MILDECA, 2015)

- La Dépendance est définie par « *une tolérance accrue, une consommation compulsive, une perte de contrôle* ». La consommation continue « *malgré des problèmes physiques et psychologiques causés par la substance* ». (MILDECA, 2015)

Toutefois, depuis 2013, le DSM V regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation de « *Troubles liés à l'Usage d'une Substance* » ou trouble de l'usage. (MILDECA, 2015) Ces différences peuvent être illustrées sous la forme d'une pyramide représentant le « *continuum de sévérité des comportements d'usage de substances* ». (Poloméni, Cleirec, Icard, Ramos, & Rolland, 2018)

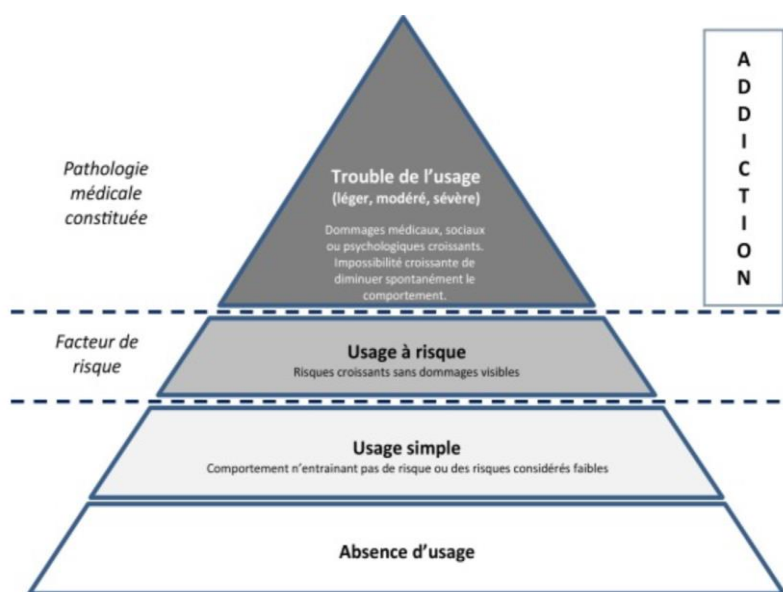


Figure 1 : Continuum de sévérité des comportements d'usage de substances

Ce mémoire se concentrera sur les personnes présentant un niveau d'addiction modéré à sévère car les clients sont impactés différemment dans leurs occupations selon leur consommation. En effet, les « *effets de l'alcool sur la santé dépendent de la quantité et de la fréquence des consommations* » et plus la consommation est importante, plus l'impact occupationnel sera grand. (INRS, 2021)

d) La rencontre entre une personne – un produit – un contexte environnemental

Claude Olievenstein explique l'addiction par « *la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un contexte socio-environnemental* »¹. (Cottencin, Guardia, & Rolland, 2011, pp. 55-68)

Cette « *vision biopsychosociale et non causaliste des addictions* » permet d'éviter la stigmatisation ou la culpabilisation de la personne ou du produit en tant que tel et s'inscrit dans une approche holistique de soin. (Cottencin, Guardia, & Rolland, 2011, pp. 55-68) De façon similaire, la pratique ergothérapeutique conçoit le patient à travers la triade personne – environnement – occupation. Les Troubles liés à l'Usage de l'Alcool vont impacter les trois sphères de la triade et restreindre la participation dans les occupations.

e) 3 systèmes majeurs

Alain Dervaux (2017), explique qu'il existe trois phénomènes majeurs dans l'addiction en rapport avec trois systèmes. D'abord, le système de récompense va être « *activé lors des premières consommations* ». Les sujets vont ressentir de « *l'euphorie* » lors de leur consommation et vont vouloir répéter cette expérience pour en retrouver les effets. C'est ce qu'on appelle le « *renforcement positif* ». (Dervaux, 2017)

Ensuite, le système du stress va s'enclencher. En effet, lorsque la consommation devient chronique, « *un phénomène de tolérance va s'installer, avec des manifestations de sevrage lorsque le sujet ne consomme plus* ». (Dervaux, 2017) Celles-ci sont à l'origine du « *renforcement négatif* » qui favorise également les comportements de recherche de substances. (Dervaux, 2017)

Enfin, c'est le « *système de contrôle qui sera inhibé et donc la consommation de substances va devenir compulsive, avec perte de contrôle* ». (Dervaux, 2017)

f) Tolérance

La tolérance est une « *adaptation cérébrale progressive* ». (Assurance Maladie, 2022) Au fur et à mesure de sa consommation, « *l'effet recherché s'atténue et la personne doit augmenter*

¹ Cf. Annexe 1

les doses pour obtenir l'effet souhaité ». (Assurance Maladie, 2022) C'est ainsi que s'explique l'augmentation de la consommation chez l'usager et le passage d'un niveau d'addiction à l'autre.

g) Craving

Le craving se caractérise par un « *désir puissant, voire compulsif, de consommer* » (Assurance Maladie, 2022). Cette consommation entraîne un « *désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités* ». (Assurance Maladie, 2022)

Il faut comprendre que cette « *envie irrésistible* » est involontaire et difficile à combattre. (Auriacombe, Serre, & Fatseas, 2016, pp. 78-83) Il s'agit d'une « *expérience qui entraîne détresse et désarrois chez celui qui l'expérimente* » et qui persiste « *des mois après l'arrêt de la consommation* ». (Auriacombe, Serre, & Fatseas, 2016, pp. 78-83)

L'usager ne boit plus « *pour ce que lui procure l'alcool mais parce que cela devient une nécessité* ». (Alcool Info Service, 2022) Il cherche à « *éviter le manque* ». (Alcool Info Service, 2022) C'est ce manque que l'on appelle le syndrome de sevrage.

h) Syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage apparaît lors des « *tentatives d'arrêt de consommation* ». (Assurance Maladie, 2022) Des « *manifestations symptomatiques* » vont apparaître suite à l'arrêt partiel ou total de la consommation. (Alcool Info Service, 2022) Elles traduisent un « *état de manque psychique, comportemental et physique* ». (Alcool Info Service, 2022) Des symptômes de sevrage apparaissent : « *anxiété, tremblements, sueurs, agitation, tachycardie, fièvre et, dans les cas les plus graves : crise d'épilepsie et delirium tremens qui peuvent être mortels* ». (Haute Autorité de Santé, 2006) L'usager va vouloir consommer pour se débarrasser de ce sentiment désagréable.

Il ne faut pas le confondre avec le traitement de sevrage qui regroupe « *l'ensemble des mesures thérapeutiques destinées à aider un sujet à mettre fin à sa consommation de substances psychoactives* ». (MILDECA, 2015)

2) Données de Santé publique concernant l'addiction à l'alcool

a) Épidémiologie des addictions et notamment à l'alcool

Les addictions sont, en France comme dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur. Bien qu'il soit difficile de chiffrer de manière précise le nombre de personnes présentant une addiction, la consommation de substances psychoactives est « *responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies* ». (Ministère des Solidarités et de la Santé , 2021) Les conduites addictives interviennent ainsi dans « *environ 30 % des morts avant 65 ans (également appelée mortalité prématurée)* ». (Ministère des Solidarités et de la Santé , 2021)

L'alcool est considéré comme « *le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac* » dans le monde. (Ministère des Solidarités et de la Santé , 2021) La consommation d'alcool provoque des dommages importants sur la santé. En France, elle est « *à l'origine de 49 000 décès par an* ». (Ministère des Solidarités et de la Santé , 2021) Ainsi, « *10% des Français sont des consommateurs quotidiens* » d'alcool. (Richard, Andler, Cordogan, Spilka, & Nguyen-Than, 2019)

C'est pour cela que ce travail de recherche se concentre spécifiquement sur les patients présentant des Troubles de l'Usage lié à l'Alcool.

b) La consommation d'alcool en fonction de l'âge et du sexe

« *15,2%* » des hommes disent boire de l'alcool tous les jours contre « *5,1% de femmes* ». (Richard, Andler, Cordogan, Spilka, & Nguyen-Than, 2019) Cependant, les consommations occasionnelles (moins d'une fois par semaine) concernent « *55,7% des femmes et 36,8% des hommes* » (Richard, Andler, Cordogan, Spilka, & Nguyen-Than, 2019). En termes de quantités bues, l'écart entre les sexes est également marqué puisque les hommes déclarent boire « *en moyenne 2,8 verres un jour ordinaire* » contre « *1,8 verre pour les femmes* ». (Richard, Andler, Cordogan, Spilka, & Nguyen-Than, 2019) La consommation d'alcool est donc plus fréquente et plus importante chez les hommes que chez les femmes bien que les deux sexes soient touchés par ce phénomène.

La consommation est également différente selon l'âge.

La consommation quotidienne est « *rare chez les jeunes* » puisque seul « *2,3% des jeunes de 18 à 24 ans boivent de l'alcool tous les jours* » contre « *7,4% des 45-54 ans et 26% des 65-75 ans* ». (Richard, Andler, Cordogan, Spilka, & Nguyen-Than, 2019) Cependant, elle est de « *3,3 verres chez les 18-24 ans et de 1,7 verre chez les 65-75 ans* ». (Richard, Andler, Cordogan, Spilka, & Nguyen-Than, 2019) On observe donc une augmentation de la fréquence de consommation avec l'âge malgré une diminution de la quantité d'alcool consommée en vieillissant.

c) Comorbidité psychiatrique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la comorbidité psychiatrique dans le champ alcoologique comme la « *co-occurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psycho-active* », ici l'alcool, « *et d'un autre trouble psychiatrique* ». (Falcheri, 2011, pp. 1462-1465) En effet, « *50 à 70% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool souffriraient en même temps de troubles psychiatriques majeurs* ». (Falcheri, 2011, pp. 1462-1465)

Les patients « *état limite ou borderline constituent probablement la catégorie nosographique la plus concernée par le problème des addictions* ». (Tousseul, 2020) Plusieurs raisons expliquent ce phénomène comme le « *caractère impulsif qui facilite le passage à l'acte et la transgression de l'interdit* » ou une « *grande instabilité émotionnelle qu'ils tentent de gérer en ayant recours à la prise de toxiques* ». (Tousseul, 2020)

On comprend que les Troubles liés à l'Usage de l'Alcool sont une maladie aux composantes physiologique et psychiatrique, nécessitant une intervention des professionnels de santé sur ces deux plans. Les conséquences sur la vie des usagers sont nombreuses.

3) Répercussions du Trouble lié à l'Usage de l'Alcool sur la vie des usagers

a) Répercussions sur la vie quotidienne

Le TUA s'installe souvent « *de manière insidieuse* ». (Alcool Info Service, 2022) Cela peut prendre des années avant que la personne et son entourage prennent réellement conscience de l'impact de cette addiction. Au début, les « *effets euphorisants et relaxants de l'alcool* » sont recherchés par l'utilisateur de manière plus ou moins consciente. (Alcool Info Service, 2022) Il développe une « *fausse croyance* » qui lui fait penser que l'alcool lui permet de « *trouver un*

réconfort » et de « *relâcher la pression face à des difficultés* ». (Alcool Info Service, 2022) Le recours à l'alcool devient alors une habitude, une « *solution difficile à remettre en question* ». (Alcool Info Service, 2022)

Seulement, les comportements addictifs de la personne vont progressivement envahir et avoir des répercussions sur la vie quotidienne de l'utilisateur. Les conséquences d'une addiction à l'alcool sont nombreuses : « *absentéisme, délinquance, tensions avec l'entourage* ». (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021) Cela va impacter sa « *qualité de vie* » de manière globale. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021)

Le produit va être associé aux « *pire situations, comme à la meilleure* ». (Tousseul, 2020) Or, si « *chaque chose et son contraire sont liées au même produit, toutes deviennent équivalentes entre elles* ». (Tousseul, 2020) L'utilisateur aura du mal à hiérarchiser ses activités et donc organiser ses journées. L'alcool devient « *quasiment la seule préoccupation* » et les autres occupations semblent « *faibles, insignifiantes et ennuyeuses* ». (Tousseul, 2020) La recherche de ce produit « *tarit tous les plaisirs et s'érige en monopole de la satisfaction. Il devient le sens unique de la vie* ». (Tousseul, 2020) La motivation du patient est donc limitée et son engagement occupationnel dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) également.

Les « *troubles psychiques et cognitifs favorisés par l'usage répété* » vont impacter les capacités « *d'attention* », de « *mémoire* » ou de « *résolution de problèmes* ». (Assurance Maladie, 2022) Cela aura des répercussions sur des activités telles que prendre soin de soi, faire ses courses ou la poursuite de « *l'activité professionnelle* » des usagers. (Assurance Maladie, 2022)

b) Répercussions sur la vie professionnelle

Le TUA va impacter le travail des usagers. En effet, puisque les activités « *perdent leur sens et leur intérêt* », il est difficile aux patients de remplir les attentes d'un milieu professionnel. (Tousseul, 2020) De plus, « *le courage de faire des démarches s'amenuise* » et « *les actions sont reportées* » ce qui n'est pas compatible avec un maintien dans l'emploi. (Tousseul, 2020) Les tâches prévues n'ont « *plus de sens les unes par rapport aux autres, mais uniquement en fonction du produit* » qui passe au premier plan de toute action. (Tousseul, 2020)

Ainsi, « *une addiction sévère non soignée* » aboutit souvent à un cercle vicieux : « *la perte de la motivation, la perte d'emploi, la paupérisation et la marginalisation* ». (Assurance Maladie, 2022)

La réinsertion professionnelle est une problématique primordiale dans la prise en soin de patients en alcoologie. Selon le gouvernement, les objectifs de la « *Réduction des Risques et des Dommages de l'alcool* » ou (RdRDA) est d'agir sur la « *situation globale de l'utilisateur* ». (MILDECA, 2021) Ce paradigme repose notamment sur l'amélioration de « *leur insertion sociale et professionnelle* » et prend en compte l'implication du patient dans sa prise en soin. (MILDECA, 2021)

On en déduit que les notions d'engagement, de motivation et de satisfaction face aux activités signifiantes deviennent difficiles à maintenir pour le patient et notamment dans la sphère professionnelle. C'est là que l'accompagnement en ergothérapie intervient.

II) Ergothérapie

1) Définition

a) Étymologie

L'étymologie du mot ergothérapie vient du « *grec εργον, ergon* » qui signifie l'activité et « *therapia* » qui veut dire le soin. (Pibarot, 2013) Ainsi, l'ergothérapeute est celui qui, littéralement, soigne « *par l'action* » ou l'activité. (Pibarot, 2013) L'activité est le « *concept central de l'ergothérapie* » qui se fonde sur le principe que « *l'être humain est un être d'agir et que les activités peuvent être utilisées pour améliorer la santé* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017)

b) Origine et histoire de l'ergothérapie

Le principe fondateur de l'ergothérapie a « *des origines très anciennes* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Ainsi, on retrouve dans les cultures égyptienne, chinoise et grecque la notion que le recours à des « *activités physiques, productives et culturelles* » mène à des bénéfices sur la santé et que celles-ci pouvaient être utilisées pour soigner. (Charret & Thiébaud Samson, 2017)

Charret (2017) explique qu'à la fin du XVIII^e siècle, l'utilisation de l'activité « *dans un but thérapeutique acquiert un statut légitime dans les institutions* ». En 1786, le médecin aliéniste Philippe Pinel introduit le « *traitement moral* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Cela consiste à faire participer les patients aux « *activités quotidiennes et domestiques* » comme « *des activités manuelles (vannerie, tissage), des activités corporelles (natation, gymnastique, danse) ou encore des activités expressives (théâtre, chant, musique)* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Ces activités génèrent « *un profit financier pour l'institution, mais sont également instaurées pour le bien-être de la personne* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017)

Le métier se fonde alors sur « *quatre principes* :

- *Traitement moral reposant sur l'idée que la routine des activités quotidiennes peut permettre le rétablissement*
- *L'art et les activités manuelles peuvent procurer de la satisfaction et concourir à la guérison*
- *La dimension thérapeutique réside à la fois dans l'occupation, la création et l'exercice physique*
- *Valeurs de rationalité et d'efficacité propres à la médecine* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017)

En transposant ces quatre principes à la réinsertion professionnelle qui va elle aussi imposer une routine et une activité physique au quotidien, on comprend comment celle-ci permet une satisfaction et peut concourir à la guérison.

Après la Seconde Guerre Mondiale, le contexte socio-économique favorise l'implantation du métier d'ergothérapeute dans le soin. Cette période d'« *évolution de la société* » est marquée d'un désir de « *protection sociale* » et d'un changement du « *regard porté sur les personnes malades* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Ces nouvelles visions vont permettre l'officialisation de nos pratiques. Les médecins « *reconnaissent l'effet des techniques* » mises en place par les ergothérapeutes et l'État voit en nos pratiques « *un bénéfice économique* » puisque nous permettons la « *réhabilitation au travail* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017)

c) Changements de paradigme et Sciences de l'Occupation

Les concepts en ergothérapie sont intrinsèquement liés aux contextes socio-économique des époques. Ainsi, la pratique ergothérapique a connu plusieurs évolutions. Elle tend aujourd'hui vers les notions décrites par les Sciences de l'Occupation Humaine.

Ce changement de paradigme provient d'une envie de « *s'appuyer sur des concepts plus scientifiques et basés sur des recherches* ». (Bernez & Launois, 2022)

De nos jours, l'activité n'est plus seulement un outil ou une médiation thérapeutique, mais devient un but à part entière. (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Les prises en soin placent le patient au cœur de son accompagnement et les objectifs posés prennent en compte ses envies.

D'après Charret (2017), ces sciences de l'occupation sont apparues à la fin des années 1980, aux États-Unis, à partir des travaux de l'ergothérapeute E. Yerxa et de ses collègues. Elles permettent d'étudier l'Homme en tant qu'être occupationnel et y explore le rapport entre l'activité humaine et la santé. Elles ont depuis pris une « *envergure mondiale grâce à la création de formations universitaires, revues spécialisées ou conférences dédiées* ». (Charret & Thiébaud Samson, Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie, 2017)

Ces sciences de l'occupation permettent un « *affinement des méthodes d'intervention, la création et validation d'instruments d'évaluation et de mesures d'efficacité* ». (Meyer, 2018) La valeur scientifique de l'ergothérapie est ainsi renforcée et sa crédibilité se fonde sur des travaux propres et non sur des disciplines voisines. (Meyer, 2018)

Pour Meyer (2018), cette nouvelle approche est basée sur des notions d'engagement et de participation occupationnelle. Molineux et Whiteford expliquent que les sciences de l'occupation permettent de :

- « *Soutenir la pratique des ergothérapeutes*
- *Améliorer les services existants et développer de nouvelles approches*
- *Comprendre les humains en tant qu'êtres occupationnels*

- *Expliquer les relations entre l'occupation et la santé*
- *Différencier l'ergothérapie d'autres professions*
- *Accroître les services en dehors des frontières socio sanitaires traditionnelles »*
(Molineux & Whiteford, 2011, p. 246)

Cette démarche se retrouve dans le dernier programme de formation qui définit le rôle de l'ergothérapeute comme étant celui « *d'améliorer l'accès et la participation aux activités humaines dans l'environnement social de la personne (arrêté du 5 juillet 2010)* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Cela impacte le raisonnement et les pratiques des jeunes professionnels qui arrivent sur le terrain avec un vocabulaire nouveau et des outils mis à jour.

d) Buts et valeurs de l'ergothérapie

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2022), décrit ses participants comme des professionnels de santé, exerçant dans les champs : sanitaire, médico-social et social. Ils sont des intervenants incontournables « *dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes* ». (ANFE, 2022) Leur expertise du « *rapport entre l'activité et la santé* », leur permet d'« *assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire* ». (ANFE, 2022)

L'ergothérapeute permet de participer de « *façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » aux Activités de la Vie Quotidienne telles que les soins personnels, le travail ou les loisirs. (ANFE, 2022)

Le but est d'aider les patients à retrouver leur « *rôle social et ainsi de mener une vie satisfaisante* ». (ANFE, 2022) La réinsertion professionnelle de clients ayant un TUA rentre donc dans les champs de compétences de l'ergothérapeute.

Les valeurs de la profession sont nombreuses mais on peut citer celle du « *respect de la personne, de ses valeurs et de son droit de décider pour elle-même* » en se basant sur ce qui est important pour elle. (Ordre des Ergothérapeutes du Québec, 2022) L'engagement dans des activités significatives étant un élément clef de l'accompagnement en ergothérapie réussi.

2) Caractéristiques de l'accompagnement en ergothérapie

a) Activités signifiantes et significatives

L'être humain « *a un besoin vital de s'accomplir dans des activités qui ont du sens* ». (Charret & Thiébaud Samson, 2017) Une activité est alors dite « *signifiante* » lorsqu'elle « *a un sens pour la personne* » et « *significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social* ». (Leontiev, cité par (Rochex, 1995)). Le travail est donc une activité significative mais qui peut être perçue comme signifiante également par certains patients en alcoologie.

b) Les modèles conceptuels et le MCREO

Afin de structurer leurs pratiques et dans la continuité des Sciences de l'Occupation Humaine, les ergothérapeutes se réfèrent à des modèles conceptuels. C'est une « *représentation simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques, l'épistémologie et la pratique* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 3) Cela permet de développer un « *cadre d'intervention structuré et argumenté* » et propose « *des outils d'évaluation cohérents* » garantissant une démarche qualitative. (Morel-Bracq, 2017, p. 7)

Les modèles conceptuels en ergothérapie présentent un vif intérêt. En France, « *nous avons souvent fonctionné avec des modèles implicites ou peu structurés et généralement empruntés aux autres professions* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 7) Ce qui rend difficile l'argumentation de nos pratiques ainsi que « *l'expression de la spécificité de l'ergothérapie* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 7) C'est pour cela que des modèles généraux élaborés par des ergothérapeutes ont vu le jour, comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

Le MCREO, ou en anglais « *Canadian Model of Occupational Performance* », a été « *élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes* ». (Townsend & Polatajko, 2013) Sa dernière version remonte à 2013 lorsqu'il a été revu par Townsend et Polatajko. Il est « *basé sur une approche centrée sur la personne* » permettant d'établir des « *objectifs de traitement* » et « *évaluer les changements dans la performance et la satisfaction* » du patient. (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97) Il met en évidence « *les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités* ». (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97)

Ce modèle explique que « *les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation* ». (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97) Ainsi, les occupations « *affectent la santé et le bien-être des personnes* » et « *donnent un sens à la vie* ». (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97)

Trois grandes catégories d'activité ont été définies : « *les soins personnels, la productivité et les loisirs* ». (Townsend & Polatajko, 2013) Les dimensions de la personne sont « *affectives, cognitive, physique et spirituelle* ». L'environnement de la personne est « *physique, institutionnel, culturel et social* ». ² (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97)

Le MCREO peut s'utiliser « *avec tout patient ou client* » et notamment ceux « *rencontrant des difficultés dans les occupations liées à des problèmes médico-sociaux* », « *souffrant d'exclusion du travail* » comme les patients présentant un TUA. (Morel-Bracq, 2017, p. 90)

L'avantage du MCREO réside dans « *sa capacité à regrouper l'ensemble des ergothérapeutes et renforcer leur identité professionnelle. Les publications en français permettent aux ergothérapeutes non anglophones de s'approprier le modèle.* » (Morel-Bracq, 2017, p. 90)

Étant un modèle canadien, la notion de « client » est souvent utilisée. L'association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE ou CAOT) précise que nous travaillons avec « *des clients* » qui sont « *des individus, des familles, des groupes* » ou des « *populations* ». (CAOT - ACE, 2009)

Au Québec, le « *terme de clientèle est d'usage courant* ». (Phaneuf, 2014) Il désigne « *les personnes qui recourent aux soins de santé. Comme ce ne sont pas tous des malades, ce terme paraît plus large et plus inclusif* ». (Phaneuf, 2014) De plus, il induit la notion d'action et d'implication dans sa prise en soin. « *A travers l'acquisition de compétences* », le client va pouvoir participer activement à l'élaboration d'objectifs et « *déterminer ses propres besoins* ». (Sebai & Yatim, 2018)

² Cf Annexe 2

Ce modèle a été choisi dans la réalisation de ce mémoire et afin de structurer l'enquête. L'intérêt porté à deux notions importantes du MCREO : l'engagement occupationnel et les activités significatives, en faisait le modèle le plus pertinent.

3) La MCRO

a) L'utilisation de la MCRO

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est « *un bilan élaboré en cohérence avec le modèle* » du MCREO. (Morel-Bracq, 2017, p. 89) Elle prend en compte « *l'évaluation et la réévaluation subjective* » du rendement et de la satisfaction du client « *dans les occupations qui sont importantes pour lui* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 89)

Cet entretien semi-directif suit 5 étapes :

- « *Définition du problème* » : Quelles sont les activités que la personne « *veut réaliser, doit réaliser mais n'arrive pas à réaliser ou ne réalise pas à sa propre satisfaction* » ? (Morel-Bracq, 2017, p. 89)
- « *Pondération des problèmes* » : L'importance de chaque problème est évaluée par la personne de 1 à 10. La cote 1 signifiant que l'activité n'est « *pas importante du tout* » et la cote 10 signifiant que l'activité est « *extrêmement importante* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 89)
- « *Hiérarchisation des situations de restriction de participation* » : « *Cinq problèmes prioritaires sont mis en évidence* » par le client. Il doit choisir les « *plus urgents ou plus importants à traiter* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 89)
- « *Cotation du rendement et de la satisfaction* » : « *L'évaluation subjective du rendement* » est cotée par la personne de 1 à 10 pour chaque problème prioritaire. Le client doit répondre à la question « *Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement ?* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 89) L'évaluation subjective de la satisfaction est cotée de la même façon. Le patient doit répondre à la question « *Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement ?* » (Morel-Bracq, 2017, p. 89)

- « Réévaluation » : Elle permettra de « *comparer le changement dans le rendement et dans la satisfaction* » à l'issue de la prise en soin ergothérapeutique. (Morel-Bracq, 2017, p. 89)

L'avantage de la MCRO est qu'elle est « *facile d'accès et d'utilisation* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 92) Cet outil permet « *l'implication rapide des patients* » de par sa « *rapidité de passation* » et une « *compréhension aisée de notre démarche à travers elle* ». (Gueguen & Bereziat, 2002)

La MCRO permet d'augmenter la motivation du patient dans ses AVQ en l'incluant dans son accompagnement et en le rendant décisionnaire des objectifs à travailler. En se concentrant sur des « *activités signifiantes pour le patient* », l'ergothérapeute peut « *mieux cibler le travail de réadaptation* » en étant « *au plus proche des besoins du patient* » afin « *d'apporter des réponses adaptées* ». (Bigex, 2017, p. 502) Cet outil permet une approche occupation-centrée associée à une prise en soin patient-centrée.

Elle s'appuie sur plusieurs notions définies ci-après.

b) Notion d'engagement et d'équilibre occupationnel

L'engagement dans une activité peut être défini comme la « *participation autant psychologique qu'active physiquement* ». (Morel-Bracq, 2017, p. 88) Ce concept peut être également être défini par « *le sentiment de participer, de choisir et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité* ». (Lacroix, et al., 2018)

Reed et Sanderson donnent une définition de l'équilibre occupationnel en expliquant que cela correspond à la manière de « *gérer les activités de notre vie d'une façon satisfaisante sur le plan personnel* ». (Bernez & Launois, 2022) Ainsi, nous avons tous notre « *propre schéma d'équilibre occupationnel* ». (Bernez & Launois, 2022) Celui-ci influe fortement sur notre « *santé physique et mentale* » et influence donc « *la vie d'une personne* ». (Bernez & Launois, 2022) Ainsi, l'usager d'alcool ne parvenant pas à se réinsérer professionnellement alors que c'est important pour lui, présente déséquilibre occupationnel.

c) Notion de rendement occupationnel et satisfaction

Le rendement occupationnel évoque la « *capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations* » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997, p. 34) La notion de rapport est également importante dans le rendement. Selon le Larousse c'est « *l'efficacité de quelqu'un dans le travail (ex : Il s'applique, mais le rendement est nul)* » ou le « *rapport de l'énergie fournie par rapport à l'énergie consommée* ». (Larousse, 2022) C'est un synonyme de l'efficience. Il décrit la manière dont le client se perçoit capable d'accomplir l'activité.

La satisfaction est définie comme « *l'action de satisfaire un besoin* », une « *joie résultant de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait* » ou encore ce qui « *répond à la demande de quelqu'un* » (Larousse, 2022) Elle décrit la manière dont le client se sent après avoir accompli une activité.

Ces notions vont nous permettre de qualifier et quantifier la participation aux activités lors de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).

III) Réinsertion professionnelle des clients en alcoologie par l'ergothérapeute

1) Caractéristiques de la réinsertion professionnelle actuelle

a) Le parcours d'un patient en alcoologie et les structures associées

Le travail représente « *un puissant levier de changement* ». (Lambrette, 2015) Cette « *(re)mise au travail doit être encouragée, pour des motifs de construction de soi et d'un meilleur rapport entre ceux qui sont exclus et les autres* ». (Lambrette, 2015) La réinsertion professionnelle peut être considérée « *comme un ingrédient favorisant la sortie ou la stabilisation de l'addiction* » voire même « *un facteur de protection* ». (Lambrette, 2015)

L'emploi n'est pas une fin en soi mais bien un moyen parmi d'autres, permettant aux personnes « *d'appréhender le monde autrement qu'au travers du prisme de l'addiction* ». (Lambrette, 2015)

Plusieurs structures existent afin de répondre aux différentes étapes du parcours de soins des usagers.

La première étape est la réduction de la consommation puis le sevrage. Il peut être « *résidentiel* » et basé sur un « *séjour de durée variable (d'une semaine à 3 mois environ) dans un l'hôpital ou dans un centre de soins spécialisés* » (Alcool Info Service, 2022) C'est ce que l'on appelle les cures de désintoxication. Le sevrage peut s'effectuer en « *ambulatoire* » où le patient « *prend son traitement et réside dans son environnement habituel* ». (Alcool Info Service, 2022) Enfin, il peut se réaliser sur « *une modalité intermédiaire : l'hospitalisation de jour* » (HDJ). (Alcool Info Service, 2022) L'HDJ Addictologique est « *une alternative à l'hospitalisation* » pour des personnes qui « *ne requièrent pas une hospitalisation à temps complet* » et pourront bénéficier « *du maintien dans leur milieu de vie* ». (Menecier, 2019)

Dans tous les cas, « *un arrêt de travail est généralement nécessaire* » lors de cette étape et la question de la réinsertion professionnelle peut commencer à être abordée bien qu'elle ne soit pas encore primordiale. (Alcool Info Service, 2022)

La deuxième étape est de « *retrouver une vie harmonieuse sans alcool* ». (Alcool Info Service, 2022) Le but à ce moment-là est « *d'aider la personne à se réadapter à son environnement, retrouver des compétences sociales, des savoir-faire oubliés* ». (Alcool Info Service, 2022) Des structures comme les services de Soins de Suite et de Réadaptation d'Addictologie (SSR-A) sont proposées à ce moment-là. Ils permettent aux clients de « *s'adapter au mieux à ses limitations* » et de garantir une « *réelle autonomie au patient dans sa vie familiale et professionnelle* ». (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022) Le but est qu'il recouvre « *les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier* ». (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022)

La troisième étape est de proposer un suivi plus ambulatoire. Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), permettent à l'utilisateur de « *mettre en place l'accompagnement qui lui convient le mieux* ». (Alcool Info Service, 2022) Les missions des CSAPA sont d'accueillir « *toute personne en difficulté avec une conduite addictive* ». (HAS, 2019) Ils sont les plus à même d'accompagner les usagers dans leurs démarches de réinsertion professionnelle puisque les patients sont plus souvent sevrés et réengagés dans le milieu ordinaire.

b) La Réduction des Risques et des dommages associés à la consommation d'alcool (RdRDA)

La Réduction des Risques et des Dommages associés à la consommation d'Alcool (RdRDA) apparaît en 2016 dans la loi de modernisation de notre système de santé. (MILDECA, 2021)

La RdRDA « reconnaît l'existence d'usages et de comportements à risques » et, plutôt que de « contraindre les usagers, elle s'attache à transmettre les ressources et les aides » aux patients. (MILDECA, 2021) Cette vision permet « aux consommateurs d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir, afin de limiter les conséquences négatives » de la consommation sur leur vie quotidienne. (MILDECA, 2021) C'est une « posture, totalement intégrée aux pratiques professionnelles ou d'accompagnement de la consommation d'alcool ». (MILDECA, 2021)

Ce nouveau paradigme conçoit le « risque comme problème principal » et qu'il est « illusoire de chercher à éradiquer » l'usage de manière systématique. (Chappard, Couteron, & Morel, 2019) Ce risque peut être « largement diminué si l'on restitue à l'utilisateur sa citoyenneté et sa capacité d'agir ». (Chappard, Couteron, & Morel, 2019)

La RdRDA agit sur la « situation globale de l'utilisateur ». (MILDECA, 2021) Elle vise à diminuer la consommation et améliorer l'insertion sociale et professionnelle des usagers. Cette pratique patient-centrée permet de :

- « Reconnaître le droit du libre choix de la personne
- S'intéresser aux raisons de la consommation d'alcool et à ses bénéfices, plutôt qu'aux seuls risques liés au produit, afin de mobiliser des leviers d'action
- Individualiser chaque parcours, en l'adaptant à l'environnement et au quotidien de la personne
- Avancer avec la personne pas à pas en misant sur le recouvrement d'une confiance en soi par des objectifs atteignables

- *Définir avec la personne les étapes pour atteindre les objectifs en faisant des points d'étape réguliers* ». (MILDECA, 2021)

Plusieurs outils propres lui sont rattachés comme : « *le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)* », « *les traitements cognitivo-comportementaux (TCC)* », « *les traitements médicamenteux* », « *la participation à des groupes d'entraide* », « *le soutien par des patients experts* » et surtout « *l'entretien motivationnel* ». (MILDECA, 2021)

c) L'entretien motivationnel

Selon Miller et Rollnick (2019), le concept d'Entretien Motivationnel (EM) apparait en Norvège en 1982. C'est un outil utilisé principalement dans les « *addictions* » mais également dans d'autres domaines. (HAS, 2008) Il permet la « *facilitation du changement* ». (Miller & Rollnick, 2019)

L'EM est un « *style de conversation collaboratif* » qui a pour but de « *renforcer la motivation propre* » d'une personne ainsi que son « *engagement vers le changement* ». (Miller & Rollnick, 2019) Il est basé sur quatre principes : « *l'engagement dans la relation* », « *la focalisation* », « *l'évocation* » et « *la planification* ». (Miller & Rollnick, 2019)

Cet outil est utilisé pour des patients présentant des « *pathologies chroniques* » et dont la santé va être déterminée par « *la modification de leurs habitudes de vie ou comportements* ». (Miller & Rollnick, 2019)

Les ergothérapeutes travaillant en alcoologie font face à l'ambivalence des patients lors des entretiens. Ceux-ci « *voient à la fois des raisons de changer et des raisons de ne pas le faire* ». (Miller & Rollnick, 2019) Ainsi « *beaucoup de personnes qui consomment trop d'alcool sont parfaitement au courant des risques de leur comportement* ». (Miller & Rollnick, 2019) L'ambivalence fait partie du processus du changement. (Miller & Rollnick, 2019)

L'efficacité de l'EM comme « *mode de communication dans l'accompagnement au changement* » chez des patients présentant un TUA fait à présent largement consensus. (Dumont & Stitou, 2019, pp. 61-66) Cette manière de communiquer, centrée sur la personne, « *potentialise l'effet d'autres approches pluridisciplinaires dans un effet synergique* ».

(Dumont & Stitou, 2019, pp. 61-66) Ainsi son utilisation n'est pas incompatible à d'autres outils et les résultats en seraient au contraire augmentés.

D'ailleurs, Pomini, Golay et Reymond (2008) décrivent un autre outil utilisable en alcoologie : les Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins ou ELADEB. Elles servent à repérer les priorités que le patient va vouloir travailler dans ses AVQ. Le but est également de faire participer le patient afin de le maintenir dans une position d'implication. (Pomini, Golay, & Reymond, 2008)

2) Rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement professionnel

- a) Apports de la pratique ergothérapique dans les étapes du changement de comportement

En 1982, DiClemente et Prochaska ont défini six stades de changement. Ces stades décrivent « *les étapes que parcourt un sujet désireux de modifier son comportement* » notamment pour « *mettre fin à une dépendance à l'alcool* ». (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5)



Figure 2 : Les 6 stades de changement de comportement proposés par Di Clemente et Prochaska (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5)

Les six étapes expliquent le ressenti des clients à chaque moment de la prise en soin et donnent des indications sur le comportement à adopter en tant que professionnel de santé. Elles seront décrites ci-après en y explorant le rôle de l'ergothérapeute :

- **Pré-contemplation** : l'utilisateur est *« heureux »*, *« sans intention de modifier son comportement dans les six mois à venir »*. Il ne conçoit pas *« sa consommation comme étant un problème »*. (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5) L'ergothérapeute doit *« comprendre sans juger les représentations qu'a le patient de son addiction à l'alcool »*, évaluer *« son niveau de dépendance »*, faire *« entrevoir les avantages »* d'arrêter de boire, *« faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie »*, conseiller *« l'arrêt ou proposer une approche de réduction de la consommation »*. (Haute Autorité de Santé, 2014)
- **Contemplation** : l'utilisateur a *« l'intention de modifier son comportement dans les six mois »*. (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5) On retrouve ici la notion d'ambivalence. L'ergothérapeute doit *« aider le patient vers la décision du changement »*, améliorer sa *« confiance en lui »*, lui exposer l'intérêt *« d'une réduction de la consommation »*. (Haute Autorité de Santé, 2014)
- **Préparation** : l'utilisateur *« désire passer à l'action dans un futur proche, habituellement dans le mois qui suit, et a déjà amorcé certains changements dans cette direction »*. (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5) L'ergothérapeute doit *« construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets, explorer le soutien de l'entourage, proposer au patient de fixer précisément la date de son choix pour la mise en œuvre »*. (Haute Autorité de Santé, 2014)
- **Action** : ce stade *« correspond à l'arrêt de la consommation »*. L'utilisateur *« a opéré des modifications notables dans son style de vie »*. (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5) L'ergothérapeute doit *« l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite du projet »*, valoriser *« ses efforts »*, *« anticiper la rechute avec le patient »*. (Haute Autorité de Santé, 2014)
- **Consolidation ou Maintien** : *« après une phase d'action de six mois, l'objectif est de stabiliser les changements de comportement et de limiter les rechutes »*. (Chevalier,

Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5) L'ergothérapeute doit « *conforter le patient en rappelant et en valorisant ses efforts* », « *renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter* », « *élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer* ». (Haute Autorité de Santé, 2014)

- **Rechute** : « *partie intégrante du processus addictif* ». Elle doit être « *expliquée à l'usager afin d'être anticipée* ». (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015, pp. 1-5) L'ergothérapeute doit « *dédramatiser la situation, aider le patient à tirer les enseignements en identifiant les situations et comportements à risques, chercher à comprendre les raisons de la rechute, aider le patient à réengager le processus* ». (Haute Autorité de Santé, 2014)

La MCRO pourrait être effectuée dès l'étape de la préparation. Dans ce mémoire, une attention particulière sera dédiée aux patients qui sont dans les étapes d'action ou de consolidation et qui souhaitent se réinsérer professionnellement.

b) Facteurs favorisants et lien avec l'ergothérapie

Plusieurs variables peuvent améliorer la démarche de réinsertion professionnelle de patients ayant un TUA. En « *valorisant les compétences des personnes, identifiant leurs ressources, fixant avec elles des objectifs réalistes et concrets* » on peut « *favoriser la stabilisation ou la sortie de l'addiction par et dans le travail* ». (Lambrette, 2015) Ainsi, l'ergothérapeute va par sa pratique professionnelle et après son diagnostic, se baser sur les facteurs facilitants du patient afin d'atteindre des objectifs. En utilisant la MCRO, ceux-ci seront déterminés selon les envies du client.

Le soutien social et l'alliance thérapeutique vont également être bénéfiques. En « *distillant des messages empathiques, respectueux de leurs positions* » et en les impliquant « *dans les différentes décisions les concernant* », les patients vont participer de façon active à leur prise en soin. (Lambrette, 2015) Ainsi, l'ergothérapeute va s'appuyer sur l'engagement des patients et leur motivation. En effet, « *l'adhésion du patient est une condition essentielle de la réussite* » de ce projet. (Alcool Info Service, 2022)

Il est important d'appréhender de « *les freins, les obstacles individuels à l'emploi* ». (Lambrette, 2015) En améliorant les conditions de « *logement, santé, justice, formation et*

situation administrative », on favorise une situation plus stable pour les patients. (Lambrette, 2015) Les ergothérapeutes permettent d'atteindre cette plus grande autonomie et indépendance aux personnes suivies.

c) Facteurs limitants et lien avec l'ergothérapie

Plusieurs variables peuvent également ralentir ou rendre plus difficile la réinsertion professionnelle de clients en alcoologie. Un « *usage prolongé* » d'alcool réduit souvent « *l'employabilité en raison des dégâts collatéraux que celui-ci a générés* » qu'ils soient cognitifs, physiques ou psychologiques. (Lambrette, 2015) Autrement dit, « *plus la consommation est prééminente, moins les personnes sont capables d'accéder directement à l'emploi et de s'y maintenir* ». (Lambrette, 2015) L'ergothérapeute pourra, à l'aide de ses outils spécifiques, proposer un projet cohérent et réalisable en lien avec les autres professionnels.

Si le « *non-emploi a une influence sur l'usage de substances, nous avons pu observer que l'usage de substances est susceptible d'avoir une influence sur le non-emploi* ». (Lambrette, 2015) En effet, « *l'ennui, l'inactivité, le retrait social minent l'estime de soi et constituent autant de facteurs susceptibles de précipiter poursuite de la consommation* ». (Lambrette, 2015) Lors du processus de soin, le patient peut passer par des phases où il « *se décourage et abandonne sa tentative d'arrêt* ». (Lambrette, 2015) L'ergothérapeute fait appel à ses capacités d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé pour éviter ce facteur limitant.

L'utilisation de la MCRO devrait pouvoir palier à cette diminution de motivation et d'engagement dans la prise en soin.

d) Utilisation de la MCRO dans une démarche de réinsertion professionnelle pour clients en alcoologie

Le patient en alcoologie peut « *prendre conscience de sa dépendance en raison de toutes les difficultés sociales qu'il est susceptible de rencontrer, telles que la perte d'un emploi, d'un logement, ou d'un conjoint* ». (Tousseul, 2020) Ces situations le « *conduisent alors à vouloir arrêter, sans forcément y parvenir seul, ni même du premier coup* » et c'est là que l'ergothérapeute intervient. (Tousseul, 2020) Une fois le TUA traité, il faut réintégrer le patient dans la société selon ses valeurs et ses envies. Pour certains, cela se traduit par la réinsertion professionnelle.

Afin d'atteindre ce but, l'ergothérapeute doit maintenir l'engagement et la motivation du patient dans ce projet. Celui-ci doit avoir choisi cet objectif et le considérer comme une activité signifiante au préalable. Toutes ces problématiques présentes dans les prises en soin en alcoologie, se retrouvent dans la MCRO. Ainsi à la question : « **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la réinsertion professionnelle chez les clients en alcoologie ?** », nous pouvons soumettre l'hypothèse suivante : **L'ergothérapeute peut favoriser une réinsertion professionnelle, en facilitant l'Engagement Occupationnel des clients en alcoologie dans leurs démarches de recherche, par le biais de la MCRO.**

Partie Expérimentale :

l) Méthodologie de l'enquête :

Pour rappel, à travers les lectures et la rédaction de la partie conceptuelle de ce mémoire, l'hypothèse suivante avait été formulée : **L'ergothérapeute peut favoriser une réinsertion professionnelle, en facilitant l'Engagement Occupationnel des clients en alcoologie dans leurs démarches de recherche, par le biais de la MCRO.**

1) Objectifs de l'enquête et critères d'évaluation

Dans cette partie expérimentale, nous souhaitons analyser la pratique des ergothérapeutes sur le terrain par une enquête, et plus particulièrement ce qui était mis en place pour favoriser la réinsertion professionnelle pour des clients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool. Cette étude aspire à déterminer si l'utilisation de la MCRO permet de faciliter l'engagement occupationnel des patients dans ces démarches.

Plusieurs objectifs ont été déterminés :

→ **Objectif 1** : Durant l'entretien, identifier la **fréquence** et les **raisons** de l'utilisation de la **MCRO** par les ergothérapeutes, dans la prise en charge de patients en alcoologie étant engagés dans une démarche de réinsertion professionnelle.

Critères d'évaluation : qualitatif ; Un entretien sera réalisé avec des ergothérapeutes travaillant en alcoologie afin d'identifier s'ils utilisent ce moyen d'intervention, à quelles fins et quelles en sont les limites. La présence d'un champ lexical autour de l'Engagement Occupationnel (Ex notions : « engagement » « choix » « motivation » « implication » « volonté ») cité dans les raisons d'utilisation par les ergothérapeutes sera recherchée.

Si les personnes interrogées n'utilisent pas la MCRO, nous en étudierons les raisons et quels autres outils ils utilisent.

→ **Objectif 2** : Pendant l'entretien, identifier les **critères de réussite** d'une réinsertion professionnelle de clients en alcoologie.

Critères d'évaluation : qualitatif ; Un entretien sera réalisé avec des ergothérapeutes, ou autre professionnel, travaillant en alcoologie afin d'identifier les critères utilisés pour décrire une réinsertion professionnelle réussie.

→ **Objectif 3** : Dans la discussion, analyser **l'impact de la MCRO sur l'engagement occupationnel** des clients en alcoologie dans leur démarche de réinsertion professionnelle.

Critères d'évaluation : qualitatif ; les termes liés à l'amélioration de l'engagement occupationnel en lien avec l'utilisation de la MCRO auprès des ergothérapeutes seront repérés. Nous analyserons si les ergothérapeutes expriment que leurs clients arrivent à mieux s'impliquer dans leur réinsertion professionnelle. (Ex notions : « motivation », « appropriation du projet », « envie », « engagement »)

Si les personnes interrogées n'utilisent pas la MCRO, nous analyserons leurs pratiques pour savoir comment et sur quelles notions elles s'appuient pour augmenter l'engagement occupationnel des clients dans leurs démarches de réinsertion professionnelle.

→ **Objectif 4** : Lors de l'entretien, déterminer si **l'utilisation de la MCRO** impacte la **réussite des projets de réinsertion professionnelle** pour des clients en alcoologie.

Critères d'évaluation : qualitatif ; L'interprétation reposera sur la perception des ergothérapeutes à propos de l'évolution de leurs clients sur leur capacité à s'engager dans un projet de réinsertion professionnelle et si les critères de réussite sont atteints. Elle se basera sur l'analyse du vocabulaire et le champ lexical utilisés par les ergothérapeutes.

Si les personnes interrogées n'utilisent pas la MCRO, une comparaison du vocabulaire utilisé dans leurs critères et facteurs de réussite sera effectuée avec les valeurs de la MCRO, afin de vérifier si les mêmes facteurs sont cités.

2) Choix de la population

Afin de réaliser cette enquête et de répondre aux objectifs, un échantillon selon les critères suivants a été élaboré :

a) Critères d'inclusion

Nous avons interrogé des Ergothérapeutes, diplômés d'État, travaillant dans des structures spécialisées aux problématiques des Troubles de l'Usage liés à l'Alcool, comme les SSR-A. Ces structures accueillent des personnes atteintes de TUA et dont certaines veulent ou sont engagés dans des démarches de réinsertion professionnelle.

Nous souhaitons également interviewer des professionnels travaillant dans des structures spécialisées dans la réinsertion professionnelle pour les patients sortant de service d'alcoologie, comme les CSAPA, afin de recueillir leurs pratiques. Nous incluant donc des assistantes sociales ou éducateurs spécialisés confrontés à ces problématiques.

b) Critères d'exclusion

Nous n'avons pas voulu interroger des Ergothérapeutes ne travaillant pas dans le domaine de l'alcoologie puisque leurs pratiques auraient été trop éloignées de notre problématique. En effet, bien que les mécanismes de l'addiction soient les mêmes, les répercussions sur la vie quotidienne des patients sont différentes en fonction des substances consommées.

De plus, nous avons choisi d'exclure les patients de nos entretiens puisque bien que leur retour d'expérience aurait été enrichissant, notre hypothèse est basée sur l'utilisation d'un outil par des professionnels. De plus, cela poserait des soucis de compréhension des concepts de la MCRO et il aurait pu être délicat de les interrogés compte tenu de la Loi Jardé. (Code de la Santé Publique, 2012)

c) Constitution de l'échantillon

La méthode utilisée pour constituer l'échantillon fut « *l'effet boule de neige* ». Cela permettra de s'« *orienter d'emblée vers des personnes suffisamment en confiance pour accepter un entretien et, pour désavantage, de cibler un réseau d'interconnaissance* ». (Etiemble, 2017)

Sachant qu'il existe peu d'ergothérapeutes travaillant en addictologie et encore moins utilisant la MCRO dans un contexte de réinsertion professionnelle, cette méthode permettra d'atteindre un maximum d'individus malgré un réseau personnel faible. Le fait d'interroger des professionnels intervenant dans différentes structures nous permettra de croiser les pratiques et moins biaiser les résultats.

Nous souhaitons commencer par les ergothérapeutes qui pourront nous renvoyer vers leurs collègues ou d'autres structures.

Pour les contacter nous avons eu recours à plusieurs méthodes. D'abord nous avons recherché dans notre base de stages toutes les structures spécialisées en addictologie et alcoologie. Nous étions ainsi sûrs de trouver des ergothérapeutes y travaillant et pouvions facilement trouver leur contact. Après avoir appelé cette dizaine de structures nous n'avons eu qu'une réponse positive pour un entretien avec une ergothérapeute bien que celle-ci n'utilise pas la MCRO.

Nous avons donc élargi nos recherches à internet et aux services d'alcoologie de toute l'Ile-De-France. Nous avons démarché une trentaine de structures par appel et en envoyant notre grille d'entretien par mail. Malheureusement une seule structure nous a accordé un entretien et il se trouve que la deuxième ergothérapeute interrogée travaillait dans la même structure que la première citée ci-dessus. Les deux nous ont conseillé de contacter des professionnels travaillant en CSAPA puisque ces structures accompagnent les démarches de réinsertion professionnelle. Nous avons donc essayé d'obtenir un entretien mais aucune structure contactée n'a répondu positivement.

Pour augmenter nos chances, nous avons également posté un message sur le groupe « Mémoire Ergothérapie » qui regroupe plus de 6600 ergothérapeutes et étudiants. Nous avons été contactés par 3 autres ergothérapeutes qui malheureusement ne rentraient pas dans nos critères d'inclusion.

Enfin nous avons, par le biais de nos référents pédagogiques, obtenu le contact de notre professeure d'addictologie qui travaille justement en alcoologie afin qu'elle puisse nous aider à trouver des personnes rentrant dans nos critères mais sans succès. Finalement, nous avons pu interroger 2 ergothérapeutes travaillant en SSR-A spécialisé en alcoologie.

3) L'outil d'investigation

a) Choix de l'outil

Pour ce mémoire et compte tenu de nos objectifs, la construction et la réalisation d'un entretien nous paraissait être le plus pertinent.

L'entretien est un « *outil de recherche convenant à l'étude d'une personne et des groupes restreints* ». Il est « *peu adapté et trop coûteux* » lorsqu'il est « *utilisé sur un grand nombre de personnes* ». (Blanchet & Gotman, 2015, p. 37)

A l'aide de « *processus fondamentaux de communication et interaction humaine* » utilisés lors des entretiens, « *l'enquêteur peut extraire des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés* ». (Van Campenhout & Quivy, 2011, p. 170) Communiquer en temps réel avec l'interviewée, nous a permis de demander des précisions sur certains propos ou reformuler nos questions, ce que nous n'aurions pas pu faire avec un questionnaire.

C'est une méthode qui permet « *d'accéder à la compréhension de ce que l'autre vit et d'accéder à ses représentations mentales sur un sujet* ». (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125) Étant donné que nous cherchions à récolter les avis personnels et les points de vue des d'ergothérapeutes et professionnels sur la réussite de la réinsertion professionnelle, cette démarche nous paraissait la plus appropriée.

Il existe plusieurs types d'entretiens, cependant, nous avons fait le choix d'utiliser l'entretien semi-directif. C'est l'une des méthodes de collecte de données « *la plus répandue en recherche qualitative* » et cela correspondait à nos critères d'évaluation. (Chevalier & Meyer, 2018). Si l'observation permet de « *voir directement ce que font les individus, elle ne permet pas toujours d'accéder à leur ressenti ou à leur univers mental* » or c'est justement ce que nous recherchions. (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125) De plus, si « *les questionnaires permettent d'obtenir des réponses spécifiques à des questions précises, ils présupposent toutefois que les individus ont une connaissance exacte et transparente de leurs actions et de leurs comportements* » or ce n'est pas toujours le cas avec les patients. (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125)

L'entretien semi-directif repose lui sur l'idée que « *la réalité des individus n'est pas uniquement accessible par le chercheur (observation) ou par les individus eux-mêmes (questionnaires) mais par une interaction dynamique entre le chercheur et ses interlocuteurs* ». (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125)

La retranscription totale des entretiens nous permettra d'analyser les données recueillies notamment avec une analyse lexicale pour répondre à nos objectifs et valider ou rejeter notre hypothèse.

b) Construction de l'outil

Tout d'abord, un guide d'entretien³ a été constitué. Celui-ci doit être composé « *d'une liste de thèmes et de questions ouvertes, complétée par des reformulations et des questions de relance, en lien avec la question de recherche* ». (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125) Il faut le concevoir comme un « *aide-mémoire qui permet de recentrer l'entretien si nécessaire, mais il ne doit jamais se transformer en un cadre rigide* ». (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125)

La réalisation d'entretiens semi directif laissera plus de liberté aux professionnels pour s'exprimer sans perdre le fil rouge de notre enquête.

Nous avons utilisé le « *principe de l'entonnoir* » pour structurer notre guide d'entretien. (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125) Cela consiste à « *commencer par rappeler le cadre de l'entretien et la garantie d'anonymat des propos pour établir un climat de confiance avec son interlocuteur* ». Ensuite, nous avons poursuivi par des questions « *assez larges sur la thématique générale* » de notre recherche avant de poser des questions « *de plus en plus précises pour l'amener progressivement vers le cœur de notre sujet* » tout en reformulant leurs réponses. (Chevalier & Meyer, 2018, pp. 108-125)

Il était également important d'instaurer un cadre thérapeutique en veillant au bon choix du lieu ou des modalités d'entretiens (visio-conférence), la durée et en explicitant l'intérêt de l'enregistrement des entretiens.

³ Cf Annexe 3

Nous avons réalisé la même grille d'entretien pour les ergothérapeutes et les autres professionnels afin de pouvoir comparer leurs réponses. Cela sous-entend que le vocabulaire utilisé dans nos questions ne devait pas être spécifique à l'ergothérapie mais être des termes accessibles à tous. Nous avons également prévu dans le guide des questions à poser si les professionnels n'utilisaient pas la MCRO.

Il est nécessaire de préciser que les thèmes de l'entretien semi-directif ont été élaborés avant la rencontre avec la personne, et que l'ordre et la forme de présentation de ces thèmes essayaient de suivre notre logique d'enquête. Ainsi les entretiens que nous avons réalisés nous ont permis d'obtenir des données qualitatives répondant à nos objectifs.

Les thèmes abordés étaient : l'utilisation de la MCRO ou notion d'engagement occupationnel dans ce type de prise en soin, les facteurs de réussite d'une réinsertion professionnelle, l'impact de la MCRO ou de la notion d'engagement occupationnel dans la réussite des démarches de réinsertion professionnelle. Nous avons également rajouté des questions sur les données sociodémographiques des interviewées. Les entretiens ont été enregistrés via ZOOM afin de faciliter la retranscription. L'autorisation des personnes interrogées a été accordée en amont et nous nous sommes engagés à garder leur identité anonyme.

Cet outil a été testé par une ergothérapeute spécialisée en alcoologie avant d'être validé par ma maître de mémoire ainsi que mes camarades étudiants.

La modalité de la visio-conférence a été choisie car elle permet de conserver les avantages du téléphone et du face à face. L'interviewée reste dans un milieu qui lui est familier et l'enquêteur peut également percevoir les expressions faciales qui accompagnent la discussion. (Fenneteau, 2015, p. 26)

Un entretien avec une professeure d'addictologie spécialisée dans les TUA a également été réalisé de manière non officielle afin d'en apprendre plus sur les enjeux de ces prises en soin. Les besoins des patients et les modalités d'accompagnement ont été discutées afin de projeter les résultats des recherches scientifiques dans des pratiques mises en place sur le terrain.

Compte-tenu du temps imparti pour finaliser notre enquête et de nos difficultés à obtenir des entretiens avec notre population cible, nous nous étions fixés comme objectif deux entretiens avec des ergothérapeutes travaillant avec des populations présentant des TUA et un entretien avec un professionnel travaillant spécifiquement la réinsertion professionnelle de ces clients. Cela nous a permis d'utiliser l'outil d'investigation sur un échantillon non représentatif mais caractéristique de la population.

II) Passation :

1) Résultats de l'enquête

a) Données brutes

Pour rappel : deux ergothérapeutes travaillant en SSR-A ont été interrogées. E1 représente le premier thérapeute et E2 le deuxième. Nous proposons ici les citations exactes extraites des entretiens retranscrits dans leur intégralité en Annexe 5 et 6.

Pour faciliter la compréhension, les résultats seront détaillés par thème, en référence au guide d'entretien préalablement présenté.

Fréquence et raisons de l'utilisation de la MCRO

a) Pratique professionnelle

Les deux ergothérapeutes interrogées travaillent dans un service d'alcoologie.

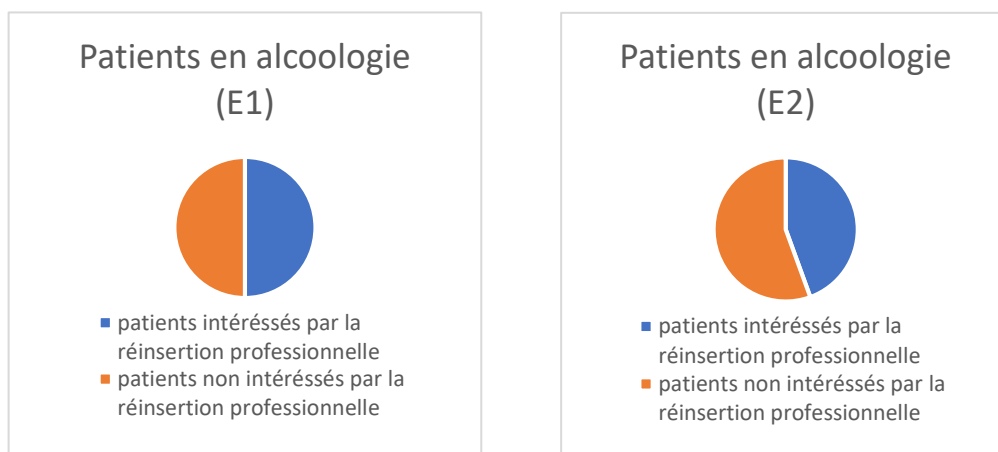
E1 : « je travaille sur l'unité de SSR A » « Ça fait 25 ans que je bosse en addicto »

E2 : « je travaille sur la partie SSR A » « Fin juillet 2021 »

b) Expérience en Réinsertion Professionnelle

E1 : « 50% qui reprenaient un projet pro » « Plusieurs qui sont maintenus dans l'emploi »

E2 : « Sur 10 patients on a un petit peu moins de la moitié qui sont préoccupés par la réinsertion professionnelle »



c) Utilisation de la MCRO et avis

Les deux ergothérapeutes n'utilisaient pas la MCRO mais la connaissait.

E1 : « je l'ai déjà vu » « j'ai une stagiaire qui l'a fait passer pour une patiente et je me suis rendu compte que je faisais un truc qui ressemblait »

E2 : « MCRO je l'utilise pas après ça pourrait être une bonne idée de l'utiliser parce que je sais que ça permet aussi de prioriser l'importance des activités quotidiennes » « J'ai été formée en cours mais ça remonte un petit peu maintenant » « si j'étais formée, est-ce que je l'utiliserais ? Probablement ! » « C'est un prix »

d) Utilisation d'autres outils

Les deux ergothérapeutes utilisent l'entretien motivationnel.

E1 : « depuis que j'ai fait la formation j'essaye de l'utiliser tout le temps » « j'en fais un au début, un au milieu et un à la fin »

E2 : « oui » « il y a beaucoup de reformulation soit juste répéter ce que la personne dit où vraiment faire exprimer un ressenti »

Les deux ergothérapeutes utilisent d'autres outils dans leur accompagnement.

E1 : « J'ai fait un peu d'analyse transactionnelle »

E2 : « Je suis la seule à utiliser L'ELADEB »

e) Apports et Limites des autres outils

<p>Les avantages de l'entretien motivationnel</p> <p>Justification du choix de l'ELADEB par rapport à la MCRO</p>	<p>Les limites des autres outils</p>
<p>E1 :</p> <p>« T'écoutes ce que la personne a à dire » « ce qu'elle imagine pour la suite »</p> <p>« Je propose mais leurs envies sont importantes »</p> <p>« Te permet te mettre au rythme de la personne »</p> <p>« Tu fais comme une photo à un instant t de ce qu'ils pensent dans leurs têtes et tu leur redonne »</p> <p>« Regarder le problème c'est incroyable ça le fait émerger »</p> <p>« Une vision plus claire de ta situation. Plus c'est clair dans ta tête et plus ce sera facile »</p>	<p>E1 :</p> <p>« Commencé à projeter tes objectifs à toi sur la personne »</p>
<p>E2 :</p> <p>« Ça permet l'adhésion avec le patient »</p> <p>« Le patient va identifier si cet item du quotidien est problématique ou si ça ne pose pas de problème »</p> <p>« Lui demander de relier en fonction de l'importance du problème »</p> <p>« Des problématiques que lui aura choisi ! »</p> <p>« Le fait qu'il y ait un média, ça me permet de cibler et de plus centrer »</p>	<p>E2 :</p> <p>« Certains items c'est trop large »</p> <p>« Ça peut ne pas être parlant »</p> <p>« C'est pas forcément compris par les patients »</p> <p>« Pour l'ELADEB, j'ai pas là certification de l'ANFE pour l'utilisation vu que je l'ai appris en stage »</p> <p>« On est beaucoup à faire ça »</p>

<p>« Ça aborde vraiment les activités de la vie quotidienne »</p> <p>« Savoir quel est le problème le plus important actuellement »</p> <p>« Savoir quelle problématique il doit aborder en premier. Et ça permet aussi de savoir qu'est ce qui est significatif pour lui »</p>	
---	--

f) Spécificité interprofessionnelle au sein de la structure

Les deux interviewées ont été questionnées sur leur spécificité ergothérapeutique et l'existence d'une différence de tâches avec les autres professionnels.

E1 : « la spécificité ergo je t'avoue que j'ai un peu du mal à la voir »

E2 : ELADEB « est spécifique ergo » « on a des différences de pratiques » « on a des métiers qui sont différents et des moyens qui sont clairement différents »

g) Spécificité intraprofessionnelle au sein de la structure

« Vous vous appuyez quand même vachement sur les envies et la motivation, ce qui leur plait, qu'est ce qui les motivent, c'est les mêmes notions que pour la MCRO ».

E1 : « oui ça c'est super ! » « des concepts forts ouais »

« Vous travaillez quand même la motivation, l'engagement occupationnel, le plaisir, redonner du sens par l'ELADEB... des notions que je pensais propre à la MCRO mais qui au final sont peut-être juste propres à des outils Ergothérapeutiques ? »

E2 : « Ah bah c'est clair ! On est tellement basé sur les Activités significantes »

Étapes et Critères de réussite d'une réinsertion professionnelle

a) Étapes d'une RP

Les interrogées ont été questionnées sur les étapes proposées pour l'accompagnement d'une réinsertion professionnelle.

E1 : « Demander à la personne si elle aime son boulot ou pas » « Leur faire détailler ce qui va et ce qui va pas comme ça tu comprends mieux ce qui leur plait et ce qui ne leur plait plus dans leur boulot »

E2 : « Si c'est une question de reprendre son rôle au travail, ça va être le faire réfléchir sur comment reprendre son rôle » « Identifier le problème et soit orienter vers une personne qui est plus qualifiée que moi ou ça va être d'essayer de l'accompagner plus ou moins en individuel sur ce projet-là »

b) Critères de réussite d'une RP

Les ergothérapeutes décrivent les critères de réussite d'une réinsertion professionnelle.

E1 : « Est ce qu'ils peuvent tenir le rythme, physiquement est ce qu'ils peuvent tenir ? » « Je t'avoue que je me pose pas ces questions-là parce que moi mon objectif principal est que quand ils viennent se soigner ils aient de belles expériences dans l'abstinence » « Je dis pas que c'est pas important le boulot hein ! c'est important, pour eux ça leur procure un sentiment d'utilité » « je pense que le boulot fait partie de l'équilibre de quelqu'un tu vois »

E2 : « Ça va vraiment dépendre de comment avance son projet. J'ai pas de critères particuliers » « La personne va reprendre son travail à la sortie ou après la fin de son arrêt de travail, reprise de son poste et que finalement il le vit bien et qu'il a pu aborder ce qu'il fallait pour lui permettre une reprise sereine. Là, du coup on aura rempli l'objectif ! S'il s'est inscrit à Pôle emploi et qu'à la fin du séjour ou vers la sortie, il s'est réinscrit bah l'objectif sera rempli »

c) Notions importantes dans l'accompagnement d'une RP

Les deux ergothérapeutes sont interrogées sur les notions facilitatrices d'un projet de RP.

E1 : « leur montrer que c'est important que ce soit eux qui choisissent les choses. Et donc vraiment c'est leur montrer qu'ils sont acteurs de leurs soins et acteurs de leur vie » « En fait ce qui faudrait, et ça je le fais pas, c'est allez sur les valeurs de la personne tu vois ? Si le boulot est important pour eux c'est que ça répond a des valeurs importantes pour eux tu vois si ils bossent vraiment dans un truc qui leur tiens à cœur ça veut dire que c'est super important et il faut que ces valeurs-là soient comblées sinon ça va déséquilibrer la vie de la personne » « Si ce boulot correspond à ce qu'elle souhaite ce sera 15x plus facile que si elle est là parce qu'il faut manger » « C'est aussi une envie. De reprendre pied, de retourner dans la vie, d'être comme les autres » « Le sens qu'il met derrière et c'est le plaisir quand il va aller à son boulot »

E2 : Dans l'ELADEB « Il y a un item qui s'appelle travail et s'ils identifient le travail comme un problème » cette problématique sera abordée. A la question « C'est quand même la notion aussi de satisfaction de la part du patient ? C'est ça qui va primer comme critère de réussite ? » Elle répond « Oui ! Satisfaction et aussi de bah s'il estime avoir avancé comme il le voulait lui dans son objectif » « il va y avoir la motivation du patient dans ce projet-là. Ça va être aussi son implication dans les soins »

Impact de la MCRO sur l'Engagement Occupationnel

a) Notions favorisant l'EO

Les interrogées décrivent les facteurs favorisant l'EO :

E1 : « Tu fais des petites propositions et tu vois si ça accroche. Et si ça leur plait ils vont facilement trouver des solutions pour le mettre en place »

E2 : « Si il me dit que ce n'est pas un problème, je vais pas l'aborder si c'est un problème qui est peu important, c'est pas quelque chose que je vais discuter avec lui en priorité » « Je leur demande quel est leur objectif déjà et je leur demande qu'est ce qui les motive » « J'essaye de faire vraiment en sorte que les choses viennent d'eux ! » « Appuyer aussi sur l'activité significative »

b) Pratiques pour maintenir l'EO

Les interrogées décrivent les facteurs permettant de maintenir l'EO :

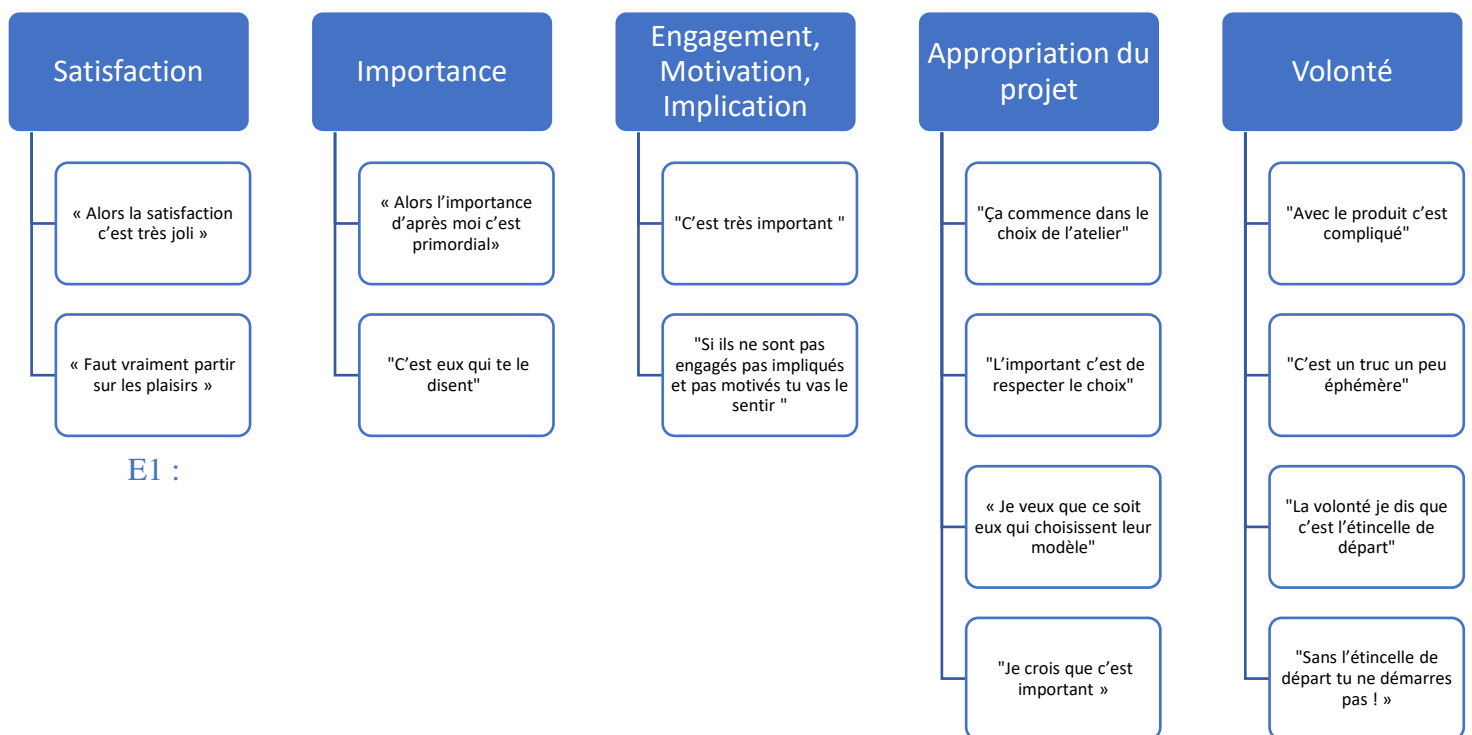
E1 : « Il faut que tu penses que tu sois capable de le faire, il faut que t'aies du plaisir et tant qu'à faire que ça ait un sens, voilà c'est ces 3 là. Je pense que quand t'as ces 3 là tu peux aller un peu n'importe où »

E2 : « D'essayer en entretien d'aborder ce qui va les aider à rester motivé ? Qu'est ce qui répond à leurs objectifs ? » « Que l'activité, finalement lui plaît. Ce qui est proposé, le fonctionnement, et c'est que ça les motive »

Impact de la MCRO sur la réussite des projets de réinsertion professionnelle

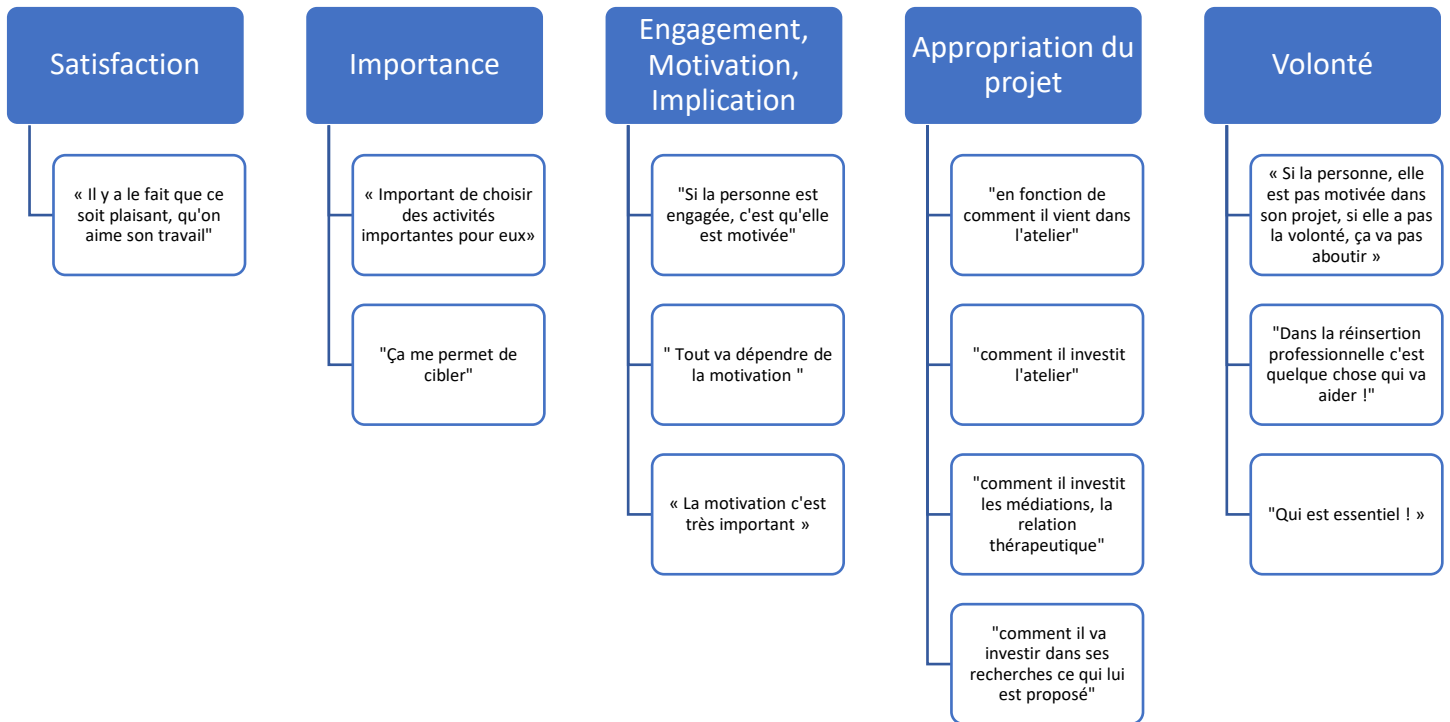
a) Utilisation de la notion de satisfaction, importance, engagement, motivation, implication, appropriation du projet, volonté

Les ergothérapeutes ont été interrogées sur l'utilisation de ces notions dans leurs prises en soin et leur importance dans l'accompagnement des patients dans leurs démarche de réinsertion professionnelle.



E1 :

E2 :



c) Limites de l'accompagnement en RP

Les deux ergothérapeutes évoquent les limites de l'accompagnement dans un projet de réinsertion professionnelle.

E1 : « La limite principale je la vois là c'est-à-dire que y'a le temps du soin et le temps du travail » « Y'a pleins de patients qui souhaitaient faire une formation mais leurs parents ont pas voulu et ils se retrouvent sur une voie qu'ils ne voulaient pas du tout »

E2 : « Dans la reprise du travail, il peut y avoir une notion d'obligation finalement, donc ça va dépendre vraiment de la motivation. Est-ce que le fait que ce soit obligatoire est assez motivant

pour amener à le faire ? » « Pour vraiment revenir spécifiquement à un projet de réinsertion, on peut avoir la volonté, on peut être motivé, ça va aider à agir, mais si la personne elle agit pas, ça va pas se concrétiser. C'est nécessaire, il faut qu'il y ait cette once, ce minimum de motivation mais c'est pas suffisant non plus. »

« Le manque de prise en soins individuelles » « Si ça va être vraiment de la recherche de travail, je n'ai pas de temps spécifique à proposer » « L'individuel, ça permettrait de pouvoir rééduquer plus spécifiquement. Ça permettrait d'être, plus spécifique encore et personnaliser sur la personne »

b) Analyse des résultats

Nous proposons une analyse des données brutes détaillées ci-dessus afin d'essayer de répondre à notre hypothèse. Pour rappel, les objectifs de l'enquête étaient les suivants :

- Identifier la fréquence et les raisons de l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes, dans la prise en charge de patients en alcoologie étant engagés dans une démarche de réinsertion professionnelle,
- Identifier les critères de réussite d'une réinsertion professionnelle de clients en alcoologie,
- Analyser l'impact de la MCRO sur l'engagement occupationnel des clients en alcoologie dans leur démarche de réinsertion professionnelle,
- Déterminer si l'utilisation de la MCRO impacte la réussite des projets de réinsertion professionnelle pour des clients en alcoologie.

Au niveau de la fréquence et des raisons de l'utilisation de la MCRO, les deux ergothérapeutes expriment qu'elles n'y ont pas recours dans leurs pratiques. Cependant, elles semblent toutes deux ouvertes à son utilisation avec des patients en alcoologie engagés dans des démarches de réinsertion professionnelle. E1 dit « je me suis rendu compte que je faisais un truc qui ressemblait » et E2 admet que « ça pourrait être une bonne idée de l'utiliser » et « si j'étais formée, est-ce que je l'utiliserais ? Probablement ! ». L'une des ergothérapeutes n'a pas

reconnu immédiatement l'outil lorsque nous l'avons évoqué et il a fallu le décrire et l'autre a avoué « j'ai été formée en cours mais ça remonte un petit peu maintenant ». Le coût de la MCRO a été abordé de manière négative par E2, en disant « c'est un prix ». Il semble donc que les limites de l'utilisation de cet outil soit un manque d'information et de formation sur celui-ci ainsi que son prix.

D'autres outils sont utilisés par les ergothérapeutes comme l'entretien motivationnel dont une formation a été proposée et financée par leur structure. Une des ergothérapeute (E2) a recours à l'ELADEB mais c'est « la seule ». E1 appuie sur l'implication des patients puisque « leurs envies sont importantes » et E2 rajoute que « ça permet l'adhésion avec le patient » puisqu'il en ressort « des problématiques que lui aura choisi » afin de « savoir ce qui est significatif pour lui ». De plus, ces outils permettent de les faire « émerger » et de les trier « en fonction de l'importance du problème » et en fonction des valeurs des patients. E2 apprécie le fait « qu'il y ait un média » puisqu'il « permet de cibler et de plus centrer » la prise en soin. Ces outils ont donc été choisis car ils permettent de donner la parole aux clients et les rendre acteurs de leurs prises en soin. Ils font émerger des objectifs en lien avec les AVQ et permettent de les hiérarchiser selon l'importance données par les patients. A l'inverse, E1 regrette que ces autres outils puissent mener à projeter des objectifs à soi sur la personne s'ils sont mal utilisés. E2 déplore le fait que « certains items » soient « trop large » ce qui n'est « pas forcément compris par les patients ». Elle ajoute qu'elle utilise l'ELADEB sans « certification de l'ANFE pour l'utilisation » et explique que de nombreux ergothérapeutes font cela.

Sur la spécificité de la pratique en ergothérapie par rapport aux autres professionnels, les deux interrogées ne partagent pas le même avis. E1 a « un peu du mal à la voir » alors que E2 au contraire utilise un outil « spécifique ergo ». Elle ajoute que puisqu'il y a des « métiers qui sont différents », les moyens utilisés par chaque profession « sont clairement différents ». La nécessité d'outils spécifiques à notre métier ne fait donc pas consensus.

Sur la spécificité de la pratique en ergothérapie entre les deux interrogées, il apparaît que bien que les moyens utilisés soient différents, elles s'appuient toutes deux sur des « concepts forts » « basés sur les Activités signifiantes ». Elles basent leurs pratiques professionnelles sur des valeurs telles que l'engagement occupationnel, la motivation et le plaisir des patients. Valeurs qui ne sont pas seulement propres à un outil particulier mais à notre discipline professionnelle. Il existe donc une ligne directrice commune entre les ergothérapeutes pour

guider leurs accompagnements, notamment en alcoologie et dans les démarches de réinsertion professionnelle.

Au niveau des **étapes d'une réinsertion professionnelle pour les patients en alcoologie**, les ergothérapeutes n'ont pas pu déterminer de réponse spécifique. Elles notent l'importance de « faire détailler ce qui va et ce qui va pas » afin de mieux comprendre la démarche des patients et d'« identifier le problème ». L'importance d'un accompagnement en « individuel » est notée par E2 qui explique qu'elle doit parfois « orienter vers une personne qui est plus qualifiée » qu'elle sur cette problématique. Pour les critères de réussite d'une réinsertion professionnelle, E1 avoue ne pas se poser « ces questions-là » puisque bien qu'elle estime que « le boulot fait partie de l'équilibre de quelqu'un », cette réflexion arrive après sa prise en soin en SSR-A. E2 explique qu'elle n'a « pas de critères particuliers » non plus. Elle estime avoir « rempli l'objectif » si « la personne va reprendre son travail à la sortie » et qu'elle « le vit bien ». Le suivi entre le début et la fin de l'accompagnement dans des démarches de réinsertion professionnelle est donc délicat.

Les deux interviewées s'accordent sur les facilitateurs d'une réinsertion professionnelle pour des clients en alcoologie. E1 dit qu'il est « important que ce soit eux qui choisissent » afin d'être « acteurs de leurs soins et acteurs de leur vie ». Elle rajoute que « ce qu'il faudrait », et déplore ne pas faire, « c'est aller sur les valeurs de la personne ». En effet, selon elle « le sens » que le patient met derrière cet objectif de travail ainsi que « le plaisir » sont des facilitateurs. E2 parle elle de « satisfaction », « implication » et de « motivation du patient dans ce projet-là ». Les deux ergothérapeutes insistent sur le fait que la réinsertion professionnelle n'est « abordée » que si les clients « identifient le travail comme un problème » puisque « si le boulot est important pour eux c'est que ça répond à des valeurs importantes pour eux ». E1 explique qu'il faille que « ces valeurs-là soient comblées sinon » ça peut « déséquilibrer la vie de la personne ». Encore une fois, les notions d'importance pour le patient, d'appropriation du projet afin de les rendre acteurs, de satisfaction et motivation sont mentionnées.

Au niveau de **l'impact de la MCRO sur l'Engagement Occupationnel**, les deux ergothérapeutes utilisent les mêmes méthodes vis-à-vis des patients. Elles s'appuient sur trois concepts primordiaux : ce qui « plait », « ce qui les motive » et une « activité significative ». Toutes deux vont chercher à faire émerger du patient « leur objectif ». Elles expliquent qu'ainsi « ils vont facilement trouver des solutions » et qu'il est important « que les choses viennent

d'eux ». L'accompagnement des clients en alcoologie dans une réinsertion professionnelle demande donc de rendre le patient acteur de ses soins.

Au niveau de l'impact de la MCRO sur la réussite des projets de réinsertion professionnelle, les deux professionnelles ont jugé que les notions de satisfaction, importance, d'engagement, motivation, implication, appropriation du projet et volonté étaient importantes. Ce sont des notions qu'elles utilisent dans leurs prises en soin en alcoologie. A l'analyse plus précise du vocabulaire utilisé il apparaît que toutes deux placent l'importance de l'objectif pour le patient comme l'élément « primordial ». Ensuite, E1 appuie sur l'intérêt de l'engagement du patient dans sa prise en soin, alors que E2 évoque la motivation comme un outil « très important ». Cependant, E2 explique que « si la personne est engagée, c'est qu'elle est motivée ». Enfin, E1 considère l'appropriation du projet comme « important » alors que pour E2 c'est la volonté qui est « essentielle ». Il faut donc pouvoir coter cette importance des projets et améliorer la motivation et l'engagement des patients dans les projets qu'ils se seront appropriés.

Les deux ergothérapeutes ont avoué ne pas pouvoir suivre les démarches d'accompagnement dans ces projets jusqu'au bout pour plusieurs raisons. Premièrement il y a « le temps du soin et le temps du travail » or pour E1 et E2, le SSR-A est plus une structure basée sur le temps du soin et la consolidation de l'abstinence. E2 rajoute que si la personne n'agit pas, ces démarches ne vont « pas se concrétiser ». Or elle déplore un « manque de prise en soin individuelles » et ne pas avoir « de temps spécifiques à proposer ». Ces temps-là auraient pu permettre d'être « plus spécifique » et de « personnaliser sur la personne », ce qui paraît primordiale pour la deuxième interviewée. Il faut pouvoir proposer des objectifs adaptés et spécifiques aux patients.

2) Discussion

a) Signification des résultats

Les résultats de l'enquête mettent en évidence qu'il n'existe pas de consensus sur l'importance d'utiliser des outils spécifiques à la pratique ergothérapique dans l'accompagnement de clients en alcoologie dans leurs démarches de réinsertion professionnelle.

En effet, suite à notre enquête, nous observons deux processus : d'abord les deux professionnelles interrogées n'utilisaient pas les mêmes outils entre elles, ensuite elles n'utilisaient pas uniquement des outils spécifiques à la pratique ergothérapique puisqu'elles ont recours à l'entretien motivationnel.

Cela correspond aux propos de Miller & Rollnick (2019) qui expliquent que l'entretien motivationnel est utilisé dans de nombreux champs professionnels et donc par des membres de différentes professions. Le recours à cet outil par les interviewées est en cohérence avec les recommandations de l'HAS (2008) qui explique que « *ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool* ». On pourrait alors se demander : qu'est ce qui relie tous ces outils utilisés en alcoologie et comment choisir le plus pertinent ?

Un premier élément de réponse se trouve dans la conception de tous ces outils. L'ELADEB, l'Entretien Motivationnel et la MCRO partagent tous des valeurs communes.

Les ergothérapeutes interrogées cherchent en priorité trois concepts : l'importance qu'accorde le patient à un objectif, l'engagement occupationnel et sa motivation et enfin l'appropriation d'un objectif par le patient.

Il est intéressant de noter que dans la littérature, Pomini, Golay et Reymond (2008) décrivent l'échelle ELADEB comme un outil servant à repérer les priorités que le patient va vouloir travailler dans ses AVQ. La mesure des difficultés s'effectue d'ailleurs sur une échelle d'importance. Le but est de faire participer le patient afin de le maintenir dans une position d'implication. Cela permettra aux thérapeutes de proposer des programmes d'intervention adaptés et motivants. (Pomini, Golay, & Reymond, 2008)

Miller et Rollnick (2019) expliquent que l'entretien motivationnel quant à lui permet de renforcer la motivation d'une personne et son engagement vers le changement. Cet outil centré sur la personne, leur permet de donner des priorités. Elles sont alors en position de prendre leurs propres décisions.

La MCRO s'interroge elle aussi sur les occupations qui sont importantes pour le patient. Selon Townsend et Polatajko (2013), elle permet de soutenir l'engagement occupationnel du patient et de maintenir sa motivation dans sa prise en soin. Bigex (2017) ajoute que les activités significatives pour le patient sont évaluées afin de rendre le patient acteur de ses soins.

Le fait que l'on retrouve les mêmes valeurs dans tous ces outils pourrait expliquer pourquoi les deux ergothérapeutes seraient prêts à avoir recours à la MCRO et en voient les avantages.

Toutes ces valeurs sont intrinsèques à la profession ergothérapique et guident nos pratiques de façon plus ou moins consciente. Cependant, dans le domaine de la prise en soin des addictions, ces valeurs sont également reprises par d'autres professions et se retrouvent donc dans des outils non spécifiques à la pratique ergothérapeutique.

On peut émettre l'hypothèse suivante : le choix et la spécificité de l'outil est peut-être moins important que les valeurs sur lesquelles il se base et sa bonne utilisation par les thérapeutes.

b) Limites des résultats

Si l'enquête menée a fourni certains éléments de réponse, celle-ci comporte certaines limites.

Premièrement, la population interrogée présentait plusieurs freins. La non-utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes ne permet qu'une compréhension de son intérêt et non une réelle comparaison de pratique. De même, le recrutement d'interrogés ayant été difficile, peu d'entretiens ont été réalisés et par des ergothérapeutes travaillant dans la même structure, ce qui peut apporter un biais aux résultats. Le nombre faible de sujets d'étude rend l'échantillon non représentatif. (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 170) Il aurait été intéressant d'interroger un nombre plus important d'ergothérapeutes travaillant en alcoologie. Cependant, le peu d'ergothérapeutes travaillant dans des structures liées à ces problématiques a limité nos recherches.

De plus, il aurait été intéressant d'interroger des professionnels travaillant dans des structures spécialisées dans la réinsertion professionnelle pour les patients sortant de service d'alcoologie, comme les CSAPA. Seulement, les nombreuses recherches menées pour interviewer des assistantes sociales ou des éducateurs spécialisés se sont avérées infructueuses. Cela aurait permis de confronter des pratiques distinctes à différents moments de la prise en soin et d'approfondir notre analyse.

Deuxièmement, l'outil utilisé possède des limites inhérentes. Les entretiens semi-directif et les critères d'évaluations de nos objectifs étant qualitatifs, l'analyse des résultats peut être ouverte à l'interprétation. La compréhension des questions est influencée par l'interrogée et ses réponses comportent un vocabulaire qui lui est propre. Nous avons donc dû parfois reformuler les questions en essayant de ne pas influencer les réponses des ergothérapeutes afin de ne pas créer de biais d'interprétation dans notre étude.

Troisièmement, le sujet présentait des difficultés intrinsèques. L'existence d'outils non spécifiques à l'ergothérapie mais régulièrement utilisés en alcoologie réduit la présence de la MCRO dans les pratiques. De plus, le prix d'achat et de formation à la MCRO est une limite du terrain qui aurait pu être anticipée dans cette enquête. Ensuite, lors de prises en soin pluri-professionnelles et liées à des concepts non tangibles, il est difficile d'isoler l'impact d'un seul outil sur les démarches de réinsertion professionnelle. Il aurait été intéressant d'évaluer les résultats de ces démarches sur le long terme. Ce sont des projets qui peuvent mettre du temps à aboutir. Le temps imparti à, ici encore, été un frein à cette enquête. Enfin, il est parfois reproché à la MCRO de commencer « *par faire émerger les problèmes, ce qui peut parfois occulter ce qui va bien* » et peut heurter certains patients. (Morel-Bracq, 2017, p. 92) Le patient doit également être capable de comprendre et coter son engagement dans ses activités, ce qui n'est peut-être pas accessible aux patients présentant des troubles cognitifs liés au TUA.

c) Apports

Ce travail de recherche à toutefois amené plusieurs points d'intérêts.

Sur un plan scolaire et professionnel, développer une méthode de recherche scientifique et la mener à bien est une expérience essentielle aux étudiants en fin de scolarité. Cette démarche d'investigation, de remise en cause et de questionnement permet de former une mentalité de recherche primordiale à notre future pratique professionnelle. Elle permet de former des

standards qualitatifs chez les professionnels de demain. Cet apport est essentiel et notamment pour des étudiants en santé qui seront amenés à accompagner des patients qui méritent des soins de choix.

Sur un plan plus personnel, il était très gratifiant de voir notre méthode de recherche s'améliorer et s'affiner au cours de ce mémoire. Ce travail a permis un enrichissement tant sur les capacités à solliciter que sur les découvertes autour de l'alcoologie. C'est un sujet qui nous intéresse toujours autant, si ce n'est plus encore après ce mémoire. L'envie de continuer à accroître nos connaissances et de faire évoluer les pratiques dans ce champ sanitaire s'est consolidée dans notre esprit. L'alcoologie est une discipline méconnue par beaucoup de professionnels et teintée de préjugés qui mériterait d'être considérée davantage.

Conclusion :

Ce mémoire s'intéresse à l'accompagnement de patients présentant un Trouble lié à l'Usage de l'Alcool dans leurs démarches de réinsertion professionnelle. Une question se pose alors : **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la réinsertion professionnelle chez les clients en alcoologie ?**

Les répercussions d'un TUA sont nombreuses et retrouvées dans toutes les sphères occupationnelles des patients. L'accès au travail représente un objectif important pour certains patients. Les démarches peuvent être longues et contraignantes ce qui peut représenter un obstacle. L'accompagnement de ce projet en ergothérapie est donc une réalité régulière et pertinente.

L'ergothérapeute centre sa pratique sur la personne et base sa prise en soin sur les activités. Il peut utiliser des moyens spécifiques à son métier, comme la MCRO. Celle-ci favorise l'engagement occupationnel en permettant à la personne de hiérarchiser par ordre d'importance des objectifs qu'il aura choisis. Une hypothèse émerge : **L'ergothérapeute peut favoriser une réinsertion professionnelle, en stimulant l'Engagement Occupationnel des clients en alcoologie dans leurs démarches de recherche, par le biais de la MCRO.**

Pour y répondre, une enquête qualitative a été menée auprès de deux ergothérapeutes travaillant en SSR-A. Ces structures accueillent des patients présentant des TUA et désirant se réinsérer dans la vie professionnelle. Des entretiens semi-directifs en visio-conférence ont été menés. Ils étaient organisés autour de thèmes préalablement définis dans un guide d'entretien.

L'objectif principal était de déterminer si l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes était corrélée à une augmentation de l'engagement occupationnel des clients dans leur accompagnement. Les résultats obtenus apprennent que cet outil n'est pas utilisé dans leurs pratiques. En effet, elles ont recours à d'autres méthodes, comme l'entretien motivationnel ou l'ELADEB. Ainsi, il n'existe pas de consensus sur l'importance d'utiliser des outils spécifiques à la pratique ergothérapique dans l'accompagnement de clients en alcoologie dans leurs démarches de réinsertion professionnelle. L'hypothèse est donc invalidée.

Cependant, il a été observé que tous les outils utilisés par les professionnels étaient fondés sur les mêmes valeurs. L'importance, l'engagement motivationnel ou la motivation, l'appropriation du projet et la volonté apparaissent comme étant des clefs de réussite. De nouvelles hypothèses apparaissent alors : l'utilisation de plusieurs outils en alcoologie ne serait pas contradictoire mais plutôt complémentaire, la réussite des démarches de réinsertion professionnelle, et même d'un accompagnement en général, ne dépendrait pas de l'utilisation d'un outil spécifique comme la MCRO mais plus des valeurs propres auxquelles il se réfère.

En effet, les valeurs intrinsèques utilisées dans le métier d'ergothérapeute apparaissent comme plus importantes que le choix de l'outil. En termes de perspectives de recherche, il serait intéressant d'interroger un autre professionnel afin de comparer ses pratiques aux valeurs d'engagement occupationnel, d'importance et de participation.

L'avantage du recours à la MCRO réside également dans le fait que les étudiants en ergothérapie y sont sensibilisés et peuvent facilement l'utiliser depuis la réforme du diplôme. L'entretien motivationnel lui requiert des besoins plus importants de formation. De plus, la prise en soin des TUA étant une discipline en mouvement, on observe une convergence des pratiques pluri-professionnelles vers ces principes qui relèvent des Sciences de l'Occupation. Cela pourrait donc représenter une future piste pour les pratiques professionnelles en alcoologie. Employer et développer la place des ergothérapeutes en alcoologie serait pertinent puisque ces professionnels sont déjà formés aux valeurs qui sous tendent cette pratique.

« Le courage, ce n'est pas de commencer, ni de terminer, c'est de recommencer. »

Earl Nightingalea

Table des Abréviations :

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e Edition

ELADEB : Échelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins

EM : Entretien Motivationnel

EO : Engagement Occupationnel

HDJ : Hôpital De Jour

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RdRDA : La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool

RP : Réinsertion Professionnelle

SSR-A : Soins de Suite et de Réadaptation d'Addictologie

TUA : Troubles liés à l'Usage de l'Alcool

Bibliographie

- Alcool Info Service. (2022, Avril 23). *L'addiction à l'alcool*. Récupéré sur Alcool Info Service: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/evaluer-consommation-alcool/dependance-alcoolique> consulté en novembre 2021
- Alcool Info Service. (2022, Avril 26). *Se Faire Aider : L'aide spécialisée*. Récupéré sur Alcool Info Service: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/aide-alcool/specialisee> consulté en mars 2022
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- ANFE. (2022, Mai 20). *Qu'est ce que l'ergothérapie ?* Récupéré sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/ consulté en mai 2022
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: ACE.
- Assurance Maladie. (2022, Janvier 04). *Addiction : définition et facteurs favorisants*. Récupéré sur Ameli: <https://www.ameli.fr/yvelines/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants> consulté en mars 2022
- Auriacombe, M., Serre, F., & Fatseas, M. (2016). 6. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? Dans *Traité d'addictologie* (pp. 78-83).
- Bernez, A., & Launois, M. (2022). Ergothérapie : vers une vie porteuse de sens. *VST - Vie sociale et traitements*, 153(1), 91-100.
- Bigex, A. (2017, Décembre). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l'activité analytique à l'activité signifiante. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 36(6), 502.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien*. Malakoff.
- Caniard, E., & Augé-Caumon, M.-J. (2019). *Les addictions au tabac et à l'alcool*. Conseil Économique, Social et Environnemental, JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE.
- CAOT - ACE. (2009, Mars-Avril). Prise de position de l'ACE Le design universel et l'ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 11, p. 26.
- Chappard, P., Couteron, J.-P., & Morel, A. (2019). *Addictologie*.
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36.
- Chevalier, C., Nguyen, A., Nougier, I., & Villegier, P. (2015, Mars). Comprendre le phénomène de l'addiction. *Actualités Pharmaceutiques*, 54(544), 1-5.
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). *Les Méthodes de recherche du DBA*. (E. Editions, Éd.) Caen.
- Code de la Santé Publique. (2012). *loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine*. Consulté le Mai 2022, sur LegiFrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>
- Cottencin, O., Guardia, D., & Rolland, B. (2011). Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s). *Urgences 2011*, 55-68.
- Dervaux, A. (2017). Neurobiologie des Addictions. *Pratiques cliniques en addictologie*, 8-15.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2018, Juin). Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale*, 4(6), 575-585.
- Dumont, J., & Stitou, M. (2019). *Entretien motivationnel en soins infirmiers*. Dunod.
- Etiemble, A. (2017). Tamouls du Sri Lanka en France : politisation de l'exil. *Reconnues réfugiées et après ?*, 33(4), 65-86.

- Falcheri, J.-P. (2011, Juillet 13). Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Revue Médicale Suisse*(302).
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire - 3ème édition*. (Dunod, Éd.)
- Fernandez, L., & Sztulman, H. (1997). Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 255.
- Gueguen, A.-F., & Bereziat, M.-P. (2002). Ergothérapie en soins palliatifs. *InfoKara*, 17(1), 20-23.
- HAS. (2008). *L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL*. Fiche de renseignement sur l'entretien motivationnel, Haute Autorité de Santé.
- HAS. (2019). *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*. Recommandations de Bonne Pratique, Haute Autorité de Santé .
- Haute Autorité de Santé . (2006, Juillet 19). *Recommandations de Bonnes Pratiques : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant consulté le avril 2022
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient*. Outil associé à la recommandation de bonne pratique, HAS.
- Icick, R., & Bellivier, F. (2014). Chapitre 10. Alcool. *Addictions et comorbidités*, 169-191.
- INRS. (2021, Novembre 30). *Addictions : Effets sur la santé et la sécurité*. Récupéré sur INRS: <https://www.inrs.fr/risques/addictions/effets-sante.html> consulté le mai 2022
- Karila, L. (2018). *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool*.
- Lacroix, P.-A., Pelletier, A.-J., Blondin, M.-P., Dugal, A., Langlois, C., Levasseur, M., & Larivière, N. (2018). Canadian Journal of Occupational Therapy. *Translation and validation of the Engagement in Meaningful Activities Survey*, 11-20.
- Lambrette, G. (2015). Le travail, un levier pour la santé Réflexions à partir de projets de réinsertion socioprofessionnelle destinés à des (ex-)usagers de substances psychotropes. *VST - Vie sociale et traitements* , 49-52.
- Larousse. (2022, Mai). *Définition de Satisfaction*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085> consulté le Mai 2022
- Larousse, D. (2022, avril 22). *Rendement*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rendement/68142>
- Menecier, P. (2019). *L'hospitalisation de jour en addictologie*.
- Meyer, S. (2018). Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie. *QUELQUES CLÉS POUR COMPRENDRE LA SCIENCE DE L'OCCUPATION ET SON INTÉRÊT POUR L'ERGOTHÉRAPIE*, 4(2), 1-21.
- MILDECA. (2015, Août 10). *Le sevrage*. Récupéré sur Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA): <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-sevrage> consulté le Janvier 2022
- MILDECA. (2015, Août 10). *Qu'est-ce qu'une addiction ?* Récupéré sur Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction> consulté le Janvier 2022
- MILDECA. (2020). *L'ESSENTIEL SUR... ADDICTIONS EN MILIEU PROFESSIONNEL : EMPLOYEURS ET EMPLOYÉS, TOUS CONCERNÉS*. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives . Gouvernement Français.
- MILDECA. (2021, Septembre 27). *La réduction des risques associés à la consommation d'alcool - Principes de l'intervention*. Récupéré sur Mission interministérielle de lutte

- contre les drogues et les conduites addictives:
<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/reduction-risques-associes-consommation-dalcool-principes-de-lintervention> consulté le Mars 2022
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing : Preparing People To Change addictive Behaviour*.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions.
- Ministère des Solidarités et de la Santé . (2021, Décembre 20). *Addictions*. Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/> consulté le mars 2022
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022, Avril 25). *Une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation*. Récupéré sur Soins de suite et de réadaptation - SSR: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr> consulté le mars 2022
- Molineux, M., & Whiteford, G. (2011). *Occupational science: genesis, evolution and future contributions*. (Elsevier, Éd.) Sydney: Duncan.
- Morel, A. (2015). Usages, abus et dépendances. *Addictologie*, 69-78.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- OMS. (2018). *Global Status report on alcohol and health*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec. (2022, avril 26). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Récupéré sur Ordre des Ergothérapeutes du Québec: <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html> consulté le Avril 2022
- Palazzolo, J. (2020). Chapitre IV. La prise en charge des addictions. Dans *Les thérapies cognitives et comportementales* (pp. 53-71).
- Phaneuf, M. (2014, Mai). L'approche client, une voie humaniste pour les soins. *La revue de l'infirmière*, 201, p. 36.
- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie. Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Bruxelles: De Boeck-Solal.
- Polatajko, H. (2001). L'évolution de notre perspective sur l'occupation : un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 68-74.
- Poloméni, P., Cleirec, G., Icard, C., Ramos, A., & Rolland, B. (2018, Septembre). L'addictologie de liaison : outils et spécificités Consultation/liaison addiction medicine: Tools and specificities. *L'Encéphale*, 44(4), 354-362.
- Pomini, V., Golay, P., & Reymond, C. (2008). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques: Les échelles lausannoises ELADEB. *L'Information psychiatrique*, 84(10), 895.
- Richard, J., Andler, R., Cordogan, C., Spilka, S., & Nguyen-Thân, V. e. (2019). *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire.
- Rochex, J. Y. (1995). *Le sens de l'expérience scolaire*. Paris: PUF.
- Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 30, pp. 517-526.
- Toussaint, A., & de Timary, P. (2014). *Sortir l'alcoolique de son isolement*.
- Tousseul, S. (2020). La psychothérapie des addictions. *Psychothérapies*, 40, pp. 247-258.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice de l'occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). ACE.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris: Dunod.

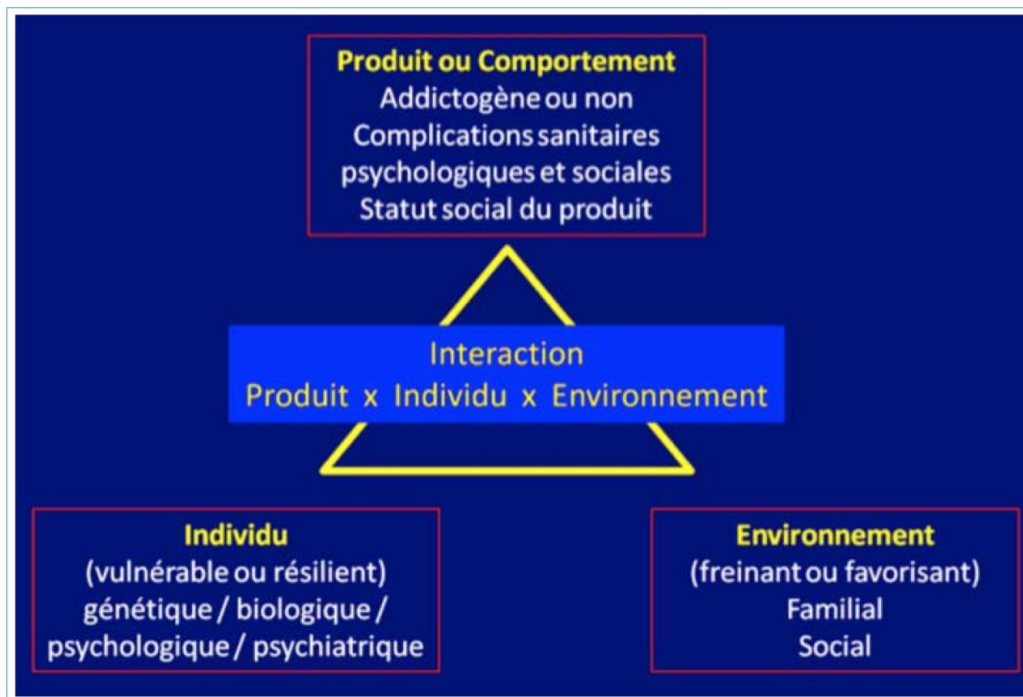
Volkow, N., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. *The American journal of psychiatry*, 729-740.

Table des Annexes

<i>Annexe 1 : Figure du modèle bio-psycho-social des addictions (Cottencin, Guardia, & Rolland, 2011, pp. 55-68)</i>	<i>2</i>
<i>Annexe 2 : Figure du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97).....</i>	<i>2</i>
<i>Annexe 3 : Grille d'entretien réalisé pour ce mémoire</i>	<i>3</i>
<i>Annexe 4 : Tableau récapitulatif des résultats bruts obtenus</i>	<i>6</i>
<i>Annexe 5 : Retranscription entretien n°1</i>	<i>16</i>
<i>Annexe 6 : Retranscription Entretien n°2</i>	<i>36</i>

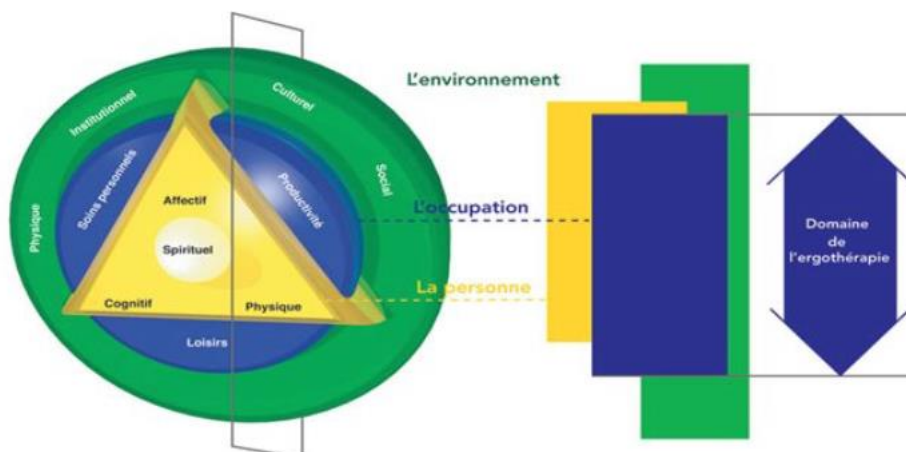
Annexe I : Figure du modèle bio-psycho-social des addictions (Cottencin, Guardia, & Rolland, 2011, pp. 55-68)

Figure 1 – Modèle bio-psycho-social des addictions



Annexe II : Figure du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Morel-Bracq, 2017, pp. 85-97)

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe III : Grille d'entretien réalisé pour ce mémoire

Objectifs de l'enquête :

Objectifs :	Critères d'évaluation :	Questions entretiens :
Accueil		Rappel du cadre Présentation Entretien anonyme Entretien enregistré
Présentation		Métier, structure, type de missions professionnelles Expérience en addictologie Expérience en réinsertion professionnelle Définition de la MCRO (importance, rendement et satisfaction) Définition de l'engagement occupationnel Fréquence et développement d'accompagnement dans une démarche de RP
Objectif 1 : Identifier la fréquence et les raisons de l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes, dans la prise en charge de patients en addictologie étant engagés dans un programme de réinsertion professionnelle.	Qualitatif : Un entretien sera réalisé avec des ergothérapeutes travaillant en addictologie afin d'identifier s'ils utilisent ce moyen d'intervention, à quelles fins et quelles en sont les limites. J'espère trouver la présence d'un champ lexical autour de l'Engagement Occupationnel	Utilisation de la MCRO : Oui : a quelle fréquence ? Pourquoi avoir choisi cet outil ? avec quel type de patients ? Comment ? Quelles étapes ? Limites ? Non : utilisez-vous d'autres outils pour accompagner les patients dans leurs démarches de RP ? Quelle est votre démarche ? Les étapes ? Sur quoi vous appuyez vous ? qu'est ce qui peut être facilitateur dans cet objectif ? Limites ? Connaissez vous l'entretien motivationnel ? Le pratiquez vous ?

<p>Objectif 2 : Identifier les critères de réussite d'une réinsertion professionnelle de clients en addictologie.</p>	<p>Qualitatif :</p> <p>Un entretien sera réalisé avec des ergothérapeutes travaillant en addictologie et des clients afin d'identifier les critères utilisés pour décrire une réinsertion professionnelle réussie.</p>	<p>Quelles sont pour vous les étapes d'une RP ? Certaines étapes sont-elles plus dures à tenir pour les patients ? Pourquoi ?</p> <p>Quels sont vos critères de réussite dans les démarches de RP ? Quels vont être les facteurs facilitant ?</p>
<p>Objectif 3 : Analyser l'impact de la MCRO sur l'engagement occupationnel des clients en addictologie dans leur projet de réinsertion professionnelle.</p>	<p>Qualitatif :</p> <p>On va repérer les termes liés à l'amélioration de l'engagement occupationnel en lien avec l'utilisation de la MCRO auprès des ergothérapeutes et des clients. Nous analyserons si les clients expriment qu'ils arrivent à mieux s'impliquer dans leur réinsertion professionnelle.</p>	<p>Qu'est ce qui aide les patients à s'engager ? Comment faites vous pour susciter ou augmenter l'engagement Occupationnel des patients ? Sur quoi vous appuyez vous ? Quelles sont les notions clés qui vont améliorer l'engagement occupationnel ?</p> <p>Quelle est votre spécificité en tant qu'ergothérapeute dans cet Accompagnement ? Qu'est-ce que vous pouvez apporter en plus ?</p>
<p>Objectif 4 :</p> <p>Déterminer si l'utilisation de la MCRO impacte la réussite des projets de réinsertion professionnelle pour des clients en addictologie.</p>	<p>Qualitatif :</p> <p>L'interprétation reposera sur la perception des clients de leur évolution concernant leurs capacités à s'engager dans un projet de réinsertion professionnelle et si les critères de réussite sont atteints. Elle reposera sur l'analyse du vocabulaire et le champ lexical utilisés par les clients et les ergothérapeutes.</p>	<p>Qu'est ce qui favorise l'aboutissement d'une réinsertion professionnelle ?</p> <p>Vous appuyez vous sur les concepts de :</p> <p>Satisfaction</p> <p>Importance</p> <p>Engagement</p> <p>Appropriation du projet</p> <p>Volonté</p> <p>Motivation</p> <p>Implication</p> <p>Si oui, comment faites-vous pour les évaluer et les maintenir dans le temps ?</p>

		Quelles sont les limites de l'accompagnement actuel ? Vous parait-il pertinent d'utiliser la MCRO dans ce cas ?
Clôture		Êtes-vous d'accord pour utiliser la notion de client ? Avez-vous des questions supplémentaires ou des remarques à faire ? Remerciements

Annexe IV : Tableau récapitulatif des résultats bruts obtenus

Thématique :	Question :	Réponse de E1 :	Réponse de E2 :
Fréquence et raisons de l'utilisation de la MCRO			
Pratique professionnelle	Ça fait combien de temps que vous travaillez dans le domaine de l'addictologie ?	« je travaille sur l'unité de ssr A » « Ça fait 25ans que je bosse en addicto »	« je travaille sur la partie SSR A » « Fin juillet 2021 »
Expérience en Réinsertion Professionnelle		« 50% qui reprenaient un projet pro » « Plusieurs qui sont maintenu dans l'emploi » « ils choisissent l'atelier où ils vont et ils y vont TOUT LE SEJOUR. Ça a été inventé y'a assez longtemps, pour savoir si les patients avait un rythme où ils pouvaient reprendre le travail »	« ça va dépendre si ça fait partie des choses qu'il aborde ou pas. Ça vraiment de la personne, de son projet » « Sur 10 patients on a un petit peu moins de la moitié qui sont préoccupés par la réinsertion professionnelle »
Utilisation de la MCRO et avis	Pour recentrer sur la MCRO vous m'aviez dit que vous vous ne l'utilisez pas mais on vous en a déjà parlé et vous l'avez déjà rencontré ? Vous m'avez dit que vous aviez trouvé ça très intéressant, est ce qu'elle a pu l'utiliser un peu sur les patients ? Vous n'avez pas été formée à la MCRO ?	« je l'ai déjà vu » « j'ai une stagiaire qui l'a fait passer pour une patiente et je me suis rendue compte que je faisais un truc qui ressemblait »	« MCRO je l'utilise pas après ça pourrait être une bonne idée de l'utiliser parce que je sais que ça permet aussi de prioriser l'importance des activités quotidiennes » « J'ai été formée en cours mais ça remonte un petit peu maintenant » « si j'étais formée, est-ce que je l'utiliserais ? Probablement ! » « c'est un prix »
Utilisation d'autres outils	Est-ce que vous utilisez d'autres	« j'ai fait un peu d'analyse transactionnelle »	« Pour l'ELADEB, j'ai pas là

	outils spécifiques dans votre accompagnement ?	« j'en fais un au début, un au milieu et un à la fin »	certification de l' ANFE pour l'utilisation vu que je l'ai appris en stage » « on est beaucoup à faire ça »
	est-ce que vous connaissez l'entretien motivationnel ? est ce que vous l'utilisez ?	« OUI » « depuis que j'ai fait la formation j'essaye de l'utiliser tout le temps »	« oui » « il y a beaucoup de reformulation soit juste répéter ce que la personne dit où vraiment faire exprimer un ressenti »
Apports des autres outils	Quels sont pour vous les avantages de cet entretien motivationnel comparé justement à d'autres outils ? Pourquoi le choix de l'ELADEB et pas MCRO par exemple ou d'autres ?	« T'écoutes ce que la personne a à dire » « ce qu'elle imagine pour la suite » « Je propose mais leurs envies sont importantes » « C'est un outil qui te permet te mettre au rythme de la personne » « Tu fais comme une photo à un instant t de ce qu'ils pensent dans leurs têtes et tu leur redonne » « Regarder le problème c'est incroyable ça le fait émerger » « Une vision plus claire de ta situation. Plus c'est clair dans ta tête et plus ce sera facile »	« les techniques d'entretien en lui-même je le pratique tout le temps parce que finalement ça permet l'adhésion avec le patient » « Le patient va identifier si cet item du quotidien est problématique ou si ça ne pose pas de problème » « lui demander de retrier en fonction de l'importance du problème » « Des problématiques que lui aura choisi ! » « le fait qu'il y ait un média, ça me permet de cibler et de plus centrer » « Ça aborde vraiment les activités de la vie quotidienne » « La première question que vous posez sur l'ELADEB, c'est de savoir quel est

			le problème le plus important actuellement ? » « Ça permet aussi pour lui de savoir quelle problématique il doit aborder en premier. Et ça permet aussi de savoir qu'est ce qui est significatif pour lui »
Limites des autres outils	Est-ce que vous en trouvez des limites aussi à cet entretien motivationnel ?	« commencé à projeter tes objectifs à toi sur la personne »	« Certains items c'est trop large » « Ça peut ne pas être parlant » « C'est pas forcément compris par les patients »
Spécificité ergothérapeutique	Comment est-ce que vous vous définirez votre spécificité ergo et qu'est ce qui fait que votre prise en charge est ergo ? Est-ce qu'il y a une vraie différence de tâches entre les autres professionnels ?	« la spécificité ergo je t'avoue que j'ai un peu du mal à la voir »	ELADEB « est spécifique ergo » « dans le cadre aussi de l'addiction à l'alcool ça va être d'identifier ses facteurs de rechute, qu'est-ce qu'il aspire, qu'est-ce qu'il veut être ? Après, ça va être aussi s'il le souhaite de l'accompagner dans cette démarche-là » « on a des différences de pratiques » « on a des métiers qui sont différents et des moyens qui sont clairement différents »
Spécificité de la pratique	Vous vous appuyez quand même vachement sur les envies et la motivation, ce qui	« oui ça c'est super ! » « des concepts forts ouais »	« Ah bah c'est clair ! On est tellement basé sur les Activités signifiantes »

	<p>eux leur plait, qu'est ce qui eux les motivent c'est les mêmes notions que pour la MCRO.</p> <p>Vous travaillez quand même la motivation, l'engagement. Occupationnel, le plaisir, redonner du sens par l'ELADEB, sur des notions que je pensais propre à la MCRO mais qui au final du coup sont peut être juste propres à des outils Ergothérapeutiques</p>		
--	---	--	--

Étapes et Critères de réussite d'une réinsertion professionnelle

<p>Étapes d'une RP</p>	<p>Imaginons que c'est un sujet qui ressort dans les problématiques Quel est votre plan d'action?</p>	<p>« Demander à la personne si elle aime son boulot ou pas » « Leur faire détailler ce qui va et ce qui va pas comme ça tu comprend mieux ce qui leur plait et ce qui ne leur plait plus dans leur boulot »</p>	<p>« Si c'est une question de reprendre son rôle au travail, ça va être le faire réfléchir sur comment reprendre son rôle, Si ça va être vraiment de la recherche de travail, je n'ai pas de temps spécifique à proposer »</p> <p>« Identifier le problème et soit orienter vers une personne qui est plus qualifiée que moi ou ça va être d'essayer de l'accompagner plus ou moins en</p>
------------------------	---	---	--

			individuel sur ce projet-là »
Critères de réussite d'une RP	Et quels seraient pour vous les critères de réussite d'une réinsertion professionnelle ? En fait, à quel moment est-ce qu'on peut dire OK, là, on a atteint cet objectif ?	« Est ce qu'ils peuvent tenir le rythme, physiquement est ce qu'ils peuvent tenir ? » « Je t'avoue que je me pose pas ces questions-là parce que moi mon objectif principal est que quand ils viennent se soigner ils aient de belles expériences dans l'abstinence » « Je dis pas que c'est pas important le boulot hein ! c'est important, pour eux ça leur procure un sentiment d'utilité » « je pense que le boulot fait partie de l'équilibre de quelqu'un tu vois »	« Ça va vraiment dépendre de comment avance son projet. J'ai pas de critères particuliers. » « La personne va reprendre son travail à la sortie ou après la fin de son arrêt de travail, reprise de son poste et que finalement il le vit bien et qu'il a pu aborder ce qu'il fallait pour lui permettre une reprise sereine. Là, du coup on aura rempli l'objectif ! Si il s'est inscrit à Pôle emploi et qu'à la fin du séjour ou vers la sortie, il s'est réinscrit bah l'objectif sera rempli »
Notions importantes dans l'accompagnement d'une RP	« Est-ce que vous vous appuyez sur des notions particulières dans la mise en place de ces étapes ? » « Est ce qu'il y a d'autres notions comme ça sur lesquelles vous vous appuyez ? » « Qu'est ce qui est facilitateur d'un accompagnement dans une démarche professionnelle ? »	« leur montrer que c'est important que ce soit eux qui choisissent les choses. Et donc vraiment c'est leur montrer qu'ils sont acteurs de leurs soins et acteurs de leur vie » « le travail est important mais il est important en fonction du sens que tu lui donne » « En fait ce qui faudrait, et ça je le fais pas, c'est allez sur les valeurs de la personne tu vois ? Si le boulot est important pour eux c'est que ça répond a des valeurs importantes pour eux tu vois si ils bossent	« Il y a un item qui s'appelle travail et si ils identifient le travail comme un problème » « Oui ! Satisfaction et aussi de bah s'il estime avoir avancé comme il le voulait lui dans son objectif » « il va y avoir la motivation du patient dans ce projet-là. Et si le patient est en capacité d'aller

		<p>vraiment dans un truc qui leur tiens à cœur ça veut dire que c'est super important et il faut que ces valeurs-là soient comblées sinon ça va déséquilibrer la vie de la personne » « Faut qu'elle se connaisse le mieux possible, si ce boulot correspond à ce qu'elle souhaite ce sera 15x plus facile que si elle est là parce qu'il faut manger » « C'est aussi une envie. De reprendre pied, de retourner dans la vie, d'être comme les autres et je comprends très bien qu'ils aient envie de faire ça » « Le sens qu'il met derrière et c'est le plaisir quand il va aller à son boulot »</p> <p>E2 : « Il y a un item qui s'appelle travail et si ils identifient le travail comme un problème » cette problématique sera abordée. A la question « C'est quand même la notion aussi de satisfaction de la part du patient ? C'est ça qui va primer comme critère de réussite ? » Elle répond « Oui ! Satisfaction et aussi de bah s'il estime avoir avancé comme il le voulait lui dans son objectif »</p>	<p>jusqu'à son objectif. Ça va être aussi son implication dans les soins »</p>
--	--	--	--

Impact de la MCRO sur l'Engagement Occupationnel

Pratiques pour augmenter l'EO	Qu'est ce qui pour vous aide les patients à s'engager ?	<p>« Tu fais des petites propositions et tu vois si ça accroche. Et si ça leur plait ils vont facilement trouver des solutions pour le mettre en place »</p> <p>« Qu'ils soient persuadés qu'ils sont capables de réussir »</p>	<p>« Clairement, si il me dit que ce n'est pas un problème, je vais pas l'aborder si c'est un problème qui est peu important, c'est pas quelque chose que je vais discuter avec lui en priorité »</p>
-------------------------------	---	---	---

			<p>« Je leur demande quel est leur objectif déjà et je leur demande qu'est ce qui les motive »</p> <p>« J'essaye de faire vraiment en sorte que les choses viennent d'eux ! »</p> <p>« Appuyer aussi sur l'activité significative »</p> <p>« C'est les patients qui choisissent l'atelier »</p>
Notions favorisant l'EO	<p>Y'a quand même une notion de plaisir sur laquelle vous vous appuyez</p> <p>Le concept de motivation</p> <p>Comment est-ce que vous vous pouvez faire du coup pour susciter cet engagement et être sûre de le maintenir ?</p>	<p>« Il faut que tu penses que tu sois capable de le faire, il faut que t'aies du plaisir et tant qu'à faire que ça ait un sens, voilà c'est ces 3 là. Je pense que quand t'as ces 3 là tu peux aller un peu n'importe où »</p>	<p>« D'essayer en entretien d'aborder ce qui va les aider à rester motivé ? Qu'est ce qui répond à leurs objectifs ? »</p> <p>« C'est que l'activité, finalement lui plaît. Ce qui est proposé, le fonctionnement, et c'est que ça les motive »</p>
Impact de la MCRO sur la réussite des projets de réinsertion professionnelle			
Utilisation de la notion de satisfaction	Je voulais savoir si vous les utilisez, si c'est moteur... ça m'intéresse de savoir si vous vous basez dessus aussi	<p>« Alors la satisfaction c'est très joli »</p> <p>« Faut vraiment partir sur les plaisirs »</p>	« Il y a, voilà, le fait que ce soit plaisant, qu'on aime son travail, des choses comme ça »
Utilisation de la notion d'importance	La notion de l'importance des activités qu'on propose et des	« alors l'importance d'après moi c'est primordial. Et c'est eux qui te le disent »	« Oui ! Ça me permet de cibler et vu qu'en plus je suis sur une prise de soin de

	<p>activités du quotidien</p> <p>« Il est important pour vous de choisir des activités importantes pour eux ? Si je reformule un peu »</p>		<p>groupe et que j'ai peu de temps en individuel, ça me semble important de cibler les choses »</p>
Utilisation de la notion d'engagement, motivation et implication	<p>La notion de l'engagement et qui va aussi avec la motivation</p> <p>Vous parliez d'implication dans les soins, est ce que on peut parler aussi d'engagement ?</p>	<p>« Important oui ! (rigole) c'est très Important »</p> <p>« si ils ne sont pas engagés pas impliqués et pas motivés tu vas le sentir »</p>	<p>« On peut aussi parler d'engagement »</p> <p>« À mon sens, si la personne est engagée, c'est qu'elle est motivée. Tout va dépendre de la motivation »</p> <p>« La motivation c'est très important »</p>
Utilisation de la notion d'appropriation du projet	<p>L'appropriation du projet ça va un peu avec le fait de donner du sens</p> <p>Comment est-ce que ça se traduit ? est-ce que c'est une notion que vous utilisez ? Est-ce que c'est important ?</p>	<p>« L'appropriation des projets pour moi ça commence dans le choix de l'atelier et pour moi l'important c'est de respecter le choix de l'atelier »</p> <p>« Dans l'atelier je veux que ce soit eux qui choisissent leur modèle je crois que c'est important »</p>	<p>« Complètement ! c'est oui ! ça va être en fonction de comment il vient dans l'atelier, comment il investit l'atelier, comment il investit les médiations, comment il investit la relation thérapeutique et comment il va investir dans ses recherches ce qui lui est proposé »</p>
Utilisation de la notion de volonté	<p>La notion de volonté Est-ce que c'est quelque chose sur laquelle vous appuyez ?</p>	<p>« La volonté c'est ce que tu veux. Mais avec le produit c'est compliqué en fait la volonté c'est un truc un peu éphémère tu vois donc en fait la volonté je dis que c'est l'étincelle de départ sans l'étincelle de départ tu ne démarres pas ! »</p>	<p>« la motivation et la volonté, que ce soit dans la réinsertion professionnelle et que ce soit même dans le cadre du Soins, c'est quelque chose qui va aider ! Qui est essentiel ! »</p> <p>« Si la personne,</p>

			elle est pas motivée dans son projet, si elle a pas la volonté, ça va pas aboutir »
Limites de l'accompagnement en RP	Quelles sont du coup les limites que vous pourriez trouver au projet de réinsertion professionnelle ?	<p>« La limite principale je la vois là c'est-à-dire que y'a le temps du soin et le temps du travail »</p> <p>« Y'a pleins de patients qui souhaitaient faire une formation mais leurs parents ont pas voulu et ils se retrouvent sur une voie qu'ils ne voulaient pas du tout »</p>	<p>« Si ça va être vraiment de la recherche de travail, je n'ai pas de temps spécifique à proposer »</p> <p>« Dans la reprise du travail, il peut y avoir une notion d'obligation finalement, donc ça va dépendre vraiment de la motivation. Est-ce que le fait que ce soit obligatoire est assez motivant pour amener à le faire »</p> <p>« Après, pour vraiment revenir spécifiquement à un projet de réinsertion, c'est pareil, on peut avoir la volonté, on peut être motivé, ça va aider à agir, mais si la personne elle agit pas, ça va pas se concrétiser. C'est nécessaire, il faut qu'il y ait cette once, ce minimum de motivation mais c'est pas suffisant non plus. »</p> <p>« Le manque de prise en soins individuelles »</p> <p>« L'individuel, ça permettrait de</p>

			pouvoir rééduquer plus spécifiquement. Ça permettrait d'être, plus spécifique encore et personnaliser sur la personne »
Autres			
	<p>p'tite question bonus du coup parce que moi j'utilise un modèle canadien le MCREO et un outil la MCRO canadienne aussi et en fait au canada on utilise pas tant le mot patient mais la notion de client</p> <p>dans mon mémoire j'ai tendance à utiliser cette notion de client et je voulais savoir si ça vous dérangeait qu'on utilise cette terminologie ?</p>	<p>« Alors évidemment que le terme client me dérange parce que tout de suite c'est commercial dans ma tête (rigole) après je trouve ça bien parce que le client il agit ! Alors que le patient il subit donc effectivement il n'y a pas photo c'est intéressant aussi »</p>	<p>« Moi je connais la MCRO et je connais la vision un peu canadienne parce qu'on la vu en cours donc NON moi ça ne me choque pas ! »</p>

Retranscription entretien numéro 1 :

L = Leticia

F = L'interviewé

Pour rappel, l'entretien avait déjà commencé et l'accord concernant l'enregistrement de la conversation vient d'être redonné.

L : euh alors du coup bien sûr ce sera anonyme

F : oui oui pas de soucis

L : du coup je veux bien que vous nous rappeliez dans quel type de structure vous travaillez ?

F : alors moi je travaille dans le centre [X], il y'a une unité de cure et psychiatrie, une unité de post-cure appelé SSR-A maintenant et on a un HDJ aussi. Donc on a 3 unités dans la même structure. Ce qui est intéressant, puisque tu peux moduler : une fois les gens viennent juste faire une cure et hop ils s'en vont, ils viennent juste faire une post-cure parce qu'ils ont fait une cure ailleurs et ils s'en vont ou ils font cure, post cure et HDJ. 'fin ça c'est super intéressant de pouvoir moduler toutes ces possibilités

L : Et vous vous travaillez du coup sur les 3 structures ?

F : Alors non, moi je travaille que sur l'unité de SSR-A, parce qu'on a pas d'ergo en cure on estime que les gens arrivent un peu trop mal mais je pense qu'on pourrait avoir une ergo parce que la cure elle dure 3 à 4 semaines chez nous. Le SSR-A il dure euuh 2 mois, enfin 8 semaines et l'HDJ tu restes 3 mois renouvelable 1 fois

L : Okay

F : Voilà, et donc tu n'as ni ergo en cure, ni en hdj

L : Et du coup, quelles sont les types de missions euh en tant qu'ergo que vous avez au SSR du coup ?

F : Mes types de missions ? Alors ouh ouh ouh ouh (rigole) c'est très particulier. Alors faut que je t'explique le fonctionnement du SSR-A parce que le nôtre est très particulier. On en avait quelques autres en France qui fonctionnaient pareil mais on est de moins en moins nombreux. Nous on peut accueillir 60 patients au SSR-A et quand ils viennent, quand ils arrivent, normalement ils sont sevrés parce que : soit ils ont fait une cure chez nous, soit ils l'ont fait ailleurs. Parfois évidemment y'a un petit accident sur le chemin pour arriver, ils sont allés boire, fin bref, mais la plupart viennent abstinent depuis au moins 3 semaines - 1 mois. Ensuite, ils visitent les 6 ateliers, parce qu'on a 6 ateliers. On a un atelier jardin, un atelier journal, un atelier art-thérapie, un atelier bricolage où ils font des boîtes en carton, y'avait un atelier terre mais qui est en suspend et y'a mon atelier qui est l'atelier dessin. Donc en fait, ils visitent les 6 ateliers les patients et un patient de l'atelier leur montre, leur explique comment on fonctionne. Et en fonction de ce qu'ils ont aimé et bien ils choisissent l'atelier où ils vont et ils y vont TOUT LE SEJOUR. Normalement on change pas. Et ça dure 5h par jour : 2h le matin et 3h l'après-midi. Ça a été inventé y'a assez longtemps, dans les années 80, pour savoir si les patients justement avaient un rythme où ils pouvaient reprendre le travail

L : Okay

F : Donc ça c'est plutôt pas bête, voilà. Donc : est ce qu'ils peuvent tenir le rythme, physiquement est ce qu'ils peuvent tenir, fin comment ça se passe voilà. Donc ça ça a été fait pour ça au départ. Je dirais que la moitié de nos patients maintenant, ne reprendront pas le boulot : soit parce qu'ils sont en retraite soit parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques en plus ou qu'ils n'ont jamais travaillé de leurs vies. Donc voilà. Ou des gens qui sont trop abimés qui ne pourront pas reprendre le travail voilà. Grosso Modo, comme ça à la louche, je dirais la moitié. Euh voilà, mais on continue de fonctionner pareil ce qui, je trouve, est très intéressant. De mon point de vue, parce que quand tu as les patients 5h par jour tu peux créer une certaine dynamique de groupe et tu peux t'appuyer dessus pour, bah pour accompagner un petit peu plus les personnes accueillies

L : Okay donc vous tournez votre activité autour du dessin ?

F : donc moi c'est que le dessin. Enfin je fais des p'tits trucs en parallèle... Mais surtout beaucoup beaucoup de dessin... Donc les missions ! (rigole)

Mes missions principales : c'est, Euh, que chaque patient retrouve du plaisir dans l'abstinence. Premier objectif tu vois ! Alors, plaisir bien évidemment ils aimeraient bien. Vu qu'ils font un effort énorme pour arrêter de boire, ils aimeraient que le plaisir soit à la hauteur de l'effort, ce qui évidemment n'est pas le cas. Donc en fait, c'est juste des petits plaisirs tu vois, c'est tout bête mais euh, qui se font pas forcément en atelier... quand ils te disent « ah bah j'ai pris du plaisir ce matin à prendre mon petit déjeuner » « super et bah c'est vachement bien ! » Dans l'atelier c'est évidemment le plaisir de dessiner, ça peut être le plaisir d'offrir un café aux autres tout simplement. On a de la chance, on est dans un château avec un parc immense et à je sais pas, 300m de la seine, donc franchement... (rigole) au niveau environnement c'est très cool ! Et dans le parc bah t'as des ptits écureuils, des ptits renards, enfin voilà, et juste tout d'un coup ils te disent : « Ah mais y'a des écureuils dans le parc ! » « Oui. Y'a des écureuils dans le parc et si vous étiez alcoolisé vous ne les auriez pas vu » donc en fait c'est vraiment mon premier objectif et celui là si tu l'atteins pas comment tu peux enraciner l'abstinence ? Je pense que ça fonctionnera pas donc faut vraiment partir sur les plaisirs.

Mon deuxième plus grand objectif, c'est resocialiser la personne. Alors. Resocialiser la personne c'est facile, enfin facile... non ! mais comme on fonctionne par groupe de 8 -10 tu vois, bah ils viennent dans un groupe alors ça fait longtemps qu'ils ont pas parlé avec les autres et tout d'un coup, tous les soirs moi je fais un temps de parole, un temps de parole très rapide sur un évènement de la journée, sur un moment positif qu'ils ont aimé et on prend le temps (une petite demie heure) de parler de ça. Au fur et à mesure qu'ils prennent un peu plus confiance en eux et bah ils osent parler ils osent prendre la parole et tu peux approfondir et ils comprennent que, oui ils ont des choses intéressantes à dire, donc retrouver du plaisir à partager en groupe voilà

Mon troisième grand objectif, c'est de leur faire découvrir ou redécouvrir qu'ils ont encore plein de capacités. Il y a plein de modèles dans l'atelier, des modèles faciles et des modèles difficiles et je leur demande de choisir un modèle qui leur plait ou plusieurs, ensuite on regarde ensemble et ensuite je les guide. Comment on trouve des repères ? Comment on reproduit un modèle ? L'important c'est que le deuxième soit encore mieux et le troisième encore meilleur etc et donc là eh bien la revalorisation et redonner confiance en soi c'est quasiment plus toi qui

le fait, c'est l'activité. Après en plus quand tu dis, enfin pour les capacités, certaines personnes sont douées et elles ne le savent pas parce qu'elles n'ont jamais essayé.

Donc moi, mon premier objectif c'est le plaisir, le deuxième la resocialisation et le troisième c'est redécouvrir ses capacités parce que c'est objectif. Ils ont souvent une image d'eux même qui est un peu négative et le fait de montrer que bah oui là ils sont capables de faire quelque chose, de l'offrir à leurs enfants ça les aide quand même, ça booste.

Mon quatrième grand objectif, ce serait de, c'est le plus dur, je ne fais pas ça au début parce que c'est raide... Je travaille sur la frustration et le retour au réel. Ils sont tous persuadés de pas être patients, ce qui était un peu vrai sous le produit, mais là je leur dis « niveau patience vous êtes passés d'un grade », donc c'est important de leur faire remarquer leurs progrès parce qu'ils ne s'en aperçoivent pas donc faut vraiment le pointer.

Et le dernier c'est de, bah comment je dirais, en fait c'est de leur montrer que oui, alors ils ne sont pas coupables d'être arrivé là mais ils sont responsables. Personne leur a mis la bouteille dans la main mais si ils ont pris ce verre ou ce produit c'est parce qu'ils n'allaient pas bien à un moment donné. C'était comme une bouée de sauvetage, ils s'y sont accroché mais le problème c'est que la bouée à un moment elle s'est alourdie et ça a coulé.. dommage ! (rigole) mais c'est eux qui se sont mis dans cette bouée et c'est aussi eux qui peuvent s'en sortir et donc leur montrer tu vois que c'est important que ce soit eux qui choisissent les choses. Et donc vraiment c'est leur montrer qu'ils sont acteurs de leurs soins et acteurs de leur vie.

L : C'est responsabiliser du coup un peu ?

F : Exactement ! ouais tout à fait ! Responsabiliser et leur montrer qu'ils ont un peu de marge tu vois parce que souvent ils pensent qu'ils sont coincé : y'a les gens méchants d'un côté et les gens gentils de l'autre et c'est leur dire mais en vous il y a une part sombre, surtout de mal être qui vous a entraîné là mais il y a aussi une part vitale qui a envie de vivre sinon vous ne seriez pas en train de vous soigner et essayer de développer plus celle là quoi. Voilà.

L : Parfait (rigole) parce que du coup ils viennent de leur plein gré ?

F : alors très bonne question ! Normalement ça s'appelle comme ça... mais tu t'aperçois que y'en a... aller 50-70% qui viennent un peu plus poussés parce que le patron il en peut plus, la

famille en peut plus. Alors après ils restent donc si ils restent c'est qu'au fond ils savent que y'a un truc tu vois et c'est là que toi c'est ton boulot : leur montrer que « Oui vous êtes venus parce que votre femme a menacé de divorcer mais maintenant que vous êtes venus et abstinent est ce que vous trouvez pas la vie plus intéressante ? »

L : Okay et après le SSR est ce que vous savez un peu quels sont leurs chemins de vie ? Est ce qu'ils trouvent des appartements ou est ce qu'ils vont en appart thérapeutique ?

F : Alors normalement on a un questionnaire à 6 mois sur l'échelle de bien-être et en fait on les lis pas donc je t'avoue que je ne sais pas très bien mais euh y'avait grosso modo la moitié qui répondait, y'en avait une partie qui allaient bien, où les projets ce sont bien passés, mais c'est vrai que le devenir des patients on ne l'a pas toujours voilà

L : D'accord parfait. Et du coup, en terme de euh, vous avez dit que y'en avait 50% qui reprenait un projet pro parce que vous avez aussi parlé des employeurs

F : Oui !

L : Donc ça veut dire que y'en a qui sont quand même maintenu dans l'emploi ?

F : Alors j'en ai plusieurs qui sont maintenu dans l'emploi tu vois mais après ce qui est embêtant c'est que quand ils arrivent faut que tu cherches... parce que des fois 2 mois c'est pas suffisant pour te remettre toi dans ta tête et en plus creuser au niveau du boulot donc voilà. Parce que le boulot peut être un facteur de stress et un facteur de rechute

Et puis pour tout ce qui est retour au travail moi ce que je fais c'est « comment vous vous sentiez au travail ? Avec vos collègues ça se passait comment ? Est ce qu'ils sont au courant que vous buvez ? » et y'a le retour après... Être alcoolo-dépendant c'est une vraie galère , t'as une grosse étiquette, toute la société le sait, mais être abstinent c'est pas forcément plus simple parce que faut assumer le fait que tu ne bois pas... donc faut les préparer. Donc moi de temps en temps, je fais des petits jeux de rôles où je leur dis « ah bah si un collègue vous dit ça, vous répondez quoi ? » « bah rien ! je lui casse la gueule » « oui c'est une bonne idée ! » (rigole) puis tu t'appuies sur le groupe et tu dis « ok est ce que quelqu'un a une autre idée ? » donc le retour au boulot quand ils ont encore un boulot faut vachement le préparer

L : C'est pas forcément favorisant quoi

F : Parfois non, c'est aussi un facteur de rechute

L : D'accord et du coup, juste pour recentrer sur la MCRO, vous m'aviez dit que vous vous ne l'utilisez pas mais on vous en a déjà parlé et vous l'avez déjà rencontré non ?

F : Oui je l'ai déjà vu (rigole) c'est le truc ou t'as les, t'as 3 domaines et euh ?

L : Oui ! En fait c'est le patient qui va faire émerger lui-même les activités qui lui posent problème et c'est à lui de coter l'importance de ces activités pour qu'on en dégage des objectifs.. Mais le but c'est que ce soit vraiment le patient qui les choisisse et c'est pour ça que c'est basé sur l'engagement occupationnel. C'est vraiment lui qui s'engage dans sa prise en charge

F : Okay je vois, oui oui c'est bien celui que j'ai vu (rigole)

L : Et du coup vous m'avez dit que vous aviez trouvé ça très intéressant, est ce que elle a pu l'utiliser un peu sur les patients ?

F : Alors en fait ouais ! j'ai une stagiaire qui l'a fait passer pour une patiente et si tu veux je me suis rendue compte que je faisais un truc qui ressemblait mais pas tout à fait parce que moi en fait pour les gens qui ont un boulot, tu sais que toute leur journée elle est occupée, donc si c'est pas un boulot qui va les faire rechuter, ça va être « Qu'allez-vous faire de vos soirées ? » Parce qu'avant leurs soirées ils les passaient à boire donc « Maintenant que vous n'allez plus boire vos soirées vont être très grandes » alors très grandes c'est super ! Et pis, et pis en même temps ça fait flipper. En fait c'est leur dire que « A priori vous avez arrêté de boire. Vous vous sentez mieux et vous souhaitez reprendre votre boulot », alors dans les patients alcoolos dépendants petite remarque : y'a pleins de patients qui souhaitaient faire une formation mais leurs parents ont pas voulu et ils se retrouvent sur une voie qu'ils ne voulaient pas du tout...donc y'en a plein dont leur boulot ne leur plaît pas donc soit tu les aide à imaginer ce que pourrait être un autre boulot. Donc voilà, si t'as un boulot c'est super mais qu'est-ce que tu vas faire de tes soirées ? Donc la y'a plein de chose à creuser « Qu'est-ce qui vous plaît dans la vie ? » « Ah bah j'aime lire » « Ok bah lire c'est très bien » . Quand ils savent pas trop tu fais des petites propositions et tu vois si ça accroche et surtout comment ils peuvent le mettre en place. Et si ça leur plaît ils vont facilement trouver des solutions pour le mettre en place quoi

L : Et ils vont réussir à les mettre en place derrière aussi ? Ou faut quand même les accompagner dans la mise en place de l'activité ?

F : Ils ont un mal fou à faire le premier pas, donc là faut un peu (mime les rames) faut pousser quoi (rigole) Faut leur montrer qu'ils sont capables de faire, souvent ils pensent qu'ils ne sont pas capables

L : Et est-ce que du coup dans le cadre de la réinsertion professionnelle, est ce que vous utilisez d'autres outils en particulier ? Ou pas d'outils forcément, juste l'accompagnement par les activités ?

F : Bah si tu veux vu que je suis en atelier dessin avec eux pendant 5h, plus les entretiens individuels de temps en temps et je fais aussi les mini jeux de rôles en groupe, voilà

L : Et du coup quelle est votre démarche ? Est ce que vous avez un peu des étapes clefs ou vous réadaptez à chaque fois à chaque patient quand y'a une demande ou une volonté de réinsertion professionnelle ou de maintien de l'emploi ?

F : Les étapes c'est juste, enfin pour moi, de demander à la personne si elle aime son boulot ou pas. Donc après c'est en fonction de ce qu'elle te dit. Ah oui ! faut aussi leur faire préciser ce qu'ils n'aiment pas, parce que souvent ils vont dire « Ah non mais ça j'y arrive pas, je suis nul etc » et en fait ils mettent tout ça dans un grand magma et tu sais pas ce que c'est... « Ok mais vous êtes nul en quoi ? » « Eh bah on me disait que j'étais toujours en retard » « Mais vous étiez en retard vous pensez ? » « Ah oui oui » « Est-ce que le produit agissait ? » « Oui c'était aussi parce que j'étais encore en gueule de bois » « Bon okay, mais là, maintenant vous ne buvez plus ? Et vous êtes à l'heure à l'atelier ! » « Ah oui » enfin voilà faut leur faire détailler ce qui va et ce qui va pas comme ça tu comprends mieux ce qui leur plait et ce qui ne leur plait plus dans leur boulot. « Comment vous pourriez changer les choses ? » tu les laisse mariner 2 - 3 jours et après tu les récupère quand ils sont bien chauds « Vous ne pouvez pas changer les autres mais vous vous pouvez changer ! »

Avec des collègues j'ai fait un peu d'analyse transactionnelle et en fait ils t'apprennent que dans une situation compliquée avec quelqu'un, alors l'analyse transactionnelle c'est plus dans une relation duelle, quand ça se passe pas bien bah ça se passe pas bien ! (rigole) Déjà si tu le

constate c'est bien ! Souvent quand y'en a un qui est mal, l'autre est pas très bien non plus, donc par exemple dans un entretien en ergo tu écoutes le patient, si à la fin de l'entretien t'es pas bien et t'as l'impression que le patient est pas bien, ça vaut le coup que tu te remettes dessus et donc en analyse transactionnelle en général ils te disent que c'est que tu t'es retrouvé dans une situation que tu ne souhaitais pas. Et eux, ils disent que y'a trois positions : y'a le moi enfant, le moi parent et le moi adulte. Soit la personne avec qui t'étais a essayé de te diriger mais un peu comme un parent, un peu autoritaire, un peu couvant et tu te dis « Non mais c'est bon oui ! » (rigole) tu t'es pas bien senti, tu t'es retrouvé en position d'enfant et des fois tu t'en fous mais des fois t'aimes pas... ou c'est l'inverse l'autre en face de toi était genre un sale gosse et donc t'as du te foutre en position de parent mais t'avais pas envie voilà donc tu l'as mal vécu et les moi adulte face à moi adulte normalement ça se passe bien. Mais en fait c'est de l'objectif, on se donne des infos. Il s'y joue pas de trucs fantastiques. En fait, tu vas pas très loin dans la relation mais tu te sens bien quoi

Et en fait, quand ils te disent que ça va pas avec leur patron, qu'il leur a mal parlé etc, t'essaye de comprendre « Effectivement il a été un peu fort, ce qu'il vous a dit c'est pas cool.. Après d'après vous, est ce qu'il y a des raisons pour qu'il vous dise ça ou pas ? » « Euh, oui c'est possible » donc en fait tu les fais réfléchir à froid sur la situation c'est plus simple

L : Okay d'accord ! Et je reprends mes questions... (rigole) Est ce que vous vous appuyez sur des notions particulières dans la mise en place de ces étapes ? Parce que vous avez dit qu'il faut leur demander leurs envies, ce qui leur plait et ce qui leur plait pas, est-ce qu'il y a d'autres notions comme ça sur lesquelles vous vous appuyez pour être sûre de mener le projet à bien?

F : En fait ce qui faudrait, et ça je le fais pas, c'est allez sur les valeurs de la personne tu vois ? Si le boulot est important pour eux, c'est que ça répond à des valeurs importantes pour eux tu vois. Si ils bossent vraiment dans un truc qui leur tient à cœur bah tu peux partir vers là dessus, ça veut dire que c'est super important et il faut que ces valeurs là soit comblées sinon ça va déséquilibrer la vie de la personne

L : Et est-ce que du coup, encore une fois, qu'est ce qui est facilitateur d'un accompagnement dans une démarche professionnelle ? Est-ce que y'a des critères ou des notions quand vous les voyez chez un patient vous vous dites « Ah là effectivement y'a de bonnes chances que ça fonctionne ! » et derrière quelles seraient les limites ?

F : Alors euh effets facilitateurs c'est ça ?

L : Oui ou facteurs favorisants

F : En fait un de tes facteurs favorisant pour moi, qui va aider, c'est que la personne reprenne confiance en elle. Tu vas plus facilement aller chercher du boulot si tu te sens capable d'aller en chercher. Faut qu'elle se connaisse le mieux possible. Si ce boulot correspond à ce qu'elle souhaite ce sera 15x plus facile que si elle est là parce qu'il faut manger. Si elle est là parce qu'il faut manger ça peut marcher quand même hein mais tu sais que ça ne tiendra qu'un temps

L : Et quelles sont du coup les limites que vous pourriez trouver à l'accompagnement lors de projets de réinsertion professionnelle ? Est-ce que ce serait un manque de temps ? Un manque de suivi dans le temps comme vous l'avez dit ? Est-ce que c'est parce que c'est peut-être pas encore le bon moment encore dans la prise en charge pour commencer ces démarches la ? Est ce qu'il y a d'autres limites ?

F : Alors effectivement moi la limite principale je la vois là. C'est-à-dire que y'a le temps du soin et le temps du travail. Tu peux les mélanger parce que de temps en temps ils ont une occasion de retrouver du boulot et ils lâchent tout ! Et après vu la société je comprends ! Le boulot va t'occuper, il va t'occuper la journée, il va t'occuper l'esprit mais est ce qu'il va t'aider à te remettre des deuils de ton enfance ? Ta femme qui t'a quitté quand même ? Alors c'est sur c'est mieux de trouver du boulot parce que si ta femme te quitte et que tu perds ton boulot c'est pire ! (rigole) Parce que c'est aussi une envie de reprendre pied, de retourner dans la vie, d'être comme les autres et je comprends très bien qu'ils aient envie de faire ça

L : Mais du coup vous parliez aussi tout à l'heure de l'analyse transactionnelle ?

F : OUI ! (rigole)

L : Est-ce que vous connaissez l'entretien motivationnel ?

F : OUI ! (rigole)

L : Et est-ce que du coup vous l'utilisez ?

F : J'ESSAYE ! (rigole)

L : Okay parfait, mais du coup dans quel contexte ? Est-ce que vous l'utilisez avec des patients qui sont dans des démarches de réinsertion pro ? Est-ce que vous l'utilisez avec tout le monde ?

F : Alors moi l'entretien motivationnel, depuis que j'ai fait la formation, j'essaye de l'utiliser tout le temps ! Parce qu'en fait je trouve ça important et j'essaye au maximum d'être dans cette conception parce qu'en fait je trouve que c'est là qu'il se joue le plus de choses. T'écoutes ce que la personne a à dire, où elle en est dans son bilan, qu'est-ce qu'elle imagine pour la suite.

L : Et du coup est-ce que vous en faites à intervalles réguliers ou est-ce que vous en faites un au début et un à la fin ?

F : Alors normalement...quand tout se passe bien et que je suis bien calée dans mon timing, bon ce qui n'est jamais le cas (rigole).. j'en fais un au début, un au milieu et un à la fin. Et tu vois s'ils te font confiance ou pas. S'ils te disent ce qu'ils ont envie de te dire sur leur parcours. Et après je leur demande « Est-ce que vous avez des objectifs ? » « Être abstinente » « Ouais c'est bien ! c'est déjà ça donc super ! Mais on va voir si on peut en avoir d'autres » (rigole) Mais voilà je veux pas leur foutre la pression. Ensuite, au milieu je leur demande comment ils ont trouvé leur premier moitié de séjour et là je leur demande s'ils ont envie qu'on bosse ça, ça, ça et ça et ils te disent oui ou non. Alors je propose, mais si eux ont envie de bosser des trucs en plus on le fait ! En fait comme souvent ils savent pas trop je propose mais leurs envies sont importantes

L : Okay et du coup quelles sont pour vous les avantages de cet entretien motivationnel comparé justement à d'autres outils ? Parce qu'au final c'est un outil !

F : Oui ! c'est vrai que c'est un outil (rigole) c'est un outil qui te permet te mettre au rythme de la personne, si la personne est encore dans son ambivalence, elle voudrait changer de travail mais en même temps elle a pas le temps « Okay et bah pourquoi vous voulez changer de travail ? » donc la tu fais une liste des raisons et tu les notes « Et en ce moment c'est pas possible ? Pour quelles raisons ? » et tu les notes toc, toc, toc ! Donc en fait tu fais comme une photo à un instant t de ce qu'ils pensent dans leurs têtes et tu leur redonne « Donc aujourd'hui vous en êtes là, voilà » « N'hésitez pas à regarder dans une semaine chaque point et est-ce que

y'en a qui sont devenu plus lourd que d'autres » et hop ça peut peser un peu dans la balance. En fait tu les aides et c'est ça que je trouve intéressant dans l'entretien motivationnel, ils ont un soucis donc un truc dans lequel ils se sentent pas bien donc tu délimites à peu près ce problème là et tu dis « Okay, on va regarder le problème en l'étalant. C'est quoi toutes les facettes du problème ? » Déjà le fait de regarder le problème c'est incroyable parce qu'ils se disent « Ah oui y'a ça aussi ! Ah bah ça je l'avais pas vu » et en fait, le fait de le regarder sous toutes ces facettes ça te donne une idée du problème dans sa globalité mais le fait de regarder les facettes ça peut t'aider à trouver des solutions que tu avais pas vu parce que t'avais pas vu cette petite facette là et donc ça le fait émerger pendant l'entretien en général. Et à la fin tu fais un résumé comme un gros bouquet de fleurs « Voilà donc y'avait ça, ça, ça, ça comme problèmes que vous avez vu » « Et vous aviez pensé à ça, ça, ça comme solutions »

L : Donc l'avantage ce serait vraiment de pouvoir se représenter les problèmes c'est ça ?

F : Ouais tout à fait !

L : Et de vraiment partir avec une vision claire ?

F : (acquiesce) Oui une vision plus claire de ta situation. Plus c'est clair dans ta tête et plus ce sera facile

L : Et est-ce que vous en trouvez des limites aussi à cet entretien motivationnel ? Est-ce que y'a des choses qui vous déplaisent dans l'utilisation ? Est-ce qu'il y a des choses qui pourraient être améliorées ?

F : (rigole) D'après moi quand y'a des choses qui te déplaisent c'est que tu t'es trompé donc par exemple que t'as commencé à projeter tes objectifs à toi sur la personne. Donc tu n'es plus à ta place. Au début moi je balançais beaucoup de solutions et ils les prenaient pas « Mais c'est bizarre ça pourquoi ils ne les prennent pas ? » (rigole) Évidemment ! C'est pas à toi de balancer des solutions, donc maintenant je fais des propositions quand je sens que ça coince mais c'est juste des propositions et après voilà parce que des fois ils sont fixés que sur une seule solution et cette solution-là ne marchant pas, ils coincent mais quand tu dis « Il y aurait eu aussi ça et ça et ça » ils disent « Ah ouais ?? » (rigole) et si tu veux ça ouvre un peu d'espace dans leur tête

et tout d'un coup ils vont proposer une solution totalement inverse à ce que t'avais proposé mais c'est celle-là qui leur plaît ! et bien ON Y VA ! hop là ! (rigole)

L : Vous vous appuyez quand même vachement sur les envies au final et la motivation, qu'est ce qui eux leur plaît, qu'est ce qui eux les motivent..

F : Oui (acquiesce) oui ça c'est super !

L : Bon ça me rassure du coup parce que c'est les mêmes notions que pour la MCRO (rigole)

F : Oui ! (acquiesce et rigole) ouais ouais

L : Alors juste pour recentrer sur la réinsertion professionnelle, j'avais une question sur les critères de réussite mais du coup peut être que vous n'êtes pas encore dans cette phase là avec les patients... Ma question c'était quelles étaient les étapes clefs d'une réinsertion professionnelle ? Est-ce que y'a des étapes qui sont plus dures que d'autres ? Quand est ce qu'on peut dire okay là c'est bon l'objectif est atteint ?

F : Très bonne question ! (rigole) mais là je t'avoue que je me pose pas ces questions-là parce que moi mon objectif principal est que quand ils viennent se soigner ils aient de belles expériences dans l'abstinence. Je dis pas que c'est pas important le boulot hein ! C'est important pour eux, ça leur procure un sentiment d'utilité ! Mais je me pose pas ces questions quoi... Mais bien sûr je pense que le boulot fait partie de l'équilibre de quelqu'un tu vois. Dans la société si tu travailles pas, même si t'es hyper riche on va te regarder louchement quand même hein (rigole) Donc oui le travail est important mais il est important en fonction du sens que tu lui donne

L : Ah bah oui oui totalement ! (rigole) Et j'avais une autre question, qu'est ce qui pour vous aide les patients à s'engager ? Est-ce qu'il y a des notions intrinsèques qui les poussent ou ?..

F : (rigole) Qu'ils soient persuadés qu'ils sont capables de réussir. C'est le truc qui les freine quasiment tous ! Parce qu'ils sont tous persuadés qu'ils n'y arriveront pas. Quand tu fais quelque chose, je ne sais pas pour toi Leticia, mais quand je fais quelque chose je me dis « Soit ça va être dur, soit ça va être facile » mais je ne me dis pas « Je n'y arriverais pas » si je me dis

ça, je ne le ferais pas. Alors voilà t'as ceux qui tentent l'aventure et ceux qui ne la tentent pas parce qu'ils ont trouvé un autre atelier plus chouette et très bien hein y'a pas de soucis.

L : Donc y'a quand même une notion de plaisir sur laquelle vous vous appuyez ?

F : Alors (rigole) il faut que tu sois capable, il faut que tu penses que tu sois capable de le faire, il faut que t'aies du plaisir et tant qu'à faire que ça ait un sens. Voilà c'est ces 3 là. Je pense que quand t'as ces 3 là tu peux aller un peu n'importe où

L : Et justement comment est-ce que vous vous faites, lors de ces séances, pour augmenter ce plaisir, cette confiance en soi, cet engagement ?

F : Alors c'est hyper facile (rigole) le dessin je connais bien et les gens qui ne savent pas dessiner c'est le truc le plus facile au monde parce que ceux qui savent dessiner ils arrivent déjà avec des habitudes, eux y'aura peut-être des habitudes qui ne seront pas très bonne et faudra les changer, ça c'est un peu plus compliqué mais ceux qui disent « J'ai jamais dessiné de ma vie, je suis nul » je leur dis « Venez je vais m'occuper de vous ! » (rigole) je leur sors une feuille, ils choisissent un modèle qui leur plaisent, je leur explique des techniques très basiques pour prendre ses repères sur la feuille. C'est comme pour la vie, tu veux aller voir un film dans tel cinéma bah en général : soit tu vas sur google map ou alors tu trouves une vieille carte et tu te repères sur la carte. Si t'as un but précis, vaut mieux savoir comment tu vas y aller. Donc je leur dis, « C'est comme dans la vie, si vous voulez aller quelque part le mieux c'est de savoir quel chemin faut prendre ». Donc en fait tu donnes des tout petits trucs comme ça et le but c'est que ce qu'ils apprennent d'eux et de leur fonctionnement en atelier, ils puissent en suite le réutiliser et le transposer à l'extérieur

L : Okay d'accord !

F : Je ne me rappelle plus de ta question de départ mais euh (rigole)

L : (rigole) non mais c'était ça ! C'était comment susciter euh enfin c'était aussi, comment susciter l'engagement dans ces projets-là ? Mais on y a répondu un peu tout à l'heure aussi avec bah la confiance en soi, le plaisir...

F : A force de réussite ! A force de réussir tu vas pouvoir faire des choses de plus en plus difficiles, de plus en plus différentes. La réussite c'est un moteur

L : Oui, je vois. Et du coup moi ma question, j'en avais une aussi qui était, quelle votre spécificité en tant qu'ergo en fait ? Enfin est-ce que dans votre structure vous faites vraiment une différence ou chaque métier apporte vraiment sa touche ou est-ce que les rôles sont un peu mélangés ? Comment est-ce que vous vous définirez votre spécificité ergo et qu'est-ce qui fait que vous votre prise en charge est ergo ?

F : Très bonne question (rigole) très bonne question ! Mes collègues arrêtent pas de dire que moi je suis ergo et eux ils sont autres choses, très bien donc a priori on a pas le même métier et ça j'entends bien tu vois ! Et j'entends bien qu'on a des regards différents et que c'est intéressant aussi parce que c'est une autre manière d'approcher les patients... Alors après vu que ça fait 25ans que je bosse en addicto y'a forcément des trucs que j'ai capté, enfin j'espère ! (rigole) Et pour moi, je fais des trucs comme certains trucs que fait l'assistante sociale, je vais faire des trucs comme le rééducateur et en plus comme j'ai fait des stages d'art-thérapie, y'a des trucs que je fais comme l'art thérapeute alors pour moi la spécificité ergo je t'avoue que j'ai un peu du mal à la voir (rigole) peut être que je me suis un peu trop étalée moi tu vois (rigole) je pense que c'est ça qui fait que je me sens à l'aise dans tous les domaines même si oui voilà, pour certaines démarches il vaut mieux que ce soit l'assistante sociale parce que moi j'aime pas les papiers tout ça donc évidemment je suis pas bonne là-dedans mais je pense qu'il y a plein d'autres trucs où je me débrouille bien

L : Parceque moi je trouve qu'au final votre pratique est quand même hyper ergo vu que vous vous basez quand même sur des principes clés de notre pratique ! Donc peut être que vous ne vous rendez pas compte (rigole) mais au final bah vous travaillez quand même la motivation, l'engagement occupationnel, le plaisir, redonner du sens, la relation et oui bien sûr c'est aussi utilisé dans les autres professions mais ..

F : (aquiese) oui !

L : Vous vous basez quand meme sur des...

F : Des concepts forts ouais ! Bah en fait si tu veux c'est très très con hein, alors je te raconte ça c'est vraiment en dehors de ton mémoire (rigole) mais tu vois moi j'apprécie de bosser 5h avec mes patients ! Je m'éclate ! Enfin je m'éclate (rigole) je vois comment y'en a un qui rate et qui rate et qui rate 15x et qui demande pas d'aide et je lui dis « Bah alors qu'est-ce qui se passe ? » (rigole) et donc je vais et je titille la personne, et y'a les autres qui se marrent « Fais gaffe y'a [F.] qui va t'embêter » donc tu vois moi y'a une ambiance qui m'éclate et où tu sens que les gens ils peuvent un peu se lâcher ! (rigole)

L : (rigole) alors je re regarde mes questions... (temps de pause) Alors là c'est un peu la dernière partie alors c'est effectivement toujours sur euh l'aboutissement d'une réinsertion professionnelle mais effectivement peut être que c'est pas encore euhh..ma question c'était qu'est ce qui favorise vraiment l'aboutissement d'une réinsertion professionnelle ?

F : Qu'est ce qui favorise l'aboutissement ?

L : Oui, de la part du patient et de votre part à vous en fait. Qu'est-ce qui va jouer en positif dans l'aboutissement concret ?

F : Euhhh bah je crois que c'est vraiment un peu tout ce que je viens de te dire ! C'est vraiment la reprise de confiance en soi, c'est le sens qu'il met derrière et c'est le plaisir quand il va aller à son boulot

L : Et j'avais aussi d'autres notions ou concepts qu'on a pour certains déjà abordé mais du coup je voulais savoir si vous les utilisez, si c'est moteur... Parce que vu qu'elles ont pas été citées spontanément ça m'intéresse de savoir si au final du coup vous vous basez dessus aussi.. J'avais par exemple la satisfaction, est ce que vous en parlez avec les patients ?

F : (rigole) Oui alors la satisfaction c'est très joli (rigole) quand ils font leur premier dessin souvent ils disent « Oh c'est pas terrible » « Bon écoutez c'est pas un Leonard de Vinci, on ne l'exposera pas au Louvre » (rigole) « Mais votre modèle c'était une grenouille et vous ce que vous avez fait, ça ressemble pas à un cheval c'est marrant ça ressemble à une grenouille ! » (rigole) au bout d'un moment quand ils commencent à s'éclater un peu plus je leur dis « Alors est-ce que vous êtes fiers de votre dessin ? » et là tu les vois tous blêmir « Fier c'est un petit peu fort » « Bon d'accord, en dessous de fier, c'est quoi en dessous de fier ? » « Bah c'est plus

que pas mal » « Ouiiiiii » (danse de joie) « Pas mal c'est pas mal ! on avance » (rigole) donc tu vois le mot satisfait tu vois je crois que je ne l'ai jamais eu

L : En tout cas content d'eux même

F : Voilà ! Content je l'ai déjà eu donc content c'est bien (rigole)

L : (rigole) Après, il y avait la notion de l'importance des activités qu'on propose et des activités du quotidien

F : Alors l'importance d'après moi c'est primordial ! Et l'importance c'est eux qui te le dise. Dans le sens où .. alors.. Avec l'occupation du quotidien les patients ils ont un petit soucis, c'est à dire que pendant les 20 ans où ils ont consommés le temps a passer et eux ils étaient sur un nuage un peu bizarre, t'es un peu là mais t'es un peu pas là, et quand t'arrêtes le produit ta journée elle fait pas 24h elle en fait 50.... 50 c'est sympa sauf que t'es un chouille déprimé parce que tu te dis « Ohlala j'ai râté ça, j'ai raté ça, j'ai râté ça, je me suis mal occupé de mes enfants et maintenant ils ont 25ans c'est con je ne peux pas revenir en arrière » « Oui vous ne pouvez pas revenir en arrière mais ce que vous pouvez faire c'est aller les voir, leur dire bah voilà je me fais soigner et je viens de comprendre que je ne me suis pas super bien occupé de toi » et je leur dis « Ça rattrapera pas les 25 ans mais ça va vous mettre une qualité de relation derrière vous verrez c'est incroyable ! » donc je reviens sur le temps pardon (rigole) je me disperse (rigole) donc ton temps il se retrouve immense et tu ne sais pas quoi en faire et c'est un peu une torture. Le début de l'abstinence c'est quand même très difficile parce que t'as du temps mais tu ne sais pas quoi en faire... Et dès que t'as du temps libre en plus tu gamberges donc tu ne penses qu'aux trucs négatifs. L'avenir tu ne le vois pas donc pff et le présent il n'est pas top top donc quand t'as trop de temps libre c'est la galère ! Ce qu'ils ont tendance à faire c'est occuper le temps.. Attends pourquoi je te dis tout ça (rigole)

L : L'importance ! (rigole)

F : Oui (rigole) l'importance ! je me suis un peu perdue (rigole) oui, ils savent très bien qu'elles sont importantes pour combler le vide et moi au début, nouvelle carrière, je me disais qu'il fallait absolument que ça ait du sens ! Maintenant je m'en fous : « Comble ton vide » comble ton vide au début ! Après, à la moitié du séjour, je deviens un peu chiante (rigole) « Alors vous

voulez dessiner c'est très bien » et en fait je les oblige à faire plus dur et à inventer et ce qui est joli c'est quand ils commencent à personnaliser leurs dessins et là l'importance ils ont pas besoin de le dire elle est là

L : Après j'avais la notion de l'engagement et qui va aussi un peu avec la motivation et l'implication puisque les trois vont un peu ensemble.. Alors est-ce que c'est important ?

F : Important oui ! (rigole) c'est très important notamment par rapport à l'arrêt du produit tu vois. Ils sont ici parce qu'ils ont voulu arrêter de consommer ou parce qu'ils ont été un peu poussés mais si ils restent c'est qu'ils ont décidés de rester et donc par rapport à leurs soins déjà ! Si ils ne sont pas engagés, pas impliqués et pas motivés tu vas le sentir...

L : (rigole) parfait ! J'avais aussi l'appropriation du projet ça va un peu aussi avec le fait de donner du sens, comment est-ce que ça se traduit ? est-ce que c'est une notion que vous utilisez ? est-ce que c'est important ?

F : Alors. Tu vois, pour moi l'appropriation des projets, pour moi ça commence dans le choix de l'atelier. Et pour moi l'important c'est de respecter le choix de l'atelier. Après en plus dans l'atelier je veux que ce soit eux qui choisissent leur modèle même si c'est un modèle compliqué mais je crois que c'est important de... merde quelle était ta question déjà ? (rigole)

L : (rigole) c'était sur l'appropriation du projet et l'importance de donner du sens !

F : Alors moi je pense qu'il faut entendre les projets ! Même si on les trouvent utopiques et on peut lui dire au patient « moi je le trouve utopique pour telles et telles raisons » mais après tu t'en fous c'est son projet à lui ! Tu ne sais pas à quel point ça lui tient à cœur, à quel point ça peut-être longtemps qu'il a envie de faire ça et donc lui dire « On prend le temps de regarder, qu'est-ce qu'il vous faut ? de quoi vous avez besoin ? » et on peut y aller !

L : D'accord et j'avais une dernière notion du coup c'était la notion de volonté donc pareil ça se rapproche encore des autres. Est-ce que c'est quelque chose aussi sur laquelle vous vous appuyez du coup ?

F : Alors la volonté c'est une saloperie ! (rigole) La volonté c'est ce que tu veux. Mais avec le produit c'est compliqué. En fait, la volonté c'est un truc un peu éphémère tu vois... donc en fait

la volonté moi je dis que c'est l'étincelle de départ mais faut pas la voir plus grosse. C'est juste une étincelle, après c'est juste de l'entretien et l'entretien c'est la motivation ! C'est ce dire bah « J'ai bien fait d'arrêter parce que ça ça et ça c'est beaucoup mieux, alors oui y'a des trucs difficile mais ça vaut le coup » Ça c'est plus de la volonté. Y'a de la réflexion derrière etc mais c'est super parce que sans l'étincelle de départ tu ne démarre pas !

L : Oui encore une fois c'est vraiment cet engagement dans la durée et la répétition. Parfait ! alors j'avais une dernière question du coup par rapport à tous ces concepts (rigole) alors est-ce que vous les évaluez ? Si oui comment ? Et surtout comment est-ce que vous faites pour les maintenir dans le temps ? Parce que souvent ça peut être des problématiques en addicto

F : Alors très bonne question ! (rigole) En fait l'entraînement ! C'est l'entraînement qui te sauve la mise ! En fait par exemple, le fait de faire un temps de parole tous les soirs à un moment je leur dis de sortir un petit carnet et de noter 3 moments positifs de leur journée alors eux ils se disent « Ah mais 3 moments positifs de la journée ?! mais c'est énorme ! » « Mais 3 ça peut être juste tiens le goût de la tartine de confiture le matin au petit déjeuner parce que ça fait longtemps que vous ne l'avez pas eu », « C'est du bonheur à chaque bouchée et bah c'est très bien ! C'est un petit moment de bonheur ! » Oh là de plaisir plutôt. Le bonheur il viendra ouhlaaa bien après ! « Mais vos petits moments de plaisir faut les noter maintenant parce que le fait de le noter, le lendemain matin quand tu vas la manger tu vas l'apprécier encore plus ! » c'est débile mais ça marche ! En fait ce que je veux te dire c'est que l'entraînement petit à petit et bien ça devient une habitude et une habitude ça peut être intéressant si elle est plutôt positive et constructive (rigole)

L : Oui du coup (rigole) mais c'est aussi un peu ça au final le principe de l'addicto...C'est de remplacer cette habitude qui était néfaste par d'autres plus positives

F : Oui plus intéressantes exactement !

L : Alors j'avais une petite question bonus du coup parce qu'on m'a fait la remarque pendant mon oral blanc de stage...Moi j'utilise un modèle canadien le MCREO et un outil la MCRO canadienne aussi et en fait au Canada on utilise pas tant le mot patient mais la notion de client

F : Ouais

L : Parce qu'en fait on part du principe qu'on ne va pas soigner qu'une personne mais tout l'environnement qui sera impacté et du coup moi dans mon mémoire j'ai tendance à utiliser cette notion de client et je voulais savoir si ça vous dérangeait qu'on utilise cette terminologie ?

F : Alors évidemment que le terme client me dérange parce que tout de suite c'est commercial dans ma tête (rigole) après je trouve ça bien parce que le client il agit ! Alors que le patient il subit donc effectivement il n'y a pas photo c'est intéressant aussi ! Après en addicto patient j'adore parce qu'ils sont tous persuadés de ne pas avoir de patience alors qu'en fait ils en ont et que la patience dans la vie c'est intéressant, c'est en lien avec la frustration, la gestion des émotions et ce mot patience en addicto je le trouve intéressant, voilà (rigole)

L : Okay okay (rigole) non mais je fais un petit sondage du coup pour savoir (rigole)

F : Voilà ! (rigole)

L : Bon bah parfait moi je n'ai plus d'autres questions, est ce que vous vous avez des questions pour moi ?

F : euh là comme ça je suis désolée non (rigole)

L : Ou des remarques je ne sais pas pour mes prochains entretiens ?

F : Ah oui en fait quand tu m'as parlé de réinsertion professionnelle je me suis dit « Ohlalala mais comment je vais faire pour pouvoir l'aider ! » (rigole) mais en fait je vois le lien entre ce que je fais et la réinsertion pro un peu de loin hein, mais finalement je me dis « Bon je suis pas totalement à l'ouest » (rigole) mais voilà toutes tes questions balayent bien tous les sujets hyper importants donc euh

L : Bon tant mieux alors ! (rigole) c'est rassurant ! Bon bah parfait je vous remercie en tout cas

F : De rien !

L : D'avoir répondu et d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions et je vais tout retranscrire à l'écrit du coup

F : Mais ça va aller ? Parce que je t'ai raconté pleins de trucs (rigole) bon écoute tout un tas de belles choses (rigole)

L : Merci beaucoup ! Il me reste encore un peu de temps donc ça devrait aller (rigole)

F : Bon ça marche, bon courage en tout cas !

L : Merci beaucoup bonne journée !

F : Au revoir Leticia !

Retranscription entretien numéro 2 :

L = Leticia

E = L'interviewée

Pour rappel, l'entretien avait déjà commencé et l'accord concernant l'enregistrement de la conversation vient d'être redonné.

Retranscription entretien n2 :

L Est-ce que du coup vous pourriez juste me repréciser dans quel type de structure vous travaillez ?

E Oui (rigole) Donc, le centre Gilbert Raby y a plusieurs services, y a un service de cure, donc là où se passe le sevrage aux substances psychoactives, vous avez le SSR-A donc suite de soin et réadaptation en addictologie, On peut dire que c'est la postcure et vous avez un hôpital de jour. Moi, je travaille sur la partie SSR A.

L Okay. Et ça fait combien de temps que vous travaillez du coup dans le domaine de l'addictologie ?

E Fin juillet 2021

L okay

E Donc c'est, c'est assez récent. (rigole)

L Et quelle est votre expérience du coup, avec la réinsertion professionnelle ?

E (rigole) C'est à dire ?

L (rigole) Est ce que du coup c'est une problématique que vous rencontrez souvent dans vos prises en charge?

E : Non, en fait ça va vraiment dépendre du patient, ça va dépendre si ça fait partie des choses qu'il aborde ou pas. Ça dépend. ça dépend vraiment de la personne, de son, donc de son projet post-post cure.

L : et est-ce que vous pourriez me donner une idée, une fourchette, du pourcentage de patients qui parle de ce projet, ou en tout cas, qui l'évoquent et qui sont intéressés ?

E : ohlala une fourchette (ouvre grand les yeux et se gratte le menton)

L : approximativement ?

E : faut savoir que sur la poste cure, on est sur des groupes de 10-12 patients au Max parce que c'est des prises en soins de groupe

L : Okay

E : On va dire que sur 10 patients on a un petit peu moins de la moitié qui sont préoccupés par la réinsertion professionnelle ou en tout cas retour dans le lieu de travail ou projet de changer de travail ou de trouver du travail.

L : Et vous avez aussi du maintien dans l'emploi des gens qui.. Enfin vous du coup, vu qu'ils sont hospitalisés en soit, c'est pas maintien dans l'emploi, ils sont forcément en arrêt de travail ?

E : oui, ils sont souvent en arrêt de travail. (hoche la tête)

L : Okay. Et du coup, je sais que ça marche aussi par atelier, c'est ça ? Vous avez 6 ateliers, non ?

E : C'est ça (sourie)

L : et vous, vous travaillez dans lequel du coup ?

E : Moi je fais bricolage et création.

L : Okay, d'accord !

E : on utilise l'activité manuelle bricolage type bidouille et la création d'objets comme médiateurs.

L : Okay. Donc du coup, vous m'avez déjà dit que vous n'utilisez pas la MCRO, est-ce que du coup vous utilisez d'autres outils spécifiques dans votre accompagnement ?

E : Alors ça fait peu longtemps que je l'ai mis en place mais j'utilise l'ELADEB

L : OK, d'accord.

E : Et du coup, au niveau de la réinsertion professionnelle, je vais pouvoir l'aborder si ça fait partie des problématiques identifiées dans cet outil là je sais pas si vous le connaissez ou pas ?

L : Alors moi j'ai souvenir que c'est un enfin, c'est un peu de l'entretien, non ? Il y a un questionnaire mais peut être que je me trompe

E : alors en fait c'est un outil avec des cartes, vous avez des cartes qui représentent différents items du quotidien et c'est un tri de ces cartes-là. Vous avez un premier tri où le patient va identifier si cet item du quotidien est problématique ou si ça ne pose pas de problème.

L : OK, d'accord

E : vous avez un 2nd tri avec les items problématiques et vous allez lui demander de retrier en fonction de l'importance du problème. S'il est peu important, important ou très important. Et le but, c'est ensuite d'échanger, de discuter, de pourquoi c'est un problème et pourquoi il a cette importance-là. Et voilà, c'est vraiment de pouvoir échanger sur ces problématiques là.

L : Du coup des problématiques que lui aura choisi !

E : Oui, oui, complètement et ensuite il y a un 2nd tri où vous allez reprendre tous les items du quotidien et vous allez demander s'il y a un besoin d'aide supplémentaire ou pas. Et vous allez reprendre les besoins d'aide supplémentaires et vous allez demander quel est le degré d'urgence ? Si c'est peu urgent, c'est à dire supérieure à 3 mois, si c'est moyennement urgent, donc c'est entre un mois et 3 mois, et si c'est urgent, c'est inférieur un mois, OK ?

L : okay ! Et du coup, pourquoi le choix de l'ELADEB ? Est ce que vous le connaissiez avant ? est ce que c'est parce qu'on vous l'a proposé dans la structure ? Mais pourquoi du coup ELADEB et pas MCRO par exemple ou d'autres ?

E : Parce que c'est un outil en fait que j'ai appris pour un Stage

L : Okay

E : Et ça me permet de cibler finalement et de comment dire ? Plus centrer sur ce qu'il y a à échanger ou en tout cas à abordé avec le patient. Et ça me permet aussi de voir où il en est dans l'addiction.

L : Et du coup, quelles seraient vos démarches, par exemple ? Donc OK, imaginons pour toujours là réinsertion professionnelle, si c'est un sujet qui ressort dans les problématiques, Quel est votre plan d'action du coup après ?

E : Ça va dépendre de ce qu'il dit sur cette problématique là, en fait. Il y a un item qui s'appelle travail et donc si ils identifient le travail comme un problème, peu importe l'urgence. Si c'est une question de reprendre son rôle au travail, ça va être le faire réfléchir avec des entretiens sur comment reprendre son rôle, comment reprendre confiance dans son travail des choses de ce type-là. Si ça va être vraiment de la recherche de travail, je n'ai pas de temps spécifique à proposer en individuel là-dessus parce qu'on est vraiment sur des prises en charge de groupe. Par contre, j'ai un collègue qui est moniteur éducateur qui propose un accompagnement socioprofessionnel et donc dans ces cas-là je vais proposer à ce patient de faire ce module-là qui est sur une demi-journée sur 4 séances.

L : Donc ce serait en plus des activités du coup ?

E : Oui, en fait, il y a un atelier de référence. Il y a un atelier principal où le patient vient là pour le moment sur des demi-journées puisqu'on est en sous-effectif mais normalement c'est toute la journée et il y a juste le mardi après-midi où le patient change de de d'atelier, change de référent d'atelier et va voir un autre professionnel pour avoir une prise en charge plus pluridisciplinaire.

L : Okay

E : Sinon, ils ont accès que à l'ergothérapeute de l'atelier où il y a aussi un art thérapeute il y a aussi un autre ergothérapeute et un moniteur éducateur.

L : Et est ce que vous savez un peu plus du coup, les missions que lui a dans ce projet-là de réinsertion professionnelle ? Est ce qu'il fait par exemple enfin des ateliers pour créer des CV ? Ou est ce que vraiment il met en place des démarches ? Où est ce que c'est encore un peu tôt dans la prise en charge pour commencer les démarches ?

E : Non, en fait, il va cibler son besoin, il va répondre aux besoins de ce patient en lui demandant ce qu'il veut en fait. Où est son besoin d'aide ? Et du coup il va essayer de lui apprendre les démarches à faire pour qu'ils soient autonomes sur cette démarche-là.

L : D'accord, Ben Hyper intéressant !

E : Ça va être de créer un CV, ça peut être de rechercher sur pôle emploi des recherches. Après, dans le cadre aussi de l'atelier principal, si vraiment c'est urgent de faire des recherches, des choses comme ça ou d'aller consultez je sais pas, sa boîte mail, pôle emploi ou quoi, je leur laisse quand même accès à mon PC.

L : OK, d'accord

E : là je peux un peu les accompagner sur ces démarches là, mais c'est pas mon coeur de compétences en tout cas. (rigole)

L : Et du coup, pour revenir aussi sur l'ELADEB. Quels seraient pour vous les avantages de cet outil ? Pourquoi est-ce que vous l'utilisez, qu'est-ce qui vous vous plaît dans l'utilisation de cet outil ?

E : Bah déjà c'est que ça aborde vraiment les activités de la vie quotidienne. Ça permet aussi aux patients d'avoir une idée. En fait, le fait qu'il y ait un média, ça permet de cibler et de pouvoir échanger dessus et ça permet aussi à des patients qui ont du mal à élaborer, ont du mal à discuter où qui ont des troubles cognitifs à pouvoir aborder certaines choses alors que au départ, ils en auraient pas forcément l'idée.

L : ça aide vraiment à faire Émerger et jaillir des problèmes ?

E : C'est ça ! Et puis parfois, ça permet aussi aux patients de se dire « Ah bah oui, en fait, cet item là ça pose problème » alors que spontanément il n'aurait pas été en capacité de dire quel est le problème. La première question que vous posez sur l'ELADEB aussi, c'est de savoir quel est le problème le plus le plus important actuellement ? Et souvent, les patients me disent, « bah je sais pas ». Ils sont pas en capacité de dire s'il y a vraiment un problème. Et du coup, le fait d'avoir, après tout les items du quotidien, ça permet du coup de faire émerger les idées, de faire émerger les problématiques et du coup, moi ça guide ma Prise en Soins.

L : Et de hiérarchiser aussi ? De donner un ordre avec cette notion de temps, de ce qui est le plus au moins urgent.

E : Oui, et ça permet aussi pour lui de savoir quelle problématique il doit aborder en premier. Et ça permet aussi de savoir qu'est ce qui est significatif pour lui, qu'est ce qui est important comme activité pour lui.

L : oui. Et vous, est ce que vous trouvez des limites à cet outil ? (rigole) est ce que si vous deviez donner un bémol de cet outil..

E : (rigole) On va dire que peut être que certains items c'est trop large, je dirais. Exemple que je peux donner, il y a un item qui s'appelle santé psychique. Ça peut ne pas être parlant. Où ça peut être beaucoup trop large. Ou des fois aussi, sur le besoin d'aides supplémentaires, c'est pas forcément compris par les patients.

L : OK, d'accord.

E : Un autre exemple que je peux avoir, c'est aussi santé physique, pareil, des fois c'est trop large.

L : OK, d'accord. Mais après, vous vous en reparlez avec la personne et vous essayez de recibler derrière ?

E : oui ! Et des fois, il y a aussi certains patients qui savent pas trop si c'est un problème ou pas un problème. Parce que aussi la notion de temps ou ça peut poser problème là mais ça ne le sera pas plus tard ou le problème est en train de se régler, donc est ce que c'est réellement un problème ? Vous voyez ? « L'item n'est pas forcément très problématique, mais j'ai quand même envie de l'aborder » Donc ça peut aussi restreindre la personne dans ce dont elle a envie d'aborder avec les thérapeutes.

L : Okay, donc c'est pas un outil spécifique ergo du coup ?

E : Si ! Il s'appelle comment déjà ? Évaluation, Lausannienne ? euhhh si si normalement c'est ergo ! (cherche un papier, le sort du tiroir et lit) Échelle Lausannienne d'auto-évaluation Des difficultés et des besoins. Normalement, de souvenir elle est spécifique ergo. Parce que en plus elle est que accessible sur L'ANFE en formation.

L : Et vous la faites passer du coup, systématiquement pour tous les Patients où ?

E : maintenant ? Ouais

L : Okay ! Et en individuel ou à chaque fois, du coup c'est en groupe et on met en commun en même temps ?

E : Non individuel, je prends des temps individuels et les temps individuels, c'est des entretiens finalement.

L : Okay.

E : Évidemment, il y a certaines choses qu'ils ont qui sont trop personnelles et qui peuvent pas aborder en groupe.

L : Je comprends. Donc, pour reformuler, vous vous appuyez vraiment sur le fait que le patient puisse formuler lui-même ses problématiques, les choisir lui-même. Et qui puisse lui-même les hiérarchiser en termes d'importance, c'est ça ?

E : C'est ça !

L Et est ce que du coup, un dernier outil, est ce que vous connaissez L'entretien motivationnel

E : oui.

L : Est ce que vous le pratiquez du coup ? Et pareil du coup, j'en coonclue que c'est pas avec tous les patients

E : Alors, l'entretien motivationnel, c'est une technique d'entretien, il y a beaucoup de reformulation soit juste répéter ce que la personne dit où vraiment faire exprimer un ressenti. Alors voilà, c'est vraiment une technique de reformulation. Et dans l'entretien motivationnel, il y a la balance Décisionnelle et ça, ça va vraiment dépendre du patient. Après avoir eu ma formation en addictologie, je la faisais systématiquement. Maintenant, je le fais moins systématique, ça va vraiment dépendre d'où en est la personne dans l'addiction.

L : Okay, d'accord. Et justement, enfin, quelles sont pour vous entre ces 3 outils, donc la MCRO, l'ELADEB et l'entretien motivationnel, est-ce que du coup vous vous voyez utiliser les 3 ? Pourquoi plus l'un que l'autre ? Comment est ce que vous choisissez quel outil utiliser ? Et la pertinence de chaque outil ?

E : MCRO je l'utilise pas après ça pourrait être une bonne idée de l'utiliser parce que je sais que ça permet aussi de prioriser les, comment dire, prioriser l'importance des activités quotidiennes. L'ELADEB, maintenant, je le fais systématiquement parce que ça me permet vraiment de cibler ma prise en soin et d'être complémentaire à mes observations dans le groupe et ce que j'observe au niveau des capacités, habilités, difficultés de la personne pour après, amener à des objectifs individuels au niveau de la prise en soin. Après l'entretien motivationnel, bah les techniques d'entretien en lui-même je le pratique tout le temps parce que finalement ça permet l'adhésion avec le patient. Il y a de la compréhension dans ce qu'il dit, il se sent écouté. C'est vraiment de l'écoute active, donc c'est une technique qui est utilisée pour autre chose au final. En fait, ça permet aussi d'être dans l'écoute active et de répondre et de montrer qu'on est empathique, qu'on a une attitude professionnelle et qu'on comprend ce qu'il dit et ça permet aussi de bah quand on n'est pas sûr d'avoir compris ce que le Patient a dit de vérifier finalement que c'est ça. Donc je pense que l'entretien en tout cas dans la technique de l'entretien motivationnel bah vraiment une bonne façon de parler avec le patient, de mener l'entretien. Après la balance décisionnelle, c'est quelque chose que j'aurais tendance à proposer en fonction du patient en fait. La balance décisionnelle, c'est en fait d'identifier les avantages et les inconvénients de consommer la substance, en identifiant s'il le peut ce qui va l'aider dans son changement de comportement et ce qui va l'empêcher d'être un obstacle à son changement de comportement. Et ça, c'est des choses que je peux faire, que je fais en tout cas de manière plus personnelle, et ça va être en fonction du patient.

L : Donc, est ce que vous, enfin là vous n'avez pas été formée à la MCRO c'est ça ?

E : J'ai été formée en cours mais ça remonte un petit peu maintenant.

L : Et est que du coup, vous pensez que si jamais par exemple Bah l'Institut vous proposait de vous payer cette formation, est ce que vous seriez d'accord ? Est-ce que vous pensez que c'est pertinent ? Est ce que ça vous intéresserait ?

E : Bonne question ! (rigole) Ça pourrait être pertinent ! Après, je pense que ça pourra pas être utilisé pour tous les patients parce qu'on a aussi des patients qui ont des troubles cognitifs. Qui dit troupe cognitif, à mon avis, pour répondre à l'entretien de la MCRO je pense, ça peut être difficile

L :D'accord !

E : donc pour répondre à votre question, si j'étais formée, est-ce que je l'utiliserais ? Probablement ! Mais ça va dépendre des patients et ce sera en fonction des capacités du patient.

L : OK, d'accord. Et pour recentrer du coup sur vraiment la partie réinsertion professionnelle. Quelles sont pour vous du coup les étapes d'une réinsertion professionnelle ? À partir du moment où, par exemple, un patient nomme cette idée et verbalise cette envie de réinsertion professionnelle.. quel va être le déroulé, les étapes que vous vous allez proposer pour l'accompagner jusqu'à la fin, la réalisation de ce projet ?

E : Ça va dépendre de la problématique déjà au niveau de la réinsertion professionnelle. Si ça va être un retour au propre emploi ou si ça va être vraiment de changer complètement de métier ou de rechercher du métier ? Après, ça va être d'en discuter, ce qu'il recherche ? Et ça va être plus de le faire réfléchir sur une solution. Et si vraiment il a besoin d'apprentissage pour faire les recherches, pour faire un CV, pour faire une lettre de motivation, je vais lui proposer l'atelier à thème de mon collègue. Si par contre il sait faire mais qu'il a juste besoin d'un temps spécifique et peut être d'une relecture, là ça vaut le coup d'être là.

L : Okay

E : de l'accompagner en parallèle et de lui laisser le temps de pouvoir faire ces choses-là. Je sais pas si je réponds à ta question ?

L : Ouais très bien !

E : Et ça va être d'identifier le problème et en fonction du problème, soit orienter vers une personne qui est plus qualifiée que moi, en tout cas pour régler ce problème, ou ça va être d'essayer de l'accompagner plus ou moins en individuel sur ce projet-là.

L : Okay ! Et quels seraient pour vous les critères de réussite d'une réinsertion professionnelle ? En fait, à quel moment est-ce qu'on peut dire OK, là, on a atteint cet objectif ?

E : A partir de quel moment on a atteint l'objectif ?

L : (rigole) ouais, parce que c'est vrai que vous souvent vu qu'il ne restent pas dans la structure, vous n'avez pas forcément de suivi derrière pour savoir si, bah au final, ça va vraiment en découler

E : Bah ça va vraiment dépendre de comment avance son projet. En fait, je dirais que j'ai pas de critères particuliers. En fait, ça va être Ben, la personne va reprendre son travail à la sortie ou après la fin de son arrêt de travail, ça va être si la personne c'est vraiment sa reprise de la reprise de son poste et que finalement il le vit bien et qu'il a pu aborder ce qu'il fallait en tout cas pour lui permettre une reprise sereine. Là, du coup on aura rempli l'objectif ! Si il s'est inscrit à Pôle emploi et qu'à la fin du séjour ou vers la sortie, il s'est réinscrit bah l'objectif sera rempli.

L : Donc c'est quand même la notion aussi de satisfaction de la part du patient ? C'est ça qui va primer comme critère de réussite ?

E : Oui ! Satisfaction et aussi de bah s'il estime avoir avancé comme il le voulait lui dans son objectif finalement.

L : Ouais okay.

E : Et si la réussit, s'il a aussi réussi à, comment dire, à aller jusqu'au bout de son projet. En tout cas au moins, à bien avoir entamé son projet.

L : Et est ce que pour vous il y a des facteurs facilitants à la réinsertion professionnelle ? Ou en tout cas au bon déroulé d'une démarche de réinsertion professionnelle ?

E : Des choses qui aident à la réinsertion professionnelle, c'est ça la question ?

L : (rigole) C'est ça ! Des facteurs facilitants.. qu'est-ce qui va faciliter que le projet réussisse et aboutisse ?

E : Bah déjà, il va y avoir la motivation du patient dans ce projet là. Et si le patient est en capacité d'aller jusqu'à son objectif. Ça va être aussi son implication dans les soins. Ça va être aussi la prise de conscience de de l'addiction, ça va être la prise de conscience des facteurs de rechute.

Ce qui peut être facilitant, c'est s'il a identifié le travail comme facteur de rechute, bah qu'il puisse..

L : Ajuster ?

E : C'est ça ajuster ! Ou en tout cas réfléchir à son projet. Et il est évident que si Je donne un exemple, hein, mais si le patient addicté dépendant à l'alcool travaille en restauration...Et que il a pas identifié que ça peut être source d'envie et facteur de rechute, ça va pas faciliter. Par contre s'il a identifié la chose, ça peut soit lui permettre de se réorienter, de changer de travail, soit de vraiment travailler sur sa dépendance sur ce qui va l'aider à être confronté à l'alcool, parce que de toute manière en tout cas on quand on parle d'addiction et de dépendance à l'alcool, les personnes vont à un moment donné, être confrontés à la substance.

L : Et justement, vous parliez d'implication dans les soins, est ce que on peut parler aussi de engagement ? Où est ce que vous faites une différence ?

E : On peut aussi parler d'engagement. Après, ça dépend ce que vous mettez dans le sens engagement ?

L : Euh, bah du coup, voyez moi j'assimile un peu les 2. Effectivement l'engagement du patient c'est vraiment le fait de se saisir du projet et de vraiment se l'approprier.

E : À mon sens, si la personne est engagée, c'est qu'elle est motivée.

L : Okay ! Et du coup, c'est ça aussi un des facteurs favorisant dans la réinsertion professionnelle ? Et le fait de mener à bout les projets, c'est ça ?

E : Oui, clairement ! (rigole)

L : parfait !

E : après, fin, Si une personne n'est pas motivée là-dessus.... après tout va dépendre de la motivation. Il y a aussi cette notion dans la reprise du travail, il peut y avoir une notion d'obligation finalement, donc ça va dépendre vraiment de la motivation. Est ce que le fait que ce soit obligatoire est assez motivant pour amener à le faire du coup. Bon après y'a aussi le positif, il y a, voilà, le fait que ce soit plaisant, qu'on aime son travail, des choses comme ça et après, c'est une notion qu'on peut généraliser sur tous les aspect de la prise en soin, la motivation c'est très important.

L : Oui, il y a aussi la notion d'importance aussi, de toute façon, comme vous le disiez, c'est si c'est juste, enfin voilà, parce qu'il se sent obligé ou si c'est parce que c'est important pour lui et que ça a du sens.

E : Moi clairement, si il me dit que ce n'est pas un problème, je vais pas l'aborder si c'est un problème qui est peu important, c'est pas quelque chose que je vais discuter avec lui en priorité. C'est des choses aussi qui peut aborder avec d'autres, j'imagine, avec d'autres professionnels.

L : Et donc pour revenir sur l'engagement, qu'est ce qui aide selon vous, les patients à s'engager ?

E : S'engager dans le soin ?

L : Dans le soin et surtout dans voilà pour quelqu'un qui veut vraiment, qui a cette envie de réinsertion professionnelle, qu'est ce qui va l'aider à s'engager dans ce projet ? Et à maintenir cet engagement du coup sûr sur le long terme jusqu'à l'aboutissement ?

E : C'est une bonne question ! (rigole) ça va dépendre. Bah déjà, qu'est ce qui le motive à ?

L : Okay

E : Ce serait qu'est ce qui peut motiver à ?

L : (acquiesce) Oui

E : Je pense déjà à l'aspect financier. L'aspect relationnel. L'aspect familial aussi.

L : Et comment est-ce que vous vous pouvez faire du coup pour susciter cet engagement et être sûre de le maintenir ?

E : Ben, je leur demande quel est leur objectif déjà aussi, et je leur demande qu'est ce qui les motivent. Après, quand ils abordent le travail, en fonction de la problématique, quelle est la problématique ? Euh Bah ça va être d'essayer en entretien d'aborder voilà, qu'est ce qui qu'est ce qui va les aider à rester motivé ? Ouais, qu'est ce qui les motive ? Qu'est ce qui ? Qu'est ce qui répond à leurs objectifs ? Finalement, qu'est ce qui va les aider dans leur objectif après j'essaye de faire vraiment en sorte que les choses viennent d'eux !

L : Ouais, Okay !

E : Ca va vraiment dépendre du contexte de la personne finalement.

L : Et de ce qu'elle apporte lors des entretiens aussi du coup

E : évidemment !

L : Et enfin, comment est-ce que vous définiriez votre spécificité, en tant que ergothérapeute, dans cet accompagnement ?

E : De la réinsertion professionnelle ?

L : Ouais, qu'est ce que vous du coup on entend qu'ergo ? Quelles sont du coup les spécificités que vous pouvez apporter pour aider dans cet accompagnement de réinsertion professionnelle ?

E : Dans le cadre aussi de l'addiction à l'alcool ? Du coup, ça va être d'identifier ses facteurs de rechute, qu'est ce qu'il aspire, qu'est ce qu'il veut être ? Après, ça va être aussi de l'accompagner, s'il le souhaite aussi, s'il le souhaite de l'accompagner dans cette démarche là. Ça va être vraiment plus de l'accompagnement en entretien. Et de pouvoir conseiller par rapport à leurs capacités, leurs difficultés.

L : Est ce que il y a une vraie, comment dire, différence de tâches entre par exemple les autres professionnels ? Enfin je sais pas si vous avez des psychologues ou des infirmières ou l'art thérapeute par exemple, et vous, en tant qu'ergo ? Ou est ce que au final vu que vous avez tous les mêmes objectifs, il n'y a pas de grandes différences ?

E : Non, on a des différences de pratiques.

L : Okay ! Vous le sentez quand même ?

E : Oui bah notamment avec l'infirmière, la psychologue et l'art-thérapeute. Même avec mon collègue, moniteur-éducateur, on a quand même des pratiques qui sont différentes.

Après, c'est vrai que comme vous le dites, on a un objectif qui est commun. Et même les ateliers thérapeutiques qu'on propose, il y a des objectifs communs : la reprise de rythme, reprendre du plaisir, travailler sur la dépendance psychologique.

Après, on a des métiers qui sont différents et des moyens qui sont clairement différents.

L : Oui, du coup, vous êtes la seule à utiliser l'ELADEB, par exemple.

E : Je suis la seule même l'autre ergothérapeute n'est pas, n'a pas du tout, ne fonctionne pas du tout comme ça.

L : Okay

E : Non, je suis la seule, je suis la seule à utiliser l'ELADEB.

L : Oui, c'est ça aussi du coup, votre spécificité ergo, vous allez vraiment vous appuyer aussi sur ces notions clés de l'ergothérapie.

E : Oui et puis appuyer aussi sur l'activité significative.
Et en général, c'est les patients qui choisissent l'atelier. On visite des ateliers et c'est eux qui vont choisir leur préférence au niveau de l'atelier.

Et si il y a assez de place dans l'atelier, il va pouvoir intégrer l'atelier, donc c'est que l'activité, finalement lui plaît. Ce qui est proposé, le fonctionnement, parce qu'on est clair, avec notre fonctionnement, on décrit, on explique vraiment, bah qu'est ce qui va en être de du fonctionnement de l'atelier et c'est que ça les motive et que c'est quelque chose en tout cas qui leur plaît.

L : Oui, donc vous vous appuyez vraiment sur, encore une fois, ce concept de motivation.

E : Tout a fait.

L : Après, j'avais une autre question, en fait, je comptais citer des notions clés et avoir un peu du coup votre retour. Est ce que vous les utilisez et ce que vous vous appuyez dessus, est-ce que c'est important et au final, on en a déjà évoqué certaines, donc par exemple la première notion, c'était la satisfaction que peut éprouver du coup un patient dans sa prise en charge ? Est ce que c'est important et comment est-ce que vous l'utilisez ? Comment vous l'évaluez ?

E : La satisfaction ?

L : oui dans le cadre de la réinsertion professionnelle.

E : Si ça doit être évalué, c'est lui-même qui dira, il va remercier, il va dire « bah vous m'avez bien accompagné » et voilà.

L : Parfait. Après, il y avait la notion de l'importance, mais du coup pareil, on l'a aussi déjà un peu évoqué. Donc comment est-ce que vous vous l'utilisez ? On l'a dit avec ELADEB

E : ouais !

L : Et il est important pour vous de choisir des activités importantes pour eux ? Si je reformule un peu.

E : (rigole) Oui ! Ça me permet de cibler et vu qu'en plus je suis sur une prise de soin de groupe et que j'ai peu de temps en individuel, ça me semble important de cibler les choses. parce que sinon ?

Notre métier est très riche, on apporte beaucoup de choses vu que on est sur les activités. A mon sens, j'ai besoin de cibler, parcequ'on peut pas tout aborder en groupe même s'il y a des groupes de parole.

Et notamment cette réinsertion professionnelle, c'est pas quelque chose qu'on peut aborder en groupe.

Et vu que le hors groupe de parole où ils sont sûrs de l'activité, ils sont sûrs de la création, on a un projet créatif qui mène de A à Z.

Donc, c'est plus sur des temps vraiment individuels ou c'est cette chose là peut être abordée.

L : okay, après j'avais la notion d'engagement et d'appropriation du projet.

E : Complètement ! c'est oui ! ça ça va être en fonction de comment il vient dans l'atelier, comment il investit l'atelier, comment il investit les médiations, comment il investit la relation thérapeutique et comment il va investir dans ses recherches dans ce qui lui est proposé.

Notamment pour revenir sur la réinsertion professionnelle, c'est comment il va s'investir dans la recherche, dans ... (cherche ses mots)

L : La mise en place et le passage à l'action ?

E : Dans la mise en place d'un projet, ouais !

L : Qui doit pas être facile non plus du coup de vraiment passer à l'action et faire les premiers pas.

E Ouais non, c'est compliqué pour certains. Ça va vraiment dépendre de la personne et de ce qu'il y a derrière l'addiction parce qu'on n'est pas là que pour traiter l'addiction, parce que derrière l'addiction, y' a beaucoup d'autres problématiques, y a les conséquences de l'usage de la substance et de la dépendance à la substance. Il y a aussi tous les troubles psychiques..

L : Mais d'ailleurs je me permets juste de rebondir sur ça ! Dans un de mes orals blancs, Euh, on m'avait fait justement la remarque de ne pas assez parler dans mon mémoire écrit des troubles psychiatriques qui sont associés..parce que moi je voulais vraiment me concentrer sur l'alcoologie. Est-ce que vous, vous me conseillerez quand même de l'aborder dans mon écrit ? C'est une petite parenthèse pour moi.

E : Ça dépend. Enfin, ça fait partie de la personne en fait.

Oui, les troubles psychiatriques associés vont avoir un impact sur la réinsertion professionnelle.

L : Okay, d'accord ! Oui, en fait, c'est tellement souvent lié que je ne peux pas ne pas en parler.

E : C'est surtout que, Le CE qui amène à une dépendance à l'alcool, c'est il y a vraiment le contexte, les événements de vie et vous avez la personne avec ses difficultés, ses fragilités.

Enfin voilà, il y a les troubles qui sont là, y a peut-être des troubles dépressifs, ça peut être avec des troubles de types psychotiques ?

Et la personne va rentrer en relation avec le produit, donc à mon sens c'est avec la personne. Finalement, quand il y a une addiction, y a quelque chose qui est derrière.

L : Okay, d'accord.

E : Ça peut être pertinent, peut être pas non plus énormément détailler, mais dans la partie théorique ça me semble important de le spécifier au même titre que les conséquences somatiques.

L : Parfait, Okay, d'accord.

Et pareil, du coup, j'en profite pour faire un 2e aparté ! (rigole)

J'utilise aussi de manière un peu indifférenciée le terme client et patient parce que du coup je parle donc de la MCRO qui est un outil canadien et un modèle, le MCREO, qui est canadien aussi et eux utilisent la notion de clients. Du coup je voulais savoir, est-ce que vous ça vous choque ? Est ce que ça vous dérange cette notion là ?

E : Moi je connais la MCRO et je connais la vision un peu canadienne parce qu'on la vu en cours donc NON moi ça ne me choque pas !

L : OK, parfait !

E : Et je pense que dans le cadre du mémoire, étant donné que vous êtes ciblée sur ce modèle-là, faut utiliser les termes du modèle.

L : OK, parfait. Bon ça me rassure alors on est plutôt d'accord (rigole)
Parce que ça m'a été reproché.

E : (rigole)Non mais non, moi ça ne me choque pas. Après, je pense que si vous parlez comme ça devant un médecin, il vous posera la question..un médecin ou un autre professionnel qui connaît pas du tout ce modèle là. « Attendez-vous parlez de clients et pas de patients ? » voilà, mais après derrière vous justifiez donc moi ça me choque pas en tout cas

L : bon tant mieux ! (rigole)Et donc pour revenir sur ces petites notions, du coup, savoir si vous les utilisez ou pas, si elles sont importantes pour vous, j'avais pareil les notions de volonté et de motivation ? On les a aussi déjà abordés.

E : la motivation et la volonté, que ce soit dans la réinsertion professionnelle et que ce soit même dans le cadre du Soins, c'est quelque chose qui va aider ! qui est essentiel ! Si la personne, elle est pas motivée dans son projet, si elle a pas la volonté, ça va pas aboutir. Mais ce n'est pas qu'une question de ça par contre.

L : Qu'est ce que vous y ajouteriez du coup ?

E : comme autres termes ?

L : oui comme autres termes ou du coup en plus. Parce que vous avez dit que c'était important, mais que ça ne faisait pas tout non plus.

E : Non, parce que c'est important d'avoir de la volonté parce que c'est ce qui amène à agir, mais il y a aussi cette notion bah d'être capable d'avoir les habilités, les facultés pour amener à ça. C'est pas qu'une question de volonté, et même notamment leur dire que la notion de dépendance, c'est pas qu'une question de volonté. Que sortir d'une dépendance à une

substance, et pour votre mémoire l'alcool, c'est pas qu'une question de volonté. Il faut prendre conscience qu'il y a cette notion de dépendance qui s'est installée.

Après, pour vraiment revenir spécifiquement à un projet de réinsertion, c'est pareil, on peut avoir la volonté, on peut être motivé, ça va aider à agir, mais si la personne elle agit pas, ça va pas se concrétiser. C'est nécessaire, il faut qu'il y ait cette once, ce minimum de motivation mais c'est pas suffisant non plus.

L : C'est sûr qu'il faut derrière à côté une stabilité, un bien être physique et psychologique. Enfin, ça demande plein d'autres facteurs effectivement.

E : Bien sûr, tout à fait. Il y a énormément d'éléments qui rentrent en compte pour aboutir dans un projet professionnel.

L : Et du coup, j'avais 2 petites dernières questions, est ce que du coup vous pensez là tout de suite a des limites dans l'accompagnement actuel pour les réinsertions professionnelles du coup ? Pour l'accompagnement qui peut être proposé dans votre structure, quelles seraient les limites, s'il y en a ?

E : Le manque d'individuel, le manque de prise en soins individuelles et le fait que la prise en soins pluridisciplinaire est un peu restreinte, je dirais.

L : Et pour revenir du coup sur ce manque d'individuel, est ce que vous pourriez du coup développer l'importance du fait d'avoir ces rendez-vous individuels pour que ça réussisse ?

E : En gros, vous ne pouvez pas aborder des choses qui sont personnelles, ça ne vous permet pas d'aborder certaines choses. Et après, en individuel en tout cas en ergothérapie, apprendre à faire des démarches où orienter, en tout cas en dans ma pratique, je ne peux pas le faire en groupe et je ne peux pas le faire en groupe avec des personnes qui font des activités manuelles à côté ou il y a des bruits de marteaux, de cuters ! (rigole)

Donc c'est plus dans ce sens-là. Et puis et ça ne permet pas non plus de, comment dire, je vais tourner différemment ma phrase... L'individuel, ça permettrait de pouvoir rééduquer plus spécifiquement ou en tout cas travailler les difficultés que la personne pourrait rencontrer pour aller à la réinsertion professionnelle.

Ça permettrait d'être, bah, plus spécifique oui, et beaucoup plus encore cibler et personnaliser sur la personne.

L : Parfait ! Eh bien, écoutez, je n'ai plus de questions du coup. (rigole)

Merci beaucoup, est ce que vous avez des questions pour moi peut être ou des remarques ?

E : Moi je veux bien que vous me définissiez quand même l'engagement occupationnel, ça m'intéresse.

Ouais je veux bien avoir une petite définition de cet engagement occupationnel.

L : Bah en fait l'engagement c'est vraiment la capacité d'un individu à pouvoir participer à des activités qui sont signifiantes pour lui.

Donc, en fait c'est pour ça que j'avais redéfini un peu toutes les notions que j'ai cité tout à l'heure parce que c'est un ensemble de toutes ces notions là de vraiment : d'implication, d'appropriation d'un projet et donc de motivation pour pouvoir vraiment y participer, s'y engager psychologiquement et physiquement.

E : Et pourquoi signifiante est pas significative ?

L : Parce que du coup..

E : Vous avez dit participer aux activités signifiantes. Du coup, pourquoi pas significatives ?

L : Les 2, les 2. Mais du coup, c'est vraiment qui ont du sens pour la personne. Donc effectivement c'est celles qui vont peut être passer en priorité, bien que les significatives sont tout aussi importantes.

Significatif, c'est plus qui ont du sens pour la société, donc elles sont du coup dans enfin dans la MCRO, elles passent parfois plus dans un 2e plan, vu qu'on s'intéresse vraiment aux activités qui ont du sens pour la personne. Importantes pour elle qui vont les motiver. Bah en fait du coup ce sera forcément plus des activités signifiantes que significative en fait qui vont ressortir.

E : Moi, pour moi, significatif, c'était plus dans le sens de pour la personne et signifiante plutôt le sens pour la société.

L : Ah oui c'est (fait le signe de l'inverse avec mes doigts)
Mais du coup, voilà, en tout cas merci beaucoup.

E : Bah derrien ! Merci à vous du coup et Bah si vous voulez diffuser votre mémoire, moi je veux bien. Voilà, je veux bien lire votre mémoire. Ça m'intéresse en tout cas !

L : Bah du coup, c'est assez rassurant au final parce que je vois que vous vous appuyez quand même beaucoup au final, par l'ELADEB, sur des notions que je pensais propre à la MCRO mais qui au final du coup sont peut être juste propres à des outils Ergothérapeutiques, en fait de manière plus générale

E : Et vous avez eu d'autres ergothérapeutes ou pas, du coup ?
C'est ce que vous retrouvez ou pas ?

L : C'est ce que je retrouve aussi en fait. Effectivement, je pense que c'est pour ça que je posais aussi une des questions sur la spécificité en fait de l'ergo. C'est parce qu'en fait je pense que dans les pratiques des professionnels, euh beaucoup d'ergothérapeutes pratiquent en fait de manière inconsciente la MCRO parce qu'en fait bah c'est cette démarche de « je vais questionner mon patient sur qu'est ce qui est important pour lui, quelles sont ses problématiques à lui et qu'est-ce que lui veut travailler ? »

En fait, c'est inné, intrinsèque à notre métier. Et du coup, je pense qu'en fait, c'est fait de manière inconsciente donc

E : AH bah c'est clair ! On est tellement basé sur les Activités signifiantes que

L : Ouais Ouais Ouais.

E : Non je vois très bien ce que vous voulez dire

L : Et je trouve que c'est ça qui est intéressant et je posais aussi la question de la formation parce qu'effectivement la MCRO bah normalement c'est une formation payante donc tout le monde n'y a pas forcément accès en plus canadienne donc pareil effectivement ça restreint et

du coup je me demande, enfin je savais d'avance que peu de personnes l'utilisait de manière consciente, et du coup je voulais savoir si c'était quand même pertinent dans les pratiques et ce que je vois c'est que effectivement c'est utilisé de manière Inconsciente ou en tout cas non officielle quoi.

E : À Créteil, vous êtes formé sur la MCRO ?

L : Bah on a des cours dessus mais après on n'a pas la certification de l'ANFE

E : Ouais Ouais c'est comme, enfin du coup, c'est comme moi pour l'ELADEB, j'ai pas là certification de l' ANFE pour l'utilisation vu que je l'ai appris en stage.
Mais ouais, Ouais, c'est vrai qu'on a pas, je viens de l'IFE de Créteil aussi, et c'est vrai qu'on a pas la certification.
Et pourtant, ils nous font pratiquer. Enfin je sais pas si c'est toujours le cas, il nous font pratiquer l'outil avec le livret tout ça

L : oui en TP ! exactement ! Et moi pareil, je l'avais vu aussi en stage mais et en plus je l'avais fait à l'école mais c'est vrai que si par exemple voilà dans une structure je veux le faire de manière officielle, Bah techniquement j'ai pas le tampon de l'ANFE qui me certifie que je l'utilise bien et j'ai pas accès du coup à ces petits livrets parce que du coup effectivement faut payer la formation pour avoir accès au livret et aux petites réglettes.
Après en fait, c'est ce que je dis, c'est un prix alors que beaucoup le font eux-mêmes, bah de manière gratuite, en leur demandant de côté le rendement de 0 à 10 sans avoir à passer par ce petit livret.

E : Ouais, d'autant plus qu'on a la formation de l'IFE maintenant donc. Enfin moi de mon année de diplômes on était formé à le faire donc.
J'aimerais dire, c'est comme moi l'outil que j'utilise en soit, j'ai pas l'application de l' ANFE, et pourtant, je l'utilise quand même.

L : Ouais tout à fait. Bah c'est ce qui ressort en tout cas-là.

E : Parce qu'on est beaucoup à faire ça. (rigole)

L : Du coup, je pense que je le mettrais aussi dans mes limites, en fait de cet outil. Je pense que oui, c'est un outil hyper pertinent, mais que effectivement du coup, une limite c'est que il est pas utilisé de manière officielle parce que bah ça a un prix et que c'est c'est du temps de formation, il faut que ce soit approuvé par les cadres et cetera.

Bon Ben merci beaucoup. Je vous souhaite une bonne soirée du coup.

E : Au plaisir et puis encore une fois, je serais ravie ! En tout cas hésitez pas si vous avez d'autres questions comme ça, vous avez mon mail.

L : Parfait, ouais, c'est ce que j'allais dire. Merci encore !

E : De rien.

L : Au revoir.

Résumé

Le trouble de l'usage à l'alcool (TUA) est une pathologie ayant de nombreuses conséquences sur la vie quotidienne de la personne. Une des sphères occupationnelles touchée est la productivité, notamment la reprise professionnelle.

L'objectif de cette étude est de déterminer comment l'ergothérapeute peut la favoriser à l'aide d'outils spécifiques. L'engagement et la motivation sont deux notions difficiles à maintenir dans le temps pour ces patients et pourtant essentielles à la réussite d'un projet de réinsertion professionnelle. Cette étude évalue la pertinence de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) avec des patients ayant un trouble de l'usage à l'alcool et engagés dans une démarche de réinsertion professionnelle.

Pour répondre à cette question, nous avons effectué des entretiens semi-directifs en suivant une grille établie en amont. Une partie de notre population était des ergothérapeutes travaillant avec cette population afin d'étudier leur recours à la MCRO et l'autre était d'autres professionnels travaillant dans des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) afin de comprendre comment ils accompagnent la réinsertion professionnelle dans leurs prises en soin.

Nous avons observé que peu d'ergothérapeutes utilisent la MCRO de manière officielle dans leur pratique. Cependant tous les professionnels interrogés se basent sur les notions d'engagement, de motivation et d'appropriation du projet afin de le mener à bien, ce qui correspond aux valeurs de cet outil.

Les données recueillies ne permettent pas de conclure l'efficacité de cet outil dans ce contexte, néanmoins elles constituent une piste de réflexions sur les futures prises en soin.

Mots-clefs :

Ergothérapie – TUA – MCRO – Réinsertion Professionnelle – Engagement Occupationnel

Abstract

Alcohol Use Disorder (AUD) is a pathology with many consequences on the daily life of individuals. One of the occupational spheres affected is productivity, and more specifically the return to work. The objective of this study is to determine how Occupational Therapists can promote productivity using specific tools. Commitment and motivation are two concepts that are difficult to maintain over time for these patients and yet essential to the success of a professional reintegration project. This study assesses the relevance of using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) with patients with alcohol use disorder that are engaged in a professional reintegration process.

To answer this question, we conducted semi-structured interviews following an upstream elaborated grid. Part of our population was Occupational Therapists working with this population in order to study their use of COPM. The other part was other professionals working in Centers for Care, Support and Prevention in Addictology (CSAPA) to understand how they tackle the professional reintegration.

We observed that few Occupational Therapists use COPM officially in their practice. However, all professionals interrogated rely on the notions of commitment, motivation and ownership of the project in order to carry it out, which corresponds to the values of this tool.

The data collected does not allow one to conclude the effectiveness of this tool in this context, nevertheless it constitutes a lead for future treatment plans.

Keywords :

Occupational Therapy – Alcohol Abuse – COPM – Professional Reintegration – Occupational Engagement