



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

52 rue Vitruve – 75020 Paris

Addiction à l'alcool : l'ergothérapie, une aide pour le changement

Mémoire d'Initiation à la recherche

Réalisé dans le cadre de la validation de l'UE. 6.5

Sous la direction de Madame Marianne HAINÉ

Claire JANAND

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 ».

Remerciements

Un mémoire est toujours une aventure collective et je voudrais remercier toute les personnes qui y ont participé, de près de ou de loin.

Tout d'abord, je remercie Mme Haine, ma maître de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils avisés, son soutien et sa bienveillance tout au long de ce projet.

Mes remerciements vont aussi à l'équipe pédagogique de l'ADERE, dont les enseignements et le soutien ont été précieux durant ces trois années d'études.

Je souhaite également remercier tous les professionnels de santé rencontrés pendant ces trois années et l'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mes entretiens.

Je n'oublie pas mes amis pour leurs encouragements, leur soutien, leur bienveillance et pour les moments passés ensemble.

Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance à ma famille, et en particulier à Axel, à Loulou ainsi qu'à mon père et ma mère, pour leur soutien constant, leur patience et leur compréhension durant la rédaction de ce mémoire.

Enfin, merci à Mathilde, qui partage ma vie, pour sa patience, sa bonne humeur. Travailler à tes côtés est une source de motivation.

Sommaire

Introduction	1
Cadre conceptuel	3
I. Le trouble de l'usage de l'alcool : une addiction	3
A. Panorama sur l'alcool : données de la Haute Autorité de Santé	3
1. Consommation d'alcool en France : chiffres clés	3
2. L'alcool : des risques à court terme et à long terme.....	3
3. Définition et répercussions de l'addiction.....	4
4. Définition du trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM 5	6
5. L'alcool : une dépendance qui résulte de trois facteurs	7
6. Alcool et comorbidités	8
B. La prise en soins du trouble de l'usage de l'alcool	9
1. Réduction de la consommation ou abstinence ?.....	9
2. Les structures dédiées à la prise en soins	10
3. Les associations de soutien par les pairs	11
4. Une prise en charge globale	12
C. Le modèle transthéorique : un modèle pour identifier les différents stades de changement.....	12
1. La précontemplation.....	13
2. La contemplation.....	13
3. La préparation	13
4. L'action	14
5. Le maintien.....	14
6. La rechute	14

II.	L'ergothérapie et le trouble de l'usage de l'alcool.....	15
A.	Définition et objectifs du métier d'ergothérapeute	15
B.	Les approches pour prendre en soin les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool.....	16
C.	Modèle conceptuel : le Modèle de l'Occupation Humaine.....	17
III.	Répercussions sur l'équilibre occupationnel et l'engagement occupationnel.....	19
A.	La consommation d'alcool : une occupation ?.....	19
B.	Équilibre occupationnel et déséquilibre occupationnel.....	20
C.	Participation et engagement occupationnel.....	22
D.	S'engager dans des activités significantes pour viser le changement d'habitude.....	22
	Hypothèse de recherche	24
	Méthodologie	24
	Résultats et analyse de l'enquête.....	28
	Discussion des résultats.....	45
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	52
	Annexes.....	58

Introduction

Selon la HAS (2022), la consommation d'alcool constitue un enjeu majeur de santé publique, se classant en tant que deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Elle demeure la principale raison d'hospitalisation et se positionne à la septième place parmi les facteurs réduisant l'espérance de vie à l'échelle mondiale. Malgré son impact considérable sur la santé publique, les effets néfastes de l'alcool demeurent paradoxalement méconnus et peu médiatisés (Inserm, 2021). Selon le Référentiel de Psychiatrie et Addictologie (2021), la consommation peut avoir des répercussions étendues sur divers aspects de la vie des individus, engendrant des conséquences sociales telles que l'isolement, la marginalisation, le repli sur soi, et la perte d'emploi. Ainsi, l'équilibre occupationnel (EO) de la personne est altéré. Le concept d'EO défini par Reed et Sanderson en 1999, cité par Meyer (2013, p.18), repose sur la « capacité de gérer ses occupations de manière personnelle [...] et de répondre aux exigences de ses rôles [...]». Chaque individu possède un schéma d'équilibre qui lui est propre et qui favorise la santé ». D'après Backman (2004), ce concept, abstrait et évolutif, vise à comprendre comment les individus allouent leur temps et organisent leurs occupations. Par conséquent, un « état de déséquilibre est associé à des problèmes de santé, tandis qu'un degré satisfaisant d'équilibre occupationnel a des effets bénéfiques sur la santé » (Backman, 2004, p. 209). En conséquence, une consommation quotidienne d'alcool pourrait perturber l'équilibre occupationnel, engendrant ainsi des répercussions médicales à court et long terme. Dans le cadre de la prise en charge, il devient donc essentiel d'explorer la distribution des activités et d'évaluer la satisfaction liée à cette organisation. Cela permettra à l'ergothérapeute de mieux collaborer avec le patient et d'identifier des moyens de restaurer son équilibre occupationnel.

La question de départ de ce mémoire était donc la suivante : **comment l'ergothérapeute peut-il accompagner des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool pour (re)trouver un équilibre occupationnel ?**

Face à l'addiction, qui est une problématique complexe, il est essentiel de prendre en considération à la fois l'individu et son environnement, qui impacte ses occupations. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), élaboré par l'ergothérapeute Gary Kielhofner en 1985, sera utilisé tout au long de ce mémoire.

D'après Kielhofner, cité par Morel-Bracq (2017), toute intervention de l'ergothérapeute induit une modification de la structure occupationnelle existante. L'ergothérapeute doit trouver un moyen d'intervenir afin que la personne retrouve un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne. Pour cela, l'ergothérapeute doit favoriser la participation dans des occupations qui ont du sens pour elle, socialement et d'un point de vue personnel.

L'ENOTHE définit l'engagement occupationnel comme le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p.15). Claire Pignard, ergothérapeute en addictologie et Éric Peyron, psychiatre addictologue, rapportent que, chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, l'engagement occupationnel est perturbé car « la participation occupationnelle est déséquilibrée par la recherche, la consommation de produit ou de la gestion des conséquences de ces consommations » (2022, p.63).

Ma question de recherche est donc la suivante : **comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel des personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool afin qu'elles (re)trouvent un équilibre occupationnel satisfaisant ?**

Dans une première partie conceptuelle sera développé l'addiction à l'alcool, ses répercussions sur la vie des patients ainsi que les modalités de prise en soin. Dans cette partie, seront également abordés : le rôle de l'ergothérapeute, le MOH, ainsi que les notions d'engagement/participation occupationnel et d'équilibre occupationnel. Cette première partie aboutira à la formulation d'une hypothèse de recherche. Dans une deuxième partie, le terrain d'étude sera présenté ainsi que la méthodologie d'enquête employée. La présentation des résultats et leur analyse seront effectuées par la suite. Enfin, l'hypothèse émise à la fin du cadre conceptuel sera validée ou invalidée en s'appuyant sur une discussion établissant des liens entre les résultats obtenus et le cadre conceptuel.

Cadre conceptuel

I. Le trouble de l'usage de l'alcool : une addiction

A. Panorama sur l'alcool : données de la Haute Autorité de Santé

1. Consommation d'alcool en France : chiffres clés

En France, d'après le rapport de 2022 de la Haute Autorité de Santé (HAS), l'alcool demeure la substance psychoactive la plus largement utilisée devant l'héroïne et le crack ou la cocaïne. Cette prévalence s'explique en grande partie par l'ancrage de la consommation d'alcool dans les pratiques culturelles françaises, avec une moyenne annuelle de 11,7 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus en 2017. L'alcool est « recherché pour ses effets euphorisant mais aussi désinhibant, mais aussi simplement par habitude, tradition est de convivialité » (p.1). Ils existent plusieurs modalités d'usage de l'alcool, « le *binge drinking* festif, l'usage quotidien, les rites d'initiation des plus jeunes, tradition régionale, culturelle ou professionnelle » (HAS, 2023, p.1). Les données du baromètre de Santé publique de 2017 révèlent, à partir d'une enquête menée auprès des 18-75 ans, que 87% des personnes interrogées ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année. De plus, 10% d'entre elles étaient des consommateurs quotidiens et 5% consommaient au moins 6 verres lors d'un événement chaque semaine.

Ainsi, Santé Publique France a publié en 2017 les nouvelles recommandations en matière de consommation d'alcool en France :

- Limiter sa consommation à un maximum de dix verres standards par semaine.
- Ne pas dépasser deux verres standards par jour.
- Prévoir des jours sans consommation au cours de la semaine.

2. L'alcool : des risques à court terme et à long terme

D'après les données de la HAS (2019), la consommation d'alcool comporte des risques tant à court qu'à long terme. À court terme, un excès d'alcool peut avoir un impact immédiat sur la vie quotidienne des individus, pouvant entraîner une perte de contrôle susceptible de provoquer des accidents traumatiques, des agressions, des situations de rapports sexuels non consentis ou même un coma éthylique. Sur le long terme, l'alcool peut engendrer des conséquences d'ordre social telles que la perte d'emploi, des difficultés relationnelles et des ruptures affectives. La consommation de cette substance psychoactive expose à des risques pouvant entraîner des dommages somatiques (par exemple, des accidents ou des blessures), psychiques (tels que des

troubles dépressifs, anxieux, voire des idées suicidaires), sociaux (comme l'isolement ou la stigmatisation) et économiques (perte d'emploi et de logement).

Selon les données de Santé Publique France (2023), en 2015 la consommation d'alcool est directement associée à plus de 60 maladies, dont notamment les cancers. En France, l'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable, avec 41 000 décès enregistrés en 2015. Cette mortalité est plus prépondérante chez les hommes, avec 30 000 décès, contre 11 000 décès chez les femmes. Parmi ces chiffres, on compte 16 000 décès attribués à des cancers, 9 900 décès liés à des maladies cardiovasculaires, 6 800 décès imputés à des problèmes digestifs, 5 400 décès dus à des événements externes comme des accidents ou des suicides, et plus de 3 000 décès résultant d'autres pathologies, notamment des troubles mentaux ou des comportements problématiques, entre autres. La consommation d'alcool est aussi responsable de troubles cognitifs entraînant des difficultés dans la vie quotidienne.

Même sans un suivi spécifique lié au trouble de l'usage de l'alcool, l'ergothérapeute peut ainsi être confronté à la question de la consommation de l'alcool dans divers contextes tels que la cancérologie, la neurologie, la psychiatrie, la gériatrie ... Cette problématique de l'addiction est donc complexe et touche de nombreux domaines. Il semble donc important que les ergothérapeutes soient formés pour accompagner au mieux les usagers dans leurs problématiques occupationnelles posées par cette addiction.

3. Définition et répercussions de l'addiction

Le mot addiction est un mot d'origine latine qui a un double sens : esclavage pour dette ou contrainte par corps (McDougall, 2004). L'addiction, ou trouble addictif est « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (Goodman, 1990, p. 1404). Des ergothérapeutes, à travers une analyse d'articles, ont défini la « consommation d'alcool et de drogues comme s'inscrivant dans un continuum d'habitudes et de routines quotidiennes, allant de l'absence d'habitudes à un ensemble de comportements habituels totalement ancrés » (Stoffel et Moyers, 2004 p.571).

Il y a deux catégories d'addictions : d'une part, l'addiction à une substance (ou trouble addictif à une substance), qui se manifeste par la consommation de substances psychoactives telles que l'alcool, les médicaments, le tabac, etc. D'autre part, il existe les addictions comportementales, également appelées addictions sans substance, qui incluent les dépendances aux jeux de hasard

et d'argent, aux jeux vidéo, ainsi que les comportements sexuels compulsifs, entre autres. (Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, 2021).

Selon le Référentiel de Psychiatrie et Addictologie (2021), une addiction à une substance peut provoquer plusieurs types de symptômes, que l'on peut classer en **quatre domaines** :

- Les **symptômes comportementaux** : l'addiction envahit progressivement la vie de la personne. Petit à petit tous les aspects de sa vie sont touchés. Ce qui était initialement une habitude sociale liée à la consommation d'alcool se transforme en un trouble addictif. Le sentiment de perte de contrôle s'intensifie, et les épisodes de *craving* se font de plus en plus fréquents. Le *craving* étant le « désir conscient et intense de consommer une substance » (Alcoologie et Addictologie, p.70). La personne se retrouve alors dans l'incapacité de mettre un terme à cette dépendance.
- Les **répercussions sociales** : telles que l'isolement, la marginalisation, le repli sur soi, la perte d'emploi, les séparations ...
- Les **répercussions médicales** : selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm, 2021), le trouble de l'usage de l'alcool a des conséquences sur tous les organes, le système cardiovasculaire, le système nerveux central avec des troubles neurocognitifs importants. Ces troubles neurocognitifs concerneraient au moins la moitié des patients avec l'atteinte des fonctions exécutives, la mémoire épisodique, les capacités visuo-constructives et la cognition sociale. Dans certains cas, cela peut entraîner le développement d'un syndrome de Korsakoff, caractérisé par des troubles cognitifs sévères, notamment des troubles mnésiques.
- Les **symptômes pharmacologiques** : avec le temps, ce comportement chronique peut induire une adaptation progressive au niveau cérébral. L'apparition d'un processus de tolérance survient et peut nécessiter d'augmenter la fréquence des doses ou la dose elle-même pour ressentir la même sensation. De ce fait, un arrêt de l'addiction à l'alcool demande un processus de sevrage.

L'ensemble de ces symptômes témoignent de l'impact majeur d'une addiction à une substance dans la vie d'une personne. Les répercussions sont importantes, affectant à la fois la personne elle-même, sa capacité à s'engager et à participer à des activités, ainsi que son environnement social et physique. De plus, Pignard et Peyron (2022), soulignent que les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool ont souvent une capacité limitée à établir des liens et à échanger. Leur aptitude à se remettre en question et à identifier leurs forces et faiblesses est souvent

biaisée par une image de soi altérée par la maladie. Dans ce contexte, le sentiment de honte peut jouer un rôle crucial, exacerbant les conséquences déjà lourdes de l'addiction.

D'après Roche (2017), la perception de la dépendance à l'alcool est souvent assimilée à des jugements négatifs. Bien qu'elle soit désormais reconnue comme une maladie, la stigmatisation persiste, blâmant les individus pour leurs difficultés et leur manque de volonté à s'en sortir. Cette stigmatisation engendre des sentiments de honte et d'inutilité chez les personnes. Ainsi, certaines personnes cachent leur consommation d'alcool aux autres et mettent en place des stratégies pour dissimuler leurs habitudes de consommation. Ce thème de la honte liée à la dépendance à l'alcool est illustré de manière poignante dans le livre *Le Petit Prince* écrit par l'auteur Antoine de Saint-Exupéry en 1943. Dans cette histoire, le Petit Prince rencontre un buveur, seul habitant de sa planète. Interrogé sur les raisons de sa consommation, le buveur avoue qu'il boit. Touché par cette confession, le Petit Prince cherche à comprendre : « Honte de quoi ? », demande-t-il. Le buveur répond alors, résigné : « Honte de boire », avant de se cloîtrer dans le silence. Cet extrait souligne l'importance pour l'ergothérapeute d'adopter une attitude ouverte et sans jugement envers les personnes souffrant d'un trouble d'usage de l'alcool, afin qu'elles puissent se sentir à l'aise de demander de l'aide.

4. Définition du trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM 5

Selon les recommandations de bonne pratique de la Société Française d'Alcoologie, actualisées en juin 2023, les troubles dus à l'usage de l'alcool sont déterminés par la présence de symptômes, et non par la quantité d'alcool consommée. Bien que différentes classifications existent avec des terminologies différentes, elles se confondent souvent sur le terrain en raison de leur similitude. Le DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental V*, 2013) est utilisé dans le cadre de ce mémoire, et utilise le terme de trouble de l'usage de l'alcool. Selon le DSM 5, une personne est considérée comme présentant un trouble de l'usage de l'alcool si elle a un « mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois » (DSM-5, p. 643) :

1. « L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool
 - L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Il existe 3 degrés de sévérité, définis selon le nombre de symptômes présents :

- Léger : présence de 2-3 symptômes
- Moyen : présence de 4-5 symptômes
- Grave : présence de six symptômes ou plus » (DSM-5, p. 643)

5. L'alcool : une dépendance qui résulte de trois facteurs

Selon le document du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction Générale de la Santé (2002), la consommation d'une substance psychoactive telle que l'alcool ne découle pas d'une cause unique, mais résulte de l'interaction de trois facteurs : « les facteurs de risques liés au

produit (P), les facteurs individuels (de vulnérabilité et de résistance) (I) et les facteurs de risques environnementaux (E) » (Usages nocif de substances psychoaffectives, p. 28).

Les facteurs de risques liés au produit (cannabis, cocaïne, alcool ...) : la dépendance dépend du statut social du produit, de l'intensité de son interaction avec les neurotransmetteurs et de sa fréquence d'utilisation (Inserm, 2020).

Les facteurs individuels : selon l'Inserm (2020) , on retrouve divers facteurs tels que l'âge, le sexe, la maturité cérébrale, la personnalité et l'humeur. En effet, l'initiation précoce à l'alcool, le sexe masculin, l'anxiété, un caractère introverti ou la recherche de sensations fortes sont des facteurs qui prédisposent à un trouble de l'usage de l'alcool . Au niveau neurobiologique, les variations dans l'activité des neurotransmetteurs jouent également un rôle. Les variations génétiques expliquent la diversité des réponses aux drogues, favorisant l'émergence de l'addiction. Par ailleurs, la tolérance spontanée élevée à une substance, avec des effets positifs et modérés, incite à la persistance de la consommation.

Les facteurs de risques environnementaux : il existe différents facteurs tels que le contexte familial avec la consommation du produit dans l'entourage, le climat familial, mais aussi des facteurs sociaux-culturels (situation de précarité, traditions, exposition de l'alcool dans la société) et amicaux qui jouent un rôle crucial, ainsi que la présence d'un environnement stressant (Inserm, 2020).

Du fait de la multiplicité des facteurs qui engendrent un trouble d'usage de l'alcool, il est important de questionner le contexte dans lequel a lieu la consommation d'alcool pour accompagner les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool. Le pourquoi de la consommation et le rôle du contexte sont d'ailleurs bien soulignés par la HAS (2023) dans ses recommandations.

6. Alcool et comorbidités

Selon le DSM 5 (2013), il existe une comorbidité entre le trouble de l'usage de l'alcool et d'autres troubles psychiatriques. En effet, selon le Référentiel de Psychiatrie et Addictologie (2021), 20% à 30 % des patients souffrant de schizophrénie présentent un trouble de l'usage de l'alcool et jusqu'à 40% chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire. « Ces troubles psychiatriques peuvent être primaires ou secondaires aux mesurages apparaissant du fait de la consommation aiguë ou chronique. » (Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, p.339). Pour

savoir si ces troubles sont primaires ou secondaires, il est nécessaire de faire une anamnèse et de réduire la consommation d'alcool de la personne afin de comprendre la chronologie.

Selon le rapport émis en 2023 par Société Française d'Alcoologie (SFA), plus d'une personne sur trois qui a un trouble de l'usage de l'alcool présente ou va présenter un trouble psychiatrique. Les symptômes psychiatriques le plus souvent développés sont la dépression, le trouble anxieux et un risque suicidaire accru. Un mésusage de l'alcool aggrave les symptômes de la maladie psychiatrique. Un arrêt de la consommation pendant au moins 2 semaines peut permettre d'éliminer la responsabilité de la consommation d'alcool dans l'expression des symptômes psychiatriques. Dans ces situations, l'ergothérapeute devra ajuster son approche pour prendre en soin le patient souffrant de troubles psychiatriques et de trouble de l'usage de l'alcool.

Ce mémoire se centrera sur le rôle que peut jouer l'ergothérapeute au près des patients ayant un trouble d'usage de l'alcool sans troubles psychiatriques associés, même si le trouble d'usage de l'alcool est souvent associé à des comorbidités.

B. La prise en soins du trouble de l'usage de l'alcool

1. Réduction de la consommation ou abstinence ?

Selon la mission intermédiaire des luttes contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, 2023), la politique de Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) a émergé dans les années 90 en réponse aux problématiques de toxicomanie et de VIH/SIDA. Cette politique a aidé à changer la perception des personnes souffrant d'addiction : elles ne sont plus seulement vues comme des individus suicidaires, mais plutôt comme des personnes ayant des fragilités mais capable d'agir pour sa propre santé. Ainsi, la RDRD est une politique qui consiste à réduire les risques sanitaires, psychologiques et sociaux. En suivant la philosophie de la RDRD, l'objectif n'est pas l'arrêt total de l'alcool, mais de tendre vers une consommation d'alcool modérée, afin d'éviter les situations à risque dans la sphère sociale et professionnelle. Ainsi un accompagnement adapté et validé est important afin que la personne retrouve une confiance en elle et en ses capacités. Cette réassurance passe par le fait de cibler des objectifs réalisables.

Ainsi, l'objectif des thérapeutes n'est pas de convaincre le patient d'arrêter sa consommation mais d'avoir une consommation contrôlée. C'est pourquoi « les programmes de réduction des

risques doivent prendre les individus « là où ils en sont » afin de les aider à : comprendre les risques associés à leurs comportements ; fixer eux-mêmes leurs objectifs de soin ; et, au lieu d'un objectif exclusif d'abstinence, minimiser les risques personnels et sociaux associés à leur dépendance ; fournir une alternative à la tolérance zéro prenant en compte les besoins de l'individu ; faciliter un accès aux soins malgré le maintien d'une consommation d'alcool. » (Michel et al., 2012, p.188).

2. Les structures dédiées à la prise en soins

Selon la MILDECA (2023), le système de soins est organisé afin d'offrir une gamme diversifiée de dispositifs visant à répondre de manière optimale aux besoins de la personne. Cette prise en charge globale tient compte des dimensions psychologiques, sociales, éducatives et médicales de la personne. Le système de soins se divise en trois secteurs distincts : **le secteur médico-social spécialisé en addictologie**, **le secteur libéral** et **le secteur hospitalier**.

Le secteur médico-social, on retrouve notamment les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** qui proposent l'opportunité de discuter avec un professionnel des problématiques rencontrées et de proposer un accompagnement en vue de l'arrêt ou de la réduction de la consommation. Les équipes sont composées de divers professionnels, travaillant en collaboration. Elles ont également pour mission d'assurer la prévention, l'évaluation et l'orientation du patient ou de sa famille. La plupart des CSAPA reçoivent les usagers en consultation ambulatoire. Il existe également **les consultations jeunes consommateurs (CJC)**, qui sont des consultations à destination des jeunes et de leur entourage.

Le secteur libéral joue un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes vivant avec des addictions. Il comprend des professionnels tels que les médecins généralistes, qui peuvent collaborer avec d'autres structures telles que les CSAPA. On trouve également des psychiatres, des psychologues, des addictologues exerçant en libéral, ainsi que des pharmaciens et des microstructures médicales spécialisées dans l'addictologie. Ces équipes de professionnels de la santé pluridisciplinaires sont implantées au sein des cabinets de médecins généralistes. Chaque semaine, ces professionnels spécialisés dans l'addictologie reçoivent des personnes faisant face à des problèmes liés à l'addiction.

Enfin, le secteur hospitalier est un acteur important dans la prise en soin de l'addictologie. La circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 décrit les 3 niveaux de prise en charge selon la gravité du trouble :

Niveau 1, le niveau de proximité : ce niveau a pour but d'assurer un suivi précoce et d'accompagner les sevrages simples. On retrouve des **consultations hospitalières en addictologie** et les **Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)**. Ces équipes mènent des actions de sensibilisation, de prévention primaire et secondaire auprès des professionnels de santé et dans les services d'hospitalisation.

Niveau 2, niveau de recours : ce niveau englobe les structures d'addictologie en charge aiguë. On retrouve les **hospitalisations de jour en addictologie** et les **hospitalisations complète en addictologie** qui « assurent une prise en charge, en urgence ou programmée, pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou des comorbidités somatiques /psychiatriques » (MILDECA, 2023, p 3). Enfin, pour les patients les plus complexes présentant des troubles somatiques, neuropsychiatriques et cognitifs, une hospitalisation complète pour sevrage et des soins résidentiels complexes seront mis en œuvre, par exemple dans des **Soins de Suite et de Réadaptation addictologique en addictologie (SSRA)**. Un travail important est réalisé sur les troubles cognitifs en vue d'une réadaptation. Dans tous ces dispositifs de niveau 2, on retrouve des équipes pluridisciplinaires spécialisées en addictologie, avec la présence d'ergothérapeutes.

Niveau 3, **Centre d'addictologie Universitaire Régional** : ces centres disposent des mêmes moyens que les structures de niveau 2, mais assurent en plus de la formation, de l'enseignement et de la recherche.

3. Les associations de soutien par les pairs

Selon Alcool-Info (2023), en complément du système de soins spécialisés, de nombreuses associations d'entraide, se basent sur le principe de « pair-aidance ». En France, les principales associations d'entraide incluent les Alcooliques Anonymes, la Croix-Bleue, Alcool Assistance et Vie Libre. Généralement, ces organisations proposent des activités de groupe favorisant les échanges. L'idée est de rassembler des individus ayant vécu ou traversé des étapes similaires. Ensemble, ils se soutiennent mutuellement dans leur démarche d'arrêt de la consommation d'alcool et de prévention des rechutes. Chaque association possède ses propres principes, valeurs, approches et outils visant à guider le patient vers le rétablissement. Les groupes de parole entre pairs se révèlent être des ressources précieuses pour les patients, offrant un soutien social crucial et des occasions d'échanger des expériences. Ils peuvent constituer un complément important pour la récupération et la prévention des rechutes en dehors du système de soins traditionnel, notamment après le départ de l'hôpital.

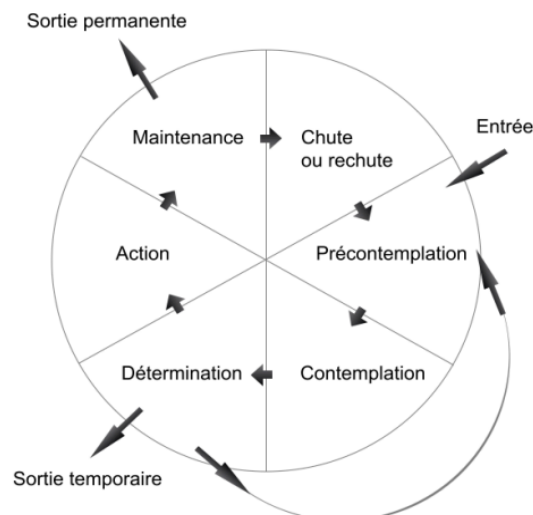
4. Une prise en charge globale

Selon le Référentiel de Psychiatrie et Addictologie (2021), « la prise en charge addictologique doit aborder l'ensemble des dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Il faut prendre en compte en charge les comorbidités psychiatriques, les autres addictions, les répercussions médicales et les répercussions sociales, au mieux par des équipes pluridisciplinaires » (p. 344). Cette vision correspond bien à l'approche holistique développée en ergothérapie avec la prise en compte de la personne dans tout son environnement et ses occupations. Par ailleurs, « le patient doit être informé de l'existence des associations d'entraide et d'auto-support et du bénéfice d'associer ce support à la prise en charge » (p. 344). Selon les recommandations de la SFA (2023), l'objectif principal des thérapeutes est d'accompagner vers le changement de la consommation. La personne vivant avec un problème de dépendance doit passer par un processus avec différents stades afin de changer ses habitudes de vie et son comportement comme l'indiquent Prochaska et DiClemente en 1970.

C. Le modèle transthéorique : un modèle pour identifier les différents stades de changement

Les stades de changement ont été conceptualisés par deux psychologues, Prochaska et DiClemente, qui ont développé, en 1970, le modèle transthéorique (MTT). Selon cette théorie, la personne vivant avec un problème de dépendance doit traverser par un processus comprenant différents stades pour changer ses habitudes de vie et son comportement.

Figure 1: Schéma du modèle transthéorique du changement, Sorbonne Université
Département de médecine générale



Ce processus est donc progressif. Dans leurs travaux initiaux sur les personnes fumeuses (Prochaska, DiClemente, 1983), puis dans leurs recherches ultérieures (Prochaska et al., 1992), les auteurs ont décrit cinq stades, à savoir : 1) la précontemplation, 2) la contemplation, 3) la préparation, 4) l'action et 5) le maintien. Pour chaque étapes l'ergothérapeute doit ajuster son attitude suivant les recommandations de la HAS (2014).

1. La précontemplation

La pré-intention ou précontemplation : marque l'entrée dans le processus de motivation au changement Pendant cette phase, la personne se trouve souvent dans un état de déni et adopte une posture défensive. Elle ne montre aucune intention de modifier son comportement ou ses habitudes de vie au cours des six prochains mois. Selon Benyamina (2016), cette attitude peut résulter soit d'une méconnaissance des risques encourus, soit d'une perte de confiance en sa capacité à entreprendre des changements. Selon la HAS (2014), à cette étape, l'ergothérapeute doit faire preuve de bienveillance et d'empathie. Son rôle est d'aider le patient à identifier les circonstances et le contexte favorisant sa consommation, tout en comprenant sans juger les représentations que le patient a vis-à-vis de sa consommation d'alcool.

2. La contemplation

L'intention ou la contemplation : la personne reconnaît qu'elle adopte un comportement problématique, mais elle reste incertaine quant à son désir réel de changement. Beyamina (2016) ajoute que cette situation peut engendrer une certaine ambivalence, maintenant ainsi la personne dans ce stade pendant une période prolongée.

L'ergothérapeute, selon la HAS (2014), peut aider le patient à renforcer son sentiment de confiance et à explorer l'intérêt de celui-ci pour une réduction de sa consommation. Il peut également aider le patient dans l'identification des avantages potentiels d'une diminution de sa consommation d'alcool. De plus, il peut aider le patient à identifier et à exprimer ses inquiétudes et ses réticences concernant l'idée d'arrêter de consommer de l'alcool.

3. La préparation

La détermination ou la préparation : la personne se sent capable de changer, elle planifie les moyens à mettre en place pour passer à l'action dans un futur proche.

L'ergothérapeute, selon la HAS (2014), peut aider le patient à élaborer un plan de changement en définissant des objectifs concrets et en identifiant des stratégies pour arrêter la consommation

d'alcool. De plus, il peut explorer le soutien disponible de l'entourage, qu'il soit familial, social ou professionnel.

4. L'action

L'action : la personne s'engage activement dans le changement de sa consommation et de ses habitudes de vie, visant à arrêter ou à réduire sa consommation de manière significative. Des ajustements concrets dans son style de vie deviennent observables. Il est essentiel de souligner que ce stade comporte un risque de rechute significatif. Les critères spécifiques au stade de l'action varient selon les troubles, et dans le contexte des comportements addictifs. Selon Csillik et Petot (2012), dans le cas d'un trouble de l'usage de l'alcool, l'élément clé est l'abstinence, c'est-à-dire l'arrêt total de la consommation. La personne est considérée être au stade de l'action tant que l'abstinence n'a pas été maintenue pendant une période minimale de six mois.

L'ergothérapeute, selon la HAS (2014), peut aider le patient à créer les conditions optimales pour réussir son projet, en se focalisant sur la gestion de sa dépendance comportementale et physique. Il peut aussi encourager le patient en reconnaissant et valorisant ses efforts, anticiper les difficultés et les rechutes, et collaborer avec lui pour trouver des solutions aux éventuels obstacles.

5. Le maintien

Le maintien : le stade de maintien commence après une abstinence de 6 mois. La personne fait preuve de vigilance pour ne pas rechuter.

Selon la HAS (2014), l'ergothérapeute peut encourager le patient à consolider son engagement et à prévenir les rechutes. Il est également crucial de comprendre les nouvelles difficultés qui peuvent surgir et de collaborer avec le patient pour élaborer des solutions aux défis potentiels.

6. La rechute

Ultérieurement, le modèle a été révisé et Prochaska et DiClemente y ont ajouté un stade d'achèvement (sortie permanente du processus de motivation au changement) « qu'atteignent les personnes qui ont accompli un changement de comportement durable et n'ont plus besoin de faire d'effort pour prévenir la rechute au comportement ancien » (Csillik et Petot, 2012, p. 333). Ils ont également introduit un stade de rechute, qui peut ramener l'individu à un stade antérieur (Csillik et Petot, 2012). La rechute sur le long terme est fréquente. Par conséquent, il est crucial que la personne en soit consciente et se prépare mentalement pour ne pas abandonner

sa tentative d'arrêt. Selon le HAS (2014), l'ergothérapeute peut aborder la situation de manière non dramatique, tout en évitant de la banaliser. Il peut aider le patient à comprendre les raisons de la rechute et à tirer des enseignements en identifiant les situations à risque, les comportements associés et les pensées associées. En outre, il peut soutenir le patient dans son réengagement dans le processus, en soulignant que plusieurs tentatives peuvent être nécessaires avant d'atteindre un sevrage définitif.

II. L'ergothérapie et le trouble de l'usage de l'alcool

A. Définition et objectifs du métier d'ergothérapeute

« L'ergothérapie a connu plusieurs définitions au cours de son histoire, chacune liée à l'évolution des modes de vie, des besoins de la clientèle (des patients), des pathologies, des techniques et des recherches » (Détraz et al., 2012, p.127). Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2023), le rôle de l'ergothérapeute est d'intervenir dans les domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux, en collaboration avec divers professionnels, pour aider les personnes confrontées à des difficultés dans l'accomplissement de leurs activités, qu'elles soient liées à un handicap avéré ou potentiel. L'ergothérapeute est un « spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace » (ANFE, 2023). En outre, selon le référentiel d'activités de l'arrêté du 5 juillet de 2010, relatif au diplôme d'état, « l'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie » (p. 170). De plus, il « facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence ». Ainsi, l'ergothérapeute peut jouer un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool et les aider dans le processus changement, en tenant en compte de leurs besoins spécifiques et en favorisant leur participation dans les occupations et de ce fait dans la société.

B. Les approches pour prendre en soin les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool

Différentes approches ont vu le jour pour aborder la problématique des addictions et leur prise en charge : approche psychodynamique, approche motivationnelle, approche cognitivo-comportementale, etc.

L'ergothérapeute peut ainsi accompagner les individus confrontés à un trouble de l'usage de l'alcool en utilisant diverses approches. En adoptant une **approche psychodynamique**, l'ergothérapeute peut accompagner les personnes, que ce soit en séance individuelle ou en groupe. Selon Vaur (1993), l'ergothérapeute peut écouter le patient et comprendre les motivations sous-jacentes à sa consommation d'alcool. Quelle est la fonction de l'alcool ? Est-ce une tentative de fuir la tristesse, les pensées sombres, les traumatismes ou de réduire l'anxiété ? Ainsi, de nombreuses personnes affectées par un trouble de l'usage de l'alcool attribuent à cette substance un rôle de « médicament ». Françoise Dolto soulignait que « l'addictif s'automédique pour tenter de tenir debout » (Vaur, 1993, p. 25). La prise de substances représente une forme d'automédication. Car de nombreuses personnes ayant un trouble d'usage de l'alcool peuvent avoir vécu des traumatismes (McDougall, 2004). Il est donc essentiel de comprendre les raisons et les circonstances qui poussent les individus à recourir à ce « médicament », malgré ses effets destructeurs. L'ergothérapeute Labeyrie (2009), souligne que la personne ayant un trouble de l'usage de l'alcool a des difficultés au niveau de la parole et l'élaboration psychique réduite : « Le malade alcoolique n'a pas appris à bien verbaliser, c'est un « handicapé de l'expression » qui utilise l'alcool comme lien, comme véhicule de la parole, la bouteille devenant objet fusionnel rassurant » (p.242). L'approche psychodynamique vise à remonter à l'origine du conflit en engageant un processus de symbolisation et de travail psychique. En effet, l'ergothérapeute peut « aider la personne à découvrir ou redécouvrir les causes inconscientes de son mal-être ou de sa pathologie. L'objectif complémentaire est d'aider la personne soit à régresser et parcourir d'une autre façon les étapes du développement qui n'ont pu être dépassées, soit à travailler sur une meilleure compréhension des phénomènes inconscients qui perturbent sa vie et ses relations aux autres » (Morel, 2017, p. 135), ce qui peut être le cas dans un traumatisme.

L'approche cognitivo-comportementale peut être complémentaire, elle a pour objet de changer les pensées, les sentiments afin de modifier un comportement qui limite les occupations. Son objectif ultime est la réinsertion sociale et la réadaptation (Morel-Bracq, 2017). Ainsi, pour les personnes confrontées à un trouble de l'usage de l'alcool, l'objectif est de

pouvoir « identifier les situations à risque et les déclencheurs pour apprendre des réponses alternatives et élaborer des stratégies permettant de gérer le « *craving* » » (Hammerstein et Morel, 2019, p. 464). Ainsi, Stoffel et Moyers (2004) soulignent le rôle des ergothérapeutes pour aider les patients à modifier leurs fausses croyances sur leur consommation d'alcool, à développer leur efficacité personnelle qui est pour rester sobres, à comparer l'interprétation des expériences de la vie quotidienne en tant qu'individu sobre avec les interprétations qui se produisent lors de la consommation d'alcool, et à mettre en place des alternatives aux substances pour faire face aux problèmes quotidiens. Dans cette visée, la HAS (2023) recommande de « travailler sur les effets recherchés en aidant la personne à identifier des alternatives possibles à l'alcool » (relaxation, activité physique, activités socialisantes, etc.) » (p.4).

Face à l'addiction, qui est une problématique complexe, l'ergothérapeute peut notamment s'appuyer sur un modèle conceptuel comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) pour avoir une vision holistique de la personne.

C. Modèle conceptuel : le Modèle de l'Occupation Humaine

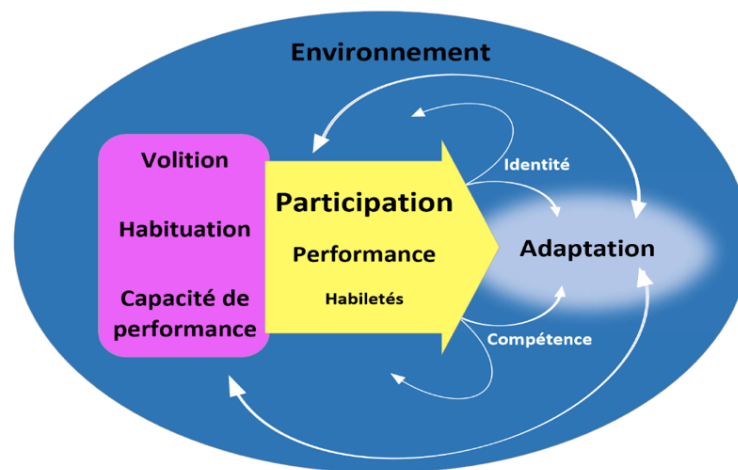
Dans sa pratique, l'ergothérapeute peut utiliser des outils pour le guider dans son cheminement, se questionner et établir des liens avec toutes les informations qu'il récupère. Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2009, p.141). Selon Morel-Bracq (2009), il existe des modèles conceptuels interprofessionnels et des modèles spécifiquement élaborés par des ergothérapeutes et destinés aux ergothérapeutes. Ces derniers fournissent un cadre d'intervention avec une structure théorique, un vocabulaire spécifique et des outils d'évaluation dédiés. Ils constituent ainsi un outil précieux pour structurer leur démarche et l'expliquer aux autres professionnels.

Parmi les modèles spécifiques aux ergothérapeutes, on retrouve le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) élaboré dans les années 80 par l'américain Gary Kielhofner, professeur et chercheur en ergothérapie. Ce modèle fondé sur des données probantes est centré sur l'occupation, sur la personne et l'engagement dans l'activité. Selon Kielhofner, l'Occupation Humaine est « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (repris par Morel-Bracq, 2017, p.74). Ainsi, on distingue trois catégories d'activités : **les activités productives** qui sont les activités rémunérées au non ayant pour objectif de fournir un service

ou créer des biens, des connaissances ; **les loisirs** qui sont les activités réalisées sur le temps libre pour le plaisir personnel ; et enfin, **les activités de la vie quotidienne** qui sont toutes les tâches de la vie courante nécessaires aux soins personnels (ex : se doucher, manger ...).

Selon Morel-Bracq (2017), le MOH est composé de trois grandes parties : l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être comprend trois sous-systèmes interdépendants qui représentent la personne qui est en lien avec l'environnement, influençant ainsi sa manière d'Agir. Ces sous-systèmes comprennent **la volition, l'habituat**ion et la **capacité de performance** :

Figure 2: Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française). Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024). Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).



La volition est définie comme « la motivation, la conscience de ses capacités, les valeurs personnelles qui contribuent au processus d'anticipation, de choix et d'interprétation de l'activité » (Morel-Bracq et al., 2012, p.118). Elle comprend donc les valeurs de la personne, ses centres d'intérêts, et la causalité personnelle.

L'habituat'ion, regroupant les habitudes et les rôles, représente l'organisation de comportements semi-automatiques que la personne adopte dans un environnement donné. Les rôles sont définis comme « l'incorporation d'un statut social et/ou personnel et d'un ensemble d'attitudes et de comportements en lien avec ce statut » (Morel-Bracq, 2017, p. 75).

Enfin, la capacité de performance englobe à la fois des éléments objectifs, tels que les capacités physiques et mentales du corps, et des éléments subjectifs, notamment l'expérience subjective du corps (stress, émotions, fatigue...). Tous ces éléments vont donc influencer la capacité de la personne à agir et à participer à des occupations, ce qui aura des conséquences sur le Devenir

de la personne. Il est important de souligner que la personne agit toujours dans un contexte environnemental précis qui peut influencer sa participation.

« Ce modèle s'appuie sur la notion d'identité occupationnelle de la personne et propose un travail sur la prise de conscience de ses capacités et ses projets. » (Launois, 2018, p.33) En effet selon Parkinson, Forsyth et Kielhofner (2017), « l'identité occupationnelle est la perception de la personne sur l'être occupationnel qu'elle est, et celui qu'elle souhaite devenir, à partir de sa participation occupationnelle. » (2017, p.27). Elle témoigne des expériences de vie accumulées, offrant à la fois une compréhension de notre être et du sens des orientations possibles et désirées pour notre avenir.

De plus, des auteurs, comme Ryan, Naughton, de Faoite, Dowd et Morrissey (2023), soulignent l'intérêt d'utiliser le MOH et soulignent le rôle de l'ergothérapeute pour traiter la perte de rôle, de volition et de routine afin de briser le cycle de la dépendance et prévenir les rechutes. Ceci vise à rompre le cercle de la dépendance et à prévenir les rechutes. Ainsi, l'individu entreprend un processus de transformation de son identité occupationnelle. Cela implique la construction d'une nouvelle identité sans alcool, ou du moins avec une réduction de sa consommation.

III. Répercussions sur l'équilibre occupationnel et l'engagement occupationnel

A. La consommation d'alcool : une occupation ?

L'occupation, un pilier fondamental de l'ergothérapie, est définie par Meyer au sein du groupe ENOTHE comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (Meyer, 2013, p. 16). De plus, Wicok (2006) explique que l'occupation va au-delà du simple acte de « faire », englobant également « être » et le « devenir ». En réalisant des occupations ; l'objectif de la personne n'est pas uniquement de satisfaire autrui, mais avant tout à se construire et à exister pour elle-même. À travers ses occupations, l'individu façonne continuellement son existence dans le monde influençant ses pensées, ses ressentis et ses engagements.

Bien que traditionnellement perçue comme positive, favorisant la santé et la productivité, l'occupation prend aujourd'hui une nuance plus complexe. Bien que la majeure partie de la littérature et des données probantes souligne les bienfaits des occupations sur la santé et le bien-être, ces dernières années, certains auteurs comme R. Twinley (2013) ont commencé à explorer les aspects sombres, les "*dark side*" des occupations. Ces travaux mettent en lumière des

situations où les occupations peuvent, à l'opposé, contribuer à la dégradation de la santé des individus. Une revue de littérature systématique, menée par Kiepek et Magalhaes en 2011, s'est penchée sur la question de savoir si les addictions peuvent être considérées comme une occupation. Les résultats ont démontré que les activités classées comme addictions répondent aux critères de l'occupation. En effet, elles apportent un sens à la vie, jouent un rôle déterminant dans la santé, le bien-être, structurent le comportement, évoluent au fil du temps et s'adaptent tout au long de la vie, interagissent avec les environnements. Elles présentent même un potentiel thérapeutique (réduction de l'anxiété par l'alcool, par exemple). Ainsi, cette perspective élargit notre compréhension des occupations. Plutôt que de se limiter à une vision exclusivement positive des occupations, il convient de prendre en compte le côté sombre des occupations, comme la consommation d'alcool et de comprendre l'importance de celles-ci dans la vie de la personne.

B. Équilibre occupationnel et déséquilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est un concept important qui sous-tend la profession de l'ergothérapie. En effet, Backman (2004), rappelle dans son article que les racines de ce concept remontent en 1922 avec le discours historique d'Adolf Meyer mettant en avant la nécessité de prendre en considération le rythme de la vie quotidienne et une participation équilibrée entre le travail, les loisirs, la détente et le sommeil. Reed et Sanderson (1999) renforcent cette idée en rajoutant qu'il s'agit de gérer notre vie de façon satisfaisante. Chaque personne possède son schéma d'équilibre selon son parcours de vie et ses rôles, qu'ils soient familiaux, sociaux ou professionnels. Ainsi, selon Backman (2004), l'équilibre est souvent associé à la notion de bien-être et d'une qualité de vie.

Malgré l'importance de ce concept, il n'existe pas de consensus pour définir l'équilibre occupationnel. Cependant, une analyse de 43 articles académiques publiés depuis 1997 sur le concept d'équilibre occupationnel a conduit Wagman et al. (2012) à définir l'équilibre occupationnel comme la « perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations » (p. 322). De plus, ces auteurs ont défini trois dimensions à l'équilibre occupationnel : « l'équilibre associé aux différents domaines occupationnels, aux caractéristiques des différentes occupations et au temps consacré aux différentes occupations » (p. 322). L'équilibre occupationnel est en relation avec les différents domaines des occupations : soins personnels, productivité et loisirs. Rousset (2023) souligne

que l'équilibre occupationnel n'est pas une donnée fixe, c'est un processus dynamique, qui varie et fluctue dans le temps. Il est propre à chaque personne et subjectif. Cet équilibre est impacté par plusieurs éléments : (i) par l'environnement de la personne (physique, humain, institutionnel et culturel), (ii) les capacités de la personne au niveau cognitives, physiques et affectives, ainsi que (iii) les croyances de la personne (Rousset, 2023). Il en découle que des éléments intrinsèques et éléments extrinsèques peuvent conduire à un déséquilibre occupationnel. Dans le livre de Meyer (2013), le comité ENOTHE s'appuie toujours sur la définition du déséquilibre occupationnel comme « l'incapacité à gérer ses occupations d'une manière qui soit satisfaisante sur le plan personnel et qui réponde aux exigences du rôle, ce qui compromet la santé et la qualité de vie. » (Christiansen et Townsend 2004, p. 278, Reed et Sanderson, 1999, p.99).

D'après les auteurs Larivière et al. (2023), il existe peu d'outils validés en français pour évaluer l'équilibre occupationnel. On retrouve l'*Occupational Balance* et le *Questionnaire de l'équilibre occupationnel*. Selon Ryan, Naughton, de Faoite, Dowd, et Morrissey (2023), une addiction à l'alcool peut être à l'origine d'une perte d'un équilibre occupationnel. En effet, cette dépendance peut entraver la motivation et la capacité d'une personne à s'engager dans ses occupations quotidiennes, réduisant les relations sociales. Elle peut également perturber les valeurs personnelles de l'individu, devenant le principal moteur dont l'individu fait ses choix pour investir son temps.

Sureau (2012) ajoute qu'au début de l'arrêt de la substance, le patient peut également se retrouver dans une situation complexe pour trouver un équilibre occupationnel. En effet, le patient qui décide de mettre fin ou de réduire sa consommation d'alcool, voit se réduire une occupation majeure qui absorbait une grande partie de son temps. Il se retrouve alors confronté à un vide, à une nouvelle activité : l'inactivité. Cette absence peut provoquer un état de manque, un sentiment d'angoisse important pour les patients.

Le MOH est justement un outil qui permet d'accompagner la notion d'équilibre occupationnel chez une personne ayant un trouble de l'usage de l'alcool. « En effet si l'on s'oriente vers une pratique comportementale, il s'agira de modifier un comportement qui limite une occupation ; si l'on se tourne vers une approche psychodynamique, il s'agira de trouver l'origine du déséquilibre occupationnel dans le vécu émotionnel de la personne afin de rétablir cet équilibre. » (Pignard et Peyron, 2022, p.68).

C. Participation et engagement occupationnel

D'après les résultats d'une étude réalisée en 2018 par Bertrand, Tétreault, Kühne et Meyer, les personnes souffrant d'un trouble lié à l'addiction sont considérées comme une population présentant un risque de désengagement occupationnel important. En effet, la « personne peu motivée, avec une atteinte de l'estime de soi, un sentiment de solitude sentiment d'inutilité, a davantage tendance à être désengagée » (p.105). Rappelons que l'engagement occupationnel, tel que défini par l'ENOTHE, se caractérise par le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p.15). La distinction entre la participation et l'engagement est soulignée par beaucoup d'auteurs, comme Morris et Cox (2017), qui affirment que « la participation consiste à prendre part à une occupation, c'est-à-dire à la réaliser, sans qu'un sens positif ou négatif lui soit attribué. L'engagement est un état atteint lorsque l'occupation prend un sens positif pour la personne » (cités par Bertrand, Tétreault, Kühne et Meyer, 2018, p.103).

Cependant, selon Sutton et al. (2012), le désengagement n'est pas toujours négatif. Il peut être intentionnel et permettre à la personne de s'investir dans d'autres occupations. Pour les personnes souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool, l'un des objectifs peut être donc d'accompagner le patient dans un processus de désengagement progressif de cette occupation afin de faciliter l'engagement dans d'autres activités.

Les auteurs Bertrand, Tétreault, Kühne et Meyer (2018) ont également souligné que les ergothérapeutes peuvent agir pour favoriser l'engagement occupationnel en intervenant sur la personne, les occupations, les activités et l'environnement. L'équilibre occupationnel doit être visé, avec la proposition d'activités significantes et une évaluation approfondie du contexte de l'engagement.

D. S'engager dans des activités significantes pour viser le changement d'habitude

« Accompagner une personne à changer, c'est soutenir son « engagement » dans la réalisation d'activités nouvelles » (Offenstein, 2016, p.250). En effet selon le MOH le processus de changement, demande de passer par trois étapes. La première étape du changement est **l'exploration** dans des activités « la personne essaie de nouvelles choses et découvre ainsi à connaître leurs propres capacités, préférences et valeurs » (Kielhofner, 2002, p.127). En faisant immerger des activités significantes, qui ont du sens pour la personne, l'ergothérapeute favorise

un processus de changement pour la personne ayant un trouble de l'usage de l'alcool. La personne peut rentrer ainsi dans la seconde étape du changement, **la compétence** : « les personnes s'efforcent d'organiser leurs performances en routines de comportement adaptées à leur environnement, elles s'immergent dans un processus de devenir, de croissance et d'acquisition d'un plus grand sentiment d'efficacité » (Kielhofner, 2002, p.127). Enfin la dernière étape, est **l'accomplissement** « est la phase du changement où les personnes ont acquis suffisamment d'habiletés et d'habitudes pour de s'acquitter de façon autonome de nouvelles tâches sur le plan du travail, des loisirs ou des activités de la vie courante » (Kielhofner, 2002, p.128). Ainsi, encourager l'engagement dans des activités nouvelles ou anciennes autres que l'alcool semble un moyen que l'ergothérapeute peut mettre en place. Conformément au référentiel d'activités de l'arrêté du 5 juillet 2010, « l'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie ».

Dans cette direction, M. Launois (2018) souligne que la mise en place d'activité significative favorise un changement dans les comportements extérieurs, mais aussi dans les rôles que la personne souhaite adopter. Cela permet ainsi de modifier « la manière de faire et d'être dans ses occupations » (p. 37).

Hypothèse de recherche

La littérature a mis en avant plusieurs éléments pouvant éclairer ma question de recherche : « comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel des personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool afin qu'elles (re)trouvent un équilibre occupationnel satisfaisant ? »

Selon la HAS (2022), le contrôle de la consommation d'alcool constitue donc un enjeu majeur de santé publique, étant la principale raison d'hospitalisation et se classant au septième rang des facteurs réduisant l'espérance de vie à l'échelle mondiale. Selon les critères du DSM-5, les patients diagnostiqués avec un trouble de l'usage de l'alcool rencontrent des répercussions au niveau de leur vie quotidienne. Les psychologues Prochaska et DiClemente (1970) ont montré qu'une personne vivant avec un problème de dépendance doit passer par un processus comportant différents stades pour changer ses habitudes de vie et son comportement. Lors du stade de l'action, la personne s'engage activement dans le changement de sa consommation et de ses habitudes de vie, visant à arrêter ou à réduire sa consommation de manière significative. L'ergothérapeute peut donc jouer un rôle important dans l'accompagnement de ce processus de changement en favorisant l'engagement du patient dans des activités significatives qui pourront devenir des solutions alternatives à l'alcool. L'équilibre occupationnel est une notion importante en ergothérapie et qui a une importance pour ce public.

Pour se faire, l'ergothérapeute peut guider sa pratique en s'appuyant sur le Modèle de l'Occupation Humaine. Comme le souligne Kielhofner (2002), l'ergothérapeute peut accompagner le patient dans les différentes étapes du changement, à savoir « l'exploration, la compétence et l'accomplissement ». Au cours de ce processus, le patient peut développer un sentiment d'efficacité et acquérir de nouvelles habiletés tout en découvrant ses forces et sur lequel il pourra s'appuyer tout le long de sa transition vers de nouvelles habitudes de consommation. Ces ressources sur lequel il pourra s'appuyer tout au long de ce changement d'habitude de consommation et ce qui contribuera à lui permettre de trouver un équilibre occupationnel satisfaisant. Ainsi, à la suite de l'élaboration du cadre conceptuel, une hypothèse se dégage de ma question de recherche :

Par l'exploration d'activités significatives comme solutions alternatives, l'ergothérapeute peut aider à réduire la consommation d'alcool chez le patient.

Méthodologie

I. Population concernée par l'enquête

Dans le cadre de cette étude, j'ai décidé d'interroger exclusivement des ergothérapeutes travaillant en France. Cette décision est motivée par mon intérêt pour la pratique des ergothérapeutes dans le pays où j'ai l'intention de travailler. De plus, les ergothérapeutes que j'ai choisi d'interviewer travaillent dans le domaine de la psychiatrie adulte et ont déjà accompagné des individus souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool au cours de leur parcours professionnel. Ces conditions ont permis d'apporter une diversité d'expériences enrichissante pour ce mémoire.

Les critères d'exclusion définis comprennent le retrait du consentement du participant et son refus d'autoriser la publication de ses déclarations dans le cadre de l'enquête.

II. Modalités de passation de l'outil

Pour les modalités de recrutement, j'ai élaboré une liste d'ergothérapeutes. Cette liste pouvait inclure des ergothérapeutes que j'avais rencontrés durant mes stages, des ergothérapeutes qui m'avaient été recommandées selon mes camarades afin de déterminer les personnes susceptibles de répondre aux critères d'inclusion. Par ailleurs, j'ai également identifié des contacts supplémentaires grâce au livret de stage de l'école qui est à la disposition des étudiants.

Selon Sifer-Rivière (2016), la prise de contact pouvait se faire par courriel, les ergothérapeutes étaient donc contactés par ce moyen pour leur présenter mon enquête et solliciter leur participation (Cf. annexe III). Mon objectif était d'interroger au moins quatre ergothérapeutes. En effet, l'entretien n'a pas pour finalité d'être représentatif, mais a pour but de comprendre une situation et les représentations de la personne interrogée (Morel-Bracq, 2016). Dans cette optique, j'ai contacté un total de vingt-deux ergothérapeutes, parmi lesquels neuf ont manifesté un intérêt pour le sujet. Finalement, j'ai pu réaliser six entretiens avec des ergothérapeutes dont j'avais obtenu les coordonnées grâce aux livrets de stage. Pour les trois autres, l'un avait arrêté sa pratique, un autre ne répondait pas aux critères, et le dernier n'a pas répondu à mes relances.

Les entretiens ont eu lieu en mars et avril 2024. J'avais initialement prévu de prioriser les entretiens en visioconférence ou en présentiel, mais en raison de la localisation des ergothérapeutes interrogés, ainsi que des conditions particulières de mon stage, je n'ai pu

réaliser mes entretiens que par téléphone. Ils ont été réalisés de manière individuelle et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le consentement de l'ergothérapeute a été obtenu avant tout enregistrement vocal. La durée des entretiens a été de 38 minutes en moyenne.

Avant tout entretien, le formulaire de consentement était transmis par mail et devait être retourné et signé (Cf. annexe I). Ce formulaire comportait l'objet de la recherche, l'anonymat des données, les modalités de passation, le traitement des données et le mode de stockage des données recueillies.

III. L'outil d'enquête

D'après Tétrault (2014), l'objectif de mon enquête était de recueillir des informations qualitatives pour pouvoir m'appuyer sur l'expérience et le vécu d'ergothérapeute. Bien que le focus group aurait été un outil d'enquête intéressant, pour des raisons de faisabilité et de temps, j'ai décidé d'opter pour l'entretien. En effet, l'entretien est un outil qualitatif qui offre une possibilité d'être directement en lien avec la personne. Il permet d'explorer les idées de la personne interviewée, sa perception et ainsi de tirer des éléments de réflexion riches pour faire avancer les connaissances sur un sujet.

Selon Tétrault (2014), il existe trois types d'entretiens : l'entretien structuré, l'entretien semi-structuré et l'entretien libre. J'ai opté pour la mise en place d'un entretien semi-structuré car celui-ci m'apparaissait le plus pertinent pour mon enquête. En effet, il offre une liberté de réponses de la part de l'interviewé, favorisant ainsi l'échange interactif. Marquet et al (2022), soulignent que selon le déroulement de l'entretien, l'intervieweur peut poser les questions au moment le plus propice pour stimuler la réflexion et favoriser la spontanéité. Par l'intermédiaire de différents entretiens semi-directifs, je souhaitais déterminer comment l'ergothérapeute ciblait les activités signifiantes du patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool, et ceci afin d'enclencher un processus de changement.

D'après Tétrault (2014), l'élaboration d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes, courtes et non suggestives doit être réfléchi (Cf. annexe II). J'ai donc élaboré un guide d'entretien composé de neuf questions. Ces questions étaient réparties selon quatre grands axes thématiques. Le premier thème comprend deux questions sur la présentation de la personne interviewée, avec pour objectif de mieux la connaître et de comprendre le contexte dans lequel elle a accompagné cette patientèle. Il vise également à explorer son expérience professionnelle,

le cadre d'exercice, le type d'hospitalisation, ainsi que toute formation complémentaire qu'elle aurait pu suivre. Tous ces éléments peuvent influencer comment l'ergothérapeute accompagne et travaille avec le patient. Le deuxième thème, qui comprend quatre questions, porte sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool et sur les modèles ou approches sur lesquels ils s'appuient. Les objectifs pour les patients et pour les thérapeutes peuvent différer selon l'approche adoptée. Le troisième thème aborde l'impact potentiel du trouble de l'usage de l'alcool sur l'équilibre occupationnel. Il comprend deux questions visant à approfondir cette problématique. Ces questions permettent de comprendre quel lien les ergothérapeutes établissent sur le terrain entre l'équilibre occupationnel et les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool, ainsi que les approches qu'ils utilisent pour travailler sur cette problématique par la suite. Enfin, le dernier thème concerne l'accompagnement vers le changement des habitudes des habitudes avec une question dédiée. Ce guide d'entretien a été préalablement testé avec une étudiante de dernière année en ergothérapie afin de vérifier la compréhension et la fluidité des questions pour les ajuster par la suite.

IV. Modalités d'analyse des données recueillies

L'objectif de l'analyse des résultats était de relever les éléments des entretiens qui pouvaient apporter des éléments pour répondre à ma question de recherche (Morel-Bracq, 2016).

Afin de mettre en lien les différents entretiens et mettre en évidence les éléments importants, une analyse catégorielle avait été mise en place. Cette analyse « se fonde sur l'hypothèse qu'une caractéristique est d'autant plus importante pour le locuteur qu'elle est fréquemment citée » (Marquet et al, 2022, p.261). Pour cela, une retranscription intégrale de l'entretien avait été effectuée afin « d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse » (Marquet et al, 2022, p.250).

Ainsi, Braun et Clarke (2006) expliquent dans leur article que l'analyse thématique passe par 6 étapes : la familiarisation avec les données, la génération des premiers codages, la recherche d'axes thématiques, une relecture après sélection des axes thématiques, la définition et la dénomination des intitulés thématiques, et enfin, la rédaction d'un rapport organisé.

Résultats et analyse de l'enquête

Suite à mon enquête, les 6 entretiens ont été retranscrits. Ensuite, les résultats ont été analysés et répartis selon les différentes thématiques dans des tableaux. Afin de garantir le respect de l'anonymat des ergothérapeutes, aucune information permettant leur identification, telle que leur lieu d'exercice, n'est mentionné. Pour les désigner et faciliter la lecture, l'utilisation des abréviations E1, E2, E3, E4, E5, et E6 sera appliquée pour désigner les ergothérapeutes 1, 2, 3, 4, 5, 6. Par rapport au lieu d'exercice, seulement 2 ergothérapeutes qui ont été interrogés travaillent dans le même hôpital, mais pas dans le même service. Tous les autres ergothérapeutes travaillent dans des structures différentes.

Tableau I : Profil des ergothérapeutes interrogés

	Sexe	Années d'expérience	Type/lieu(x) d'exercice	Formation en lien avec le Trouble de l'Usage de l'Alcool
E1	Homme	10 ans	Extra-hospitalier Intra-hospitalier Unité d'Addictologie spécifique - Post-cure	Oui, formation proposée par le pôle de formation de l'hôpital
E2	Femme	6 ans	Intra-hospitalier Psychiatrie générale	Non
E3	Homme	5 mois	Intra-hospitalier UCDP (Unité de Courte Durée Programmée)	Non
E4	Femme	14 ans	Intra-hospitalier Extrahospitalier	Non
E5	Femme	10 ans	Intra-hospitalier Service de psychiatrie adulte	Oui, formation proposée par l'hôpital pendant 3 jours sur l'addiction de façon générale et sur le tabac
E6	Femme	16 ans	Intra-hospitalier Unité d'addictologie « sevrage complexe » au sein d'un Centre d'Addictologie Universitaire Régional	DU en Espagne intitulé « Drogue et dépendance »

Profils des ergothérapeutes interrogés

Ce tableau présente les profils des ergothérapeutes interrogés dans le cadre de l'enquête de ce mémoire. Il ressort que la majorité des professionnels interrogés sont des femmes (4/6). L'ancienneté dans le métier est variable (de 5 mois à 16 ans). Les six ergothérapeutes exercent dans le domaine de la santé mentale et ont travaillé ou travaillent actuellement dans des structures intra-hospitalières où ils sont susceptibles de recevoir des patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool. Seulement deux ergothérapeutes (E1) et (E4) travaillent simultanément en intra-hospitalier et en extra-hospitalier avec des patients confrontés à cette problématique.

La moitié des ergothérapeutes (E1, E5, E6) ont suivi une formation en lien avec l'addiction. Tous mentionnent que l'addiction est une notion qui a été abordée durant leurs études d'ergothérapie. Malgré l'apprentissage de la notion d'addiction, il semble qu'il soit nécessaire de se former plus précisément à l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool et d'autres addictions.

Quatre axes thématiques ont émergé grâce à l'analyse catégorielle qui a été présentée en méthodologie :

- le premier axe thématique porte sur les profils des patients et leur équilibre occupationnel
- le deuxième axe porte sur la pratique des ergothérapeutes auprès des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool
- le troisième axe thématique porte sur les freins et difficultés rencontrés par les ergothérapeutes
- enfin, le quatrième axe présente les leviers de l'ergothérapeute pour accompagner le patient ayant un Trouble d'Usage de l'Alcool pour arriver à un changement d'habitude.

Le schéma ci-dessous synthétise les thèmes et sous thèmes qui vont être ensuite développés :

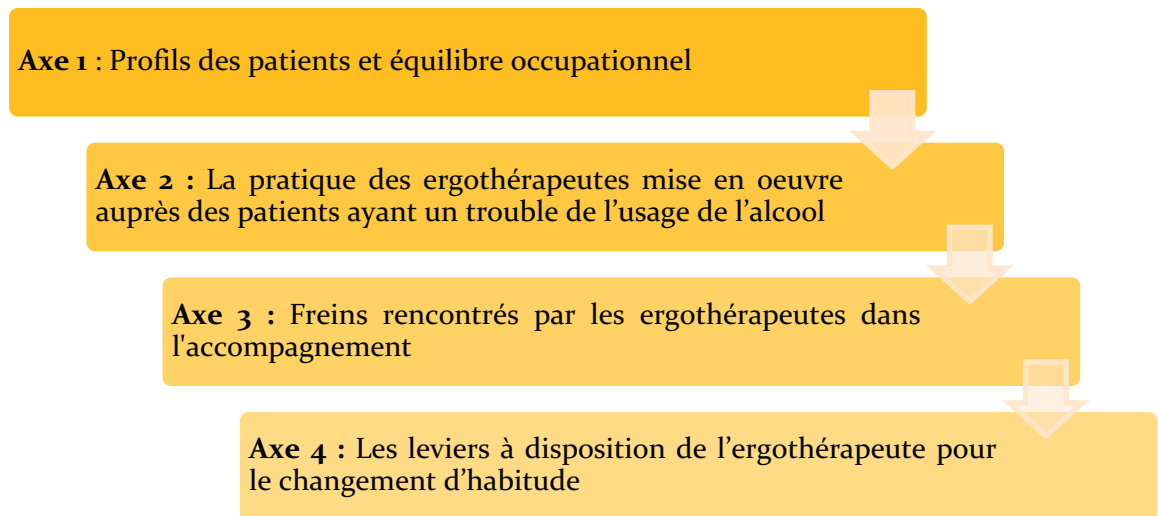
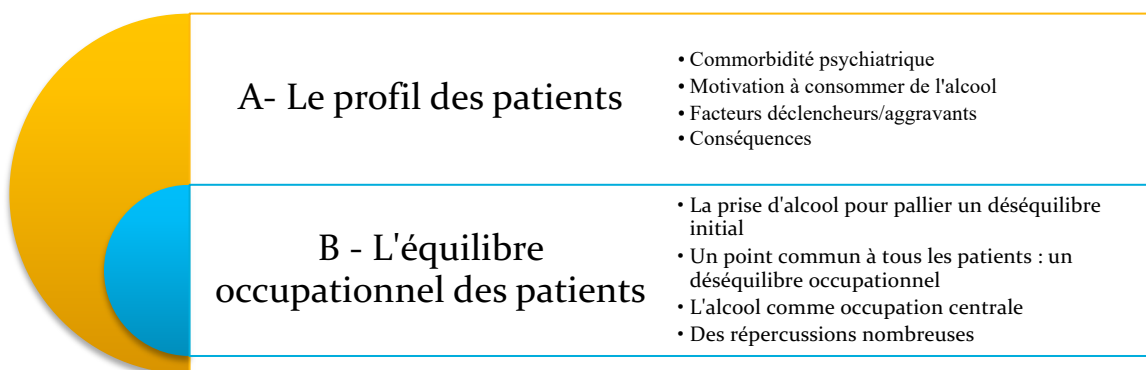


Figure 3 : Présentation des 4 axes thématiques

AXE THEMATIQUE 1 : Profils des patients et équilibre occupationnel



A - Le profil des patients

Quatre grandes notions ont émergé lors de l'analyse des entretiens : (i) la comorbidity psychiatrique associée à l'alcool, (ii) la motivation à consommer de l'alcool, (iii) les facteurs déclencheurs/aggravants de la consommation d'alcool et (iv) les conséquences de cette dernière. Les durées d'Hospitalisation à Temps Complet (HTC) et les modalités de soin sont également ressorties par rapport aux profils des patients (Cf : annexe VI).

Résultats (Cf : annexe VI)

L'ensemble des ergothérapeutes mentionne une comorbidité psychiatrique associée au trouble de l'usage de l'alcool (E1, E2, E3, E4, E5, E6) : « Il y a toujours un trouble psy associé à la consommation d'alcool, même si ce n'est pas forcément pour cela que les personnes consultent » (E4). Durant les entretiens, les ergothérapeutes ont mis en avant deux « catégories psychopathologiques », les « profils névrosés » avec des dépressions, troubles bipolaires (E1, E3, E4, E6) et les « profils psychotiques » avec la schizophrénie essentiellement (E2, E5). De plus, on retrouve souvent une « poly-addiction » (E3, E5, E6) auprès de ce public.

La motivation à la prise l'alcool répond, la plupart du temps, à un souhait d'« automédication » (E5) avec une visée « anxiolytique » (E5) ou de « désinhibition » (E2, E5, E1). Elle permet également de sentir son corps et ses limites et pour certains, par ce phénomène, « d'exister » (E1, E5). Elle correspond selon E1 à un besoin de « chercher très loin leurs limites », avec des conséquences importantes dans tous les aspects de leur vie : « rupture de couple », « licenciement », « retrait du permis de voiture », « hépatite sur un état aiguë ». E6 indique que « beaucoup de gens qui récidivent » ne « travaillent pas ou qui sont en invalidité ou en arrêt maladie depuis un moment ». Les « facteurs déclenchant / aggravant » la prise d'alcool sont essentiellement des facteurs de l'environnement familial ou professionnel et individuel (E3, E6).

Différentes modalités d'hospitalisation sont déployées : hospitalisation sous contrainte (3 ergothérapeutes sur 6), soins libres (6 ergothérapeutes sur 6) ou encore contrat de soins (1 ergothérapeute sur 6). Les durées d'hospitalisation sont variables et vont de 14 jours à plusieurs mois ; elles dépendent de l'objectif de l'hospitalisation et des comorbidités associées.

Analyse des résultats (Cf : annexe IV)

Malgré mon postulat initial de ne considérer que les patients ayant un trouble d'usage de l'alcool sans comorbidité, il s'avère que sur le terrain ces troubles sont étroitement liés. En effet, comme le montrent les résultats, il semblerait que la plupart du temps, les addictions sont liées à une fragilité psychique.

La motivation à la prise d'alcool, telle que décrite par les ergothérapeutes interviewés, correspond bien aux motivations décrites dans la littérature : principalement, un souhait

d'automédication afin d'atténuer un malaise ou un mal-être interne et ou un souhait de désinhibition permettant une socialisation plus facile.

La consommation d'alcool a des répercussions importantes sur la vie des patients, provoquant d'importantes problématiques occupationnelles au niveau de la personne et de la gestion de ses activités de la vie quotidienne et altérant les liens qu'elle peut avoir avec son environnement. Les activités impactées sont aussi bien les activités productives (travail) que les loisirs ou les activités de la vie quotidienne. Le contexte familial ou professionnel peut également contribuer à provoquer ou amplifier la consommation d'alcool.

Il existe plusieurs modalités de prise en charge du trouble d'usage de l'alcool : hospitalisation en soins libres ou hospitalisation sous contrainte. Ces deux modalités conduisent à une prise en charge différente car dans le cas d'une hospitalisation en soins libres, la personne vient volontairement (parfois sur les conseils de son entourage) vers le soin et est acteur de sa démarche. Ceci dénote d'une prise de conscience de la personne, qui n'est plus dans le stade 1 de précontemplation du modèle transthéorique, avec un déni de sa consommation et une posture défensive. Ceci est un facteur qui facilite le travail de l'ergothérapeute et la mise en place de l'alliance thérapeutique.

B - L'équilibre occupationnel des patients

Quatre sous-thèmes sont ressortis des entretiens auprès des ergothérapeutes : (i) la prise d'alcool pour pallier un déséquilibre initial, (ii) le déséquilibre occupationnel comme point commun à tous les patients, (iii) l'alcool comme occupation centrale et (iv) les répercussions nombreuses de l'alcool sur la vie des patients.

Résultats

Lors des entretiens, **la définition de l'équilibre occupationnel** a été demandée aux six ergothérapeutes. Cette démarche visait à garantir une compréhension uniforme du concept, afin de ne pas biaiser l'évaluation de l'équilibre occupationnel chez les patients souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool. E1, E4, E5 soulignent que, pour certains individus, l'alcool peut initialement être perçu comme un moyen de palier à « un déséquilibre initial ». Il peut y avoir « un déséquilibre entre ce que voudrait être la personne et ce qu'elle arrive à mettre en place. Et dans ce déséquilibre qui crée de la souffrance, le moyen de répondre à cette souffrance, de

calmer cette souffrance, c'est l'alcool » (E4). Certains ergothérapeutes (E1, E4) ont également observé que certains patients avaient l'impression d'atteindre un équilibre au début de leur consommation d'alcool dans la phase de « déni », car cela leur permettait de « **socialiser plus facilement** », « d'être très sociable », ce qui est « quelque chose d'important pour eux » (E5). Ainsi, « l'arrêt de la consommation d'alcool lors de l'hospitalisation peut faire chavirer complètement cet équilibre occupationnel que la personne pensait avoir trouvé » (E1).

Cependant tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que, à l'arrivée à l'hôpital, les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool présentent un « déséquilibre occupationnel ».

L'alcool finit par devenir **une occupation centrale dans la vie de la personne**, affectant toutes les sphères de ses activités quotidiennes avec l'abandon de la plupart des autres occupations (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Selon l'un d'eux, « c'est comme si c'était en problème de fond un petit peu de toutes leurs occupations quotidiennes » (E1).

Enfin, les **répercussions sur la vie du patient sont nombreuses**. En effet, ce déséquilibre occupationnel affecte la capacité « à réaliser les rôles importants pour elle, elle n'arrive plus à assumer des responsabilités, elle n'arrive plus à être en relation avec son environnement » (E4). La relation avec l'environnement peut donc être compliquée avec « parfois des accès de violence sur l'entourage ».

Enfin, ce déséquilibre se traduit aussi par **des impacts sur la santé**, notamment le développement de « maladies » et des plaintes telles que « la fatigue » et « les troubles du sommeil », rapportées par les patients.

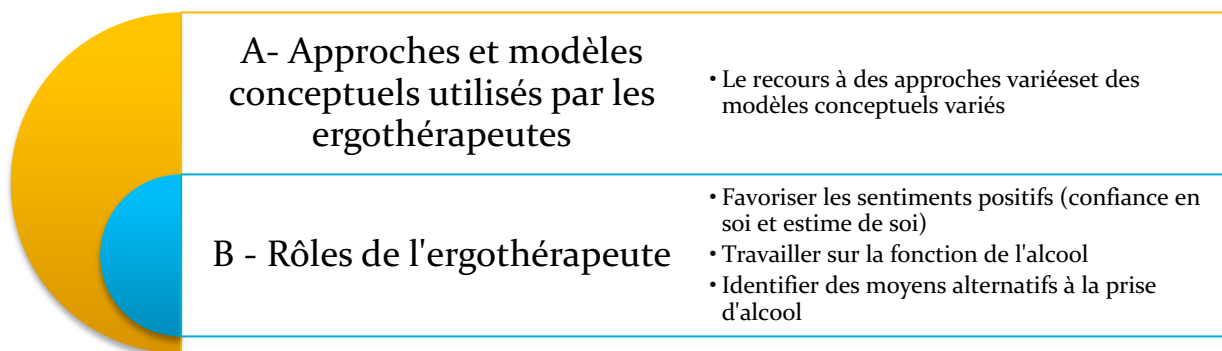
Analyse des résultats

La question de l'équilibre occupationnel chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool a suscité une grande variété de réponses chez les ergothérapeutes interrogés. En effet, l'équilibre occupationnel est une notion complexe à définir, car elle est subjective et varie dans le temps et d'une personne à l'autre. Elle se rapporte à la perception que la personne a de la quantité et de la variation de ses occupations (Backman, 2004). La personne peut donc avoir une perception de son équilibre occupationnel différente selon le stade de changement dans lequel elle se situe. La consommation d'alcool peut aggraver un déséquilibre occupationnel qui

est dû à d'autres troubles psychiatriques. Du fait des répercussions importantes sur la santé, le trouble de l'usage de l'alcool tend donc à provoquer ou à aggraver un déséquilibre occupationnel selon la définition présentée dans le cadre conceptuel avec des répercussions sur leur vie quotidienne, leur santé et leur qualité de vie.

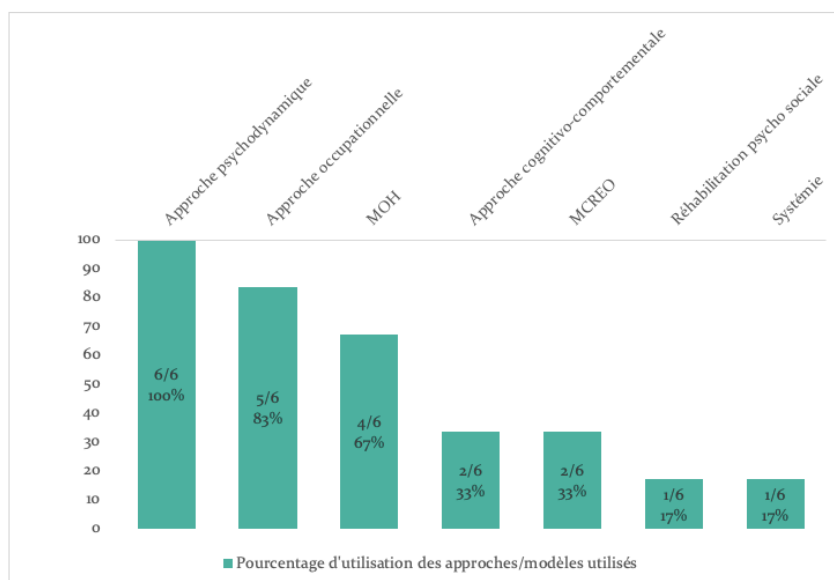
L'hospitalisation peut venir bousculer l'équilibre/déséquilibre occupationnel, car les patients se voient privés d'une occupation qui prenait une grande partie de leur temps et structurant leurs routines et habitudes. Les patients se retrouvent alors face à un vide et un manque d'activités, ce qui peut accentuer le déséquilibre occupationnel ressenti.

AXE THEMATIQUE 2 : La pratique des ergothérapeutes mise en œuvre auprès des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool



A - Approches et modèles conceptuels utilisés par les ergothérapeutes

Figure 4 : Proportion d'ergothérapeutes (sur les 6 ergothérapeutes interrogés) utilisant certains modèles/approches



Il ressort que les ergothérapeutes utilisent une grande variété d'approches et de modèles conceptuels, comme le montre la figure 4.

Résultats

Il est essentiel de souligner que ce graphique n'est pas représentatif de l'ensemble de la profession car il est basé sur les résultats des six entretiens. Néanmoins, il éclaire toutefois sur les pratiques et modèles principalement utilisés.

Tous les ergothérapeutes utilisent, « piochent » au minimum dans deux à six modèles conceptuels / approches différents, qu'ils vont ensuite « saupoudrer ». E2 rapporte qu'il n'existe donc pas un modèle une approche « beau, officiel, merveilleux, magnifique » (E2). Au travers des différentes approches/modèles, l'objectif est « d'essayer de comprendre ce qui se passe pour la personne » (E4).

La figure 4 met en évidence les différentes approches et modèles conceptuels qui ont été mentionnés par les ergothérapeutes. Tous les ergothérapeutes (6/6) utilisent **une approche psychodynamique**, 5 ergothérapeutes sur 6 mentionnent **une « approche occupationnelle »**, 2 ergothérapeutes sur 6 une approche cognitivo-comportementale, 4 ergothérapeutes sur 6 s'appuient sur le MOH, 2 sur 6 sur le MCRO et une seule ergothérapeute utilise la systémie et la réhabilitation psycho sociale.

L'approche psychodynamique est l'approche la plus utilisée. L'hôpital est souvent « orienté dans ce courant-là » (E1, E2, E3, E5). Cependant, E4 exprime des réserves à utiliser uniquement cette approche : elle se concentre uniquement sur la consommation d'alcool (« l'approche psychodynamique, on zoome que sur la consommation avec cette idée qu'il faut la réduire mais on oublie en fait que c'est la conséquence d'un autre truc ») et néglige l'impact de l'environnement (« C'est comme si on prenait la personne mais on la met dans une bulle »). De ce fait, selon elle, cette approche ne peut pas être utilisée seule mais combinée avec d'autres afin d'accompagner les personnes ayant un trouble d'usage de l'alcool. L'objectif est de mobiliser différentes approches selon « la personne en face », « d'où elle en est », « à quoi elle est sensible » (E4).

L'approche occupationnelle correspond à « l'idée d'essayer de comprendre ce qui se passe pour la personne » et de viser « un bien-être », « un état d'équilibre ». L'objectif est ainsi de « trouver qu'est ce qui fait déséquilibre peut avoir un impact positif sur la consommation

d'alcool » (E4). E1 insiste sur le fait « qu'une approche occupationnelle elle a le mérite de pouvoir intégrer pas mal, un peu n'importe quel type de modèle ».

Les ergothérapeutes E6 et E5 expliquent que **l'approche cognitivo-comportementale leur permet de travailler « sur la gestion émotionnelle »**; l'objectif est « de repérer quelle émotion va justement créer cette consommation » (E5).

Analyse des résultats

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés s'accordent sur l'utilisation de plusieurs modèles/approches ce qui leur permet d'adapter leur accompagnement selon les besoins spécifiques du patient et le stade de changement dans lequel le patient se trouve.

Les résultats montrent que l'approche psychodynamique et l'approche occupationnelle sont les deux approches sur lesquelles les ergothérapeutes s'appuient le plus. L'approche psychodynamique est utilisée pour l'introspection, la verbalisation et la symbolisation via des médiations thérapeutiques. Quant à l'approche occupationnelle, elle est surtout utilisée pour travailler sur la notion d'équilibre occupationnel et travailler sur la perte des rôles ainsi que pour mettre en place de nouvelles routines.

Le modèle Transthéorique n'a pas été mentionné mais les ergothérapeutes utilisent le vocabulaire de ce modèle avec les différents stades de changements.

Plusieurs facteurs expliquent le choix des modèles/approches. Chaque ergothérapeute a sa sensibilité et choisit des approches/modèles en fonction des formations suivies pendant le parcours professionnel des ergothérapeutes. L'ancienneté des ergothérapeutes joue également un rôle : les ergothérapeutes les plus expérimentées vont utiliser davantage de modèles différents que les plus novices.

B – Rôles de l'ergothérapeute

L'analyse des résultats fait ressortir **trois rôles principaux** tenus par les ergothérapeutes dans leur travail quotidien : (i) favoriser les sentiments positifs (confiance en soi et estime de soi), (ii) travailler sur la fonction de l'alcool, (iii) identifier des moyens alternatifs à la prise d'alcool.

Résultats (Cf : annexe V)

D'après les réponses des ergothérapeutes, **leur rôle est multiple**. L'ergothérapeute a un rôle sur **l'amélioration de « l'estime soi », la « confiance en soi »** (E1, E2, E3, E6). Pour cela, l'ergothérapeute « évite de mettre en échec » ; dans cette visée, selon E1, l'ergothérapeute « fait émerger les forces, les points identitaires sur lesquels la personne peut se reposer ».

Un autre rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner la personne afin qu'elle arrive à **identifier par elle-même « la cause de l'alcool »** (E5) : « aider la personne à réfléchir « pourquoi l'alcool ? », et les conséquences dans son quotidien » (E4). C'est donc aider la personne à « s'interroger sur sa propre histoire » (E1). Ceci fait au travers de médiations thérapeutiques (E1, E2, E3, E4, E5) qui sont souvent « des méthodes expressives », pouvant être réalisées en groupe ou en individuel. Elles peuvent également être réalisées dans le cadre de discussions de groupe (E1, E2, E3, E5, E6) ou d'entretiens individuels (E1, E2, E3, E4, E5, E6) ou médiatisés (E1). Selon E1, il est important de discuter avec les patients des intérêts et des inconvénients à consommer : « Il ne faut vraiment pas nier les choses que perdent les patients avec l'arrêt des consommations. ».

L'ergothérapeute a également un rôle primordial afin d'« essayer de trouver **des moyens palliatifs** » afin de « remplacer l'effet recherché de l'alcool par autre chose, en termes d'occupation, de routine, de rôle, de valeur » (E3). Ce rôle a été souligné par les six ergothérapeutes comme un élément fondamental du rôle de l'ergothérapeute. Ainsi, « proposer des activités anxiolytiques » (E4), « des sorties extérieures » (comme par exemple, aller dans un « bar à jeu » (E5)), la tenue d'un « carnet de route à remplir à chaque activité : Qu'est-ce que ça m'a fait l'activité ? Qu'est-ce que je pourrais utiliser pour le mettre en place dans mes... dans mon quotidien (E6) ». Comme le résume E5, « proposer des substituts sont la première intention avant les thérapies cognitivo-comportementales pour essayer de changer les comportements voilà pour que, au final, le sevrage se passe correctement, c'est-à-dire progressif » (E5).

Se déroule également « un travail sur **la structuration des journées**, de semaines, l'aider à repérer des moments où il y a plus de consommation d'alcool et où elle faut qu'elle mette en place ses activités ressources » mais également sur le **travail de « routine »** (E4, E6).

Analyse des résultats (Cf. annexe V)

L'ergothérapeute intervient sur les différents éléments de la composante de la personne et de son Agir. L'amélioration de l'estime de soi et la confiance en soi est fondamentale pour permettre aux patients de croire en leur capacité à changer. Les patients ayant un trouble d'usage de l'alcool présentent souvent une faible estime d'eux-mêmes, accompagnée de sentiments de honte et de culpabilité. Ces traits sont exacerbés par les rechutes ; en effet, à chaque rechute, les patients se déçoivent eux-mêmes et déçoivent également leur entourage. Le panel d'ergothérapeutes souligne l'importance d'un travail introspectif afin d'explorer les causes et les effets recherchés de la prise d'alcool. L'alcool peut avoir différentes fonctions selon la problématique du patient et selon son parcours de vie. Le panel d'ergothérapeutes retrouve souvent auprès de leurs patients des éléments de vie marquants pour eux : traumatisme, deuil, perte de travail, divorce ... La prise d'alcool peut également être l'expression de certains symptômes psychiatriques associés. Les ergothérapeutes rapportent aussi que, pour certains patients, il peut y avoir une difficulté de verbalisation de leurs émotions et de symbolisation qui accentue leur consommation d'alcool.

Accompagner les patients dans l'identification des causes leur permet de développer une meilleure compréhension de leurs comportements et de leurs motivations sous-jacentes. Ces éléments facilitent le processus de changement. De plus, la structuration des journées est nécessaire car la consommation de l'alcool occupe un temps important. La réorganisation occupationnelle permet d'éviter les rechutes. Cette stratégie permet de repérer les moments où la tentation de consommer de l'alcool est plus forte et ainsi, de mettre en place des activités ressources pour y faire face.

AXE THEMATIQUE 3 : Freins rencontrés par les ergothérapeutes dans l'accompagnement

Lors de l'analyse des résultats, **3 types de freins différents** ont émergé : (i) des obstacles liés à la personne elle-même et à son environnement, (ii) des limites liées aux ergothérapeutes et aux modalités de la prise en soins et enfin, (iii) des freins liés à l'institution.

Résultats (Cf : annexe VI)

Concernant les freins liés à la personne et à son environnement, la majorité des ergothérapeutes (E1, E2, E3, E5, E6) ont mentionné des obstacles spécifiques. E1 souligne que

le manque de « mentalisation » des difficultés, c'est-à-dire l'incapacité à effectuer une « introspection » et à « établir des liens pour comprendre ce qui pousse à consommer », constitue un frein significatif. Selon E3 et E6, une personne qui n'arrive pas à voir le « but » de son hospitalisation, qui manifeste un « manque d'intérêt » ou qui ne souhaite pas arrêter ses consommations, représente un obstacle. Le travail avec ces patients peut devenir « contre-productif ». Par ailleurs, « le déni » de la problématique est également un frein selon E3. E6 mentionne la difficulté d'accompagner des patients qui ne parlent pas le français, ce qui complique l'intervention. E2 souligne que l'absence de soutien familial ou d'aidant est un obstacle majeur dans l'accompagnement de certains patients.

Concernant les freins liés aux ergothérapeutes et aux modalités d'accompagnement, trois ergothérapeutes sur les six les mentionnent comme des freins à leur pratique. E4 rapporte qu'une approche exclusivement psychodynamique peut être limitante car : « ce n'est pas juste essayer de comprendre la raison du mal-être et de la raison pourquoi la personne elle a de l'alcool, mais ça c'est un élément. L'autre élément c'est d'arriver à lui faire retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant en fait ». De plus, ne pas s'ajuster au rythme du patient (E2, E3) et vouloir aller trop vite peut être « contre-productif ». Selon E2 et E3, il est important de proposer des interventions adaptées aux stades de changement du patient.

Des freins institutionnelles ont également été identifiées par les ergothérapeutes E4 et E6. E4 critique les durées de suivi qui peuvent être souvent trop courtes pour être efficaces. Le fait qu'une ergothérapeute soit assignée à une structure ne permet pas de consacrer du temps individuel aux patients. La formation de groupes hétérogènes, avec des patients qui « ne sont pas tous au même stade de changement et ont des besoins différents » (E6), peut être un frein dans l'accompagnement. L'hôpital procure aux patients la sensation d'être « protégés » avec une routine « imposée, gérée, cadrée », ce qui provoque une appréhension à l'idée retourner chez eux et de rechuter. E6 observe que cela contribue à des « récidives » fréquentes.

Analyse des résultats (Cf. annexe VI)

La plupart des ergothérapeutes rapportent que l'environnement est un élément important à prendre en compte car il peut être un levier et/ou un frein dans l'accompagnement des patients. En effet, selon le MOH, la personne évolue toujours dans un contexte donné qui influence sa participation occupationnelle. Cet environnement peut-être une ressource pour la personne et

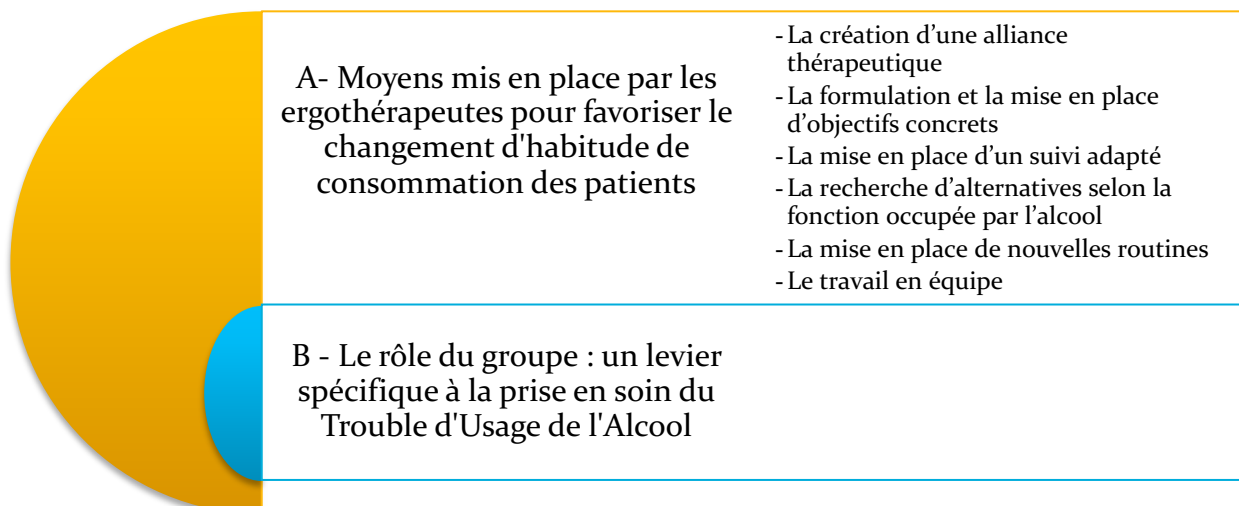
offrir des opportunités, mais aussi des exigences et des contraintes (Mignet, 2016). Du fait que les patients soient hospitalisés, l'ergothérapeute doit donc prendre en compte l'environnement hospitalier qui est temporaire mais doit également s'intéresser à l'environnement du patient en dehors de l'hôpital.

L'environnement hospitalier et le dispositif de soins pour ce public créent des divergences d'opinion chez les ergothérapeutes. Ces divergences sont difficiles à retrouver dans la littérature. En effet, certains ergothérapeutes soulignent que l'environnement de l'hôpital n'est pas toujours un levier. Si l'hôpital peut apporter un sentiment de sécurité grâce à la mise en place d'une routine structurée (avec la rencontre de divers professionnels et la participation à différents ateliers et activités), la post-hospitalisation peut être compliquée à vivre pour patient qui se retrouve d'un seul coup sans soutien et sans les routines mises en place par l'hôpital. La transition vers l'environnement quotidien est donc difficile si le patient n'est pas bien préparé et peut être un facteur de rechute.

De plus, si la personne ne présente pas de volition, c'est-à-dire de motivation à agir sur sa consommation, notamment dans le cas des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, l'ergothérapeute pourra rencontrer des difficultés à travailler en collaboration avec le patient.

Les modalités d'accompagnement des patients sont plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées selon les stades de changement, validant ainsi les propos de la HAS (2014), qui rapporte des actions et des attitudes différentes selon les stades de changement des patients.

AXE THEMATIQUE 4 : Leviers et moyens des ergothérapeutes pour accompagner le changement d'habitude de consommation



A - Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser le changement d'habitudes de consommation des patients

Les ergothérapeutes déploient principalement 6 moyens afin de favoriser le changement d'habitudes de consommation des patients :

- La création d'une alliance thérapeutique
- La formulation et la mise en place d'objectifs concrets
- La mise en place d'un suivi adapté
- La recherche d'alternatives selon la fonction occupée par l'alcool
- La mise en place de nouvelles routines
- Le travail en équipe

Résultats (Cf : annexe VII)

Tous les ergothérapeutes interrogés soulignent **l'importance de l'alliance thérapeutique**, qui permet de « travailler ensemble » avec le patient. Dans cette alliance, le patient peut « parler des émotions, parler d'une consommation dont parfois en a honte ou dont on ne veut pas parler ». Cette relation repose sur « l'écoute », la validation de la souffrance du patient (E6) et la déculpabilisation du patient (E4). E4 insiste sur une posture rassurante et honnête, en évitant de promettre un processus facile.

La création de cette alliance thérapeutique passe par **la formulation et la mise en place d'objectifs concrets**. E1 parle de mise en place « d'objectifs thérapeutiques négociés », E2 et E3 de « projets individualisés ». E4 note qu'il est important de faire « émerger » « une demande autre que je vais arrêter l'usage de l'alcool » (E4) afin de fixer « objectifs très concrets » (E1, E3, E4). Pour les patients sous contrainte, la formulation d'objectifs fortifie l'alliance thérapeutique qui est le premier objectif de travail de l'ergothérapeute (E5).

Le suivi est personnalisé pour chaque patient et adapté selon les stades de changement du patient (E1, E2, E4, E5). E4 insiste sur le fait d'accompagner les rechutes et fait de la « résolution de problèmes » pour comprendre les facteurs qui ont fait « replonger » la personne. L'ergothérapeute accompagne donc le patient dans les différents stades mais ajuste « les outils » et « les objectifs » selon son stade de changement. E5 souligne que l'on ne va pas travailler la fonction de l'alcool directement si la personne est dans le déni.

La recherche d'alternatives selon la fonction de l'alcool occupée est un moyens mis en place pour accompagner les patients vers le changement d'habitude. Les six

ergothérapeutes se rejoignent pour dire que l'alcool répond à une fonction : réduire le stress, être sociable, sentir son corps, pallier une sensation d'un mal-être... L'ergothérapeute fait expérimenter et accompagne la patient dans des activités, nouvelles ou que la personne avait mis de côté, afin de compenser le besoin à l'origine de la consommation de l'alcool. Les activités proposées par les ergothérapeutes peuvent être la marche, écouter de la musique, aller à l'extérieur dans un bar à jeu. Par exemple, E5 explique qu'elle accompagne un patient qui avait une consommation importante d'alcool en lui proposant le fait d'aller dans des bars à jeux afin de trouver la socialisation qui lui était procurée par la consommation d'alcool. E5 souligne qu'il est important que cette alternative puisse être transposable lorsque le patient rentrera chez lui et retrouvera son environnement quotidien. Il est également important de trouver des activités qui procurent au patient du plaisir ; E4 parle d'« activités ressourçantes ».

La mise en place de nouvelles routines est enfin importante pour que le patient mette bien en place ces stratégies dans son quotidien. Les ergothérapeutes parlent d'un « travail sur l'emploi du temps » afin de « structurer les semaines » (E4, E6).

L'accompagnement demande un travail en équipe, un « travail pluridisciplinaire » (E1, E2, E3) et une coordination entre les différents intervenant (E2, E5) ce qui permet d'offrir un soutien cohérent pour les patients.

Analyse des résultats (Cf. annexe VII)

Les ergothérapeutes sur le terrain soulignent l'importance de la mise en place d'objectifs concrets formulés par le patient. En effet, l'arrêt de la consommation d'alcool est un objectif trop large et trop ambitieux, ce qui peut rapidement décourager la personne. En revanche, la formulation d'objectifs spécifiques par le patient lui-même favorise un meilleur engagement dans le travail thérapeutique.

Le travail en équipe et une bonne communication au sein de celle-ci sont essentiels pour éviter le clivage et gérer les diverses problématiques des patients, telles que les problèmes de santé et les comorbidités. Lors des séances de groupe, l'accompagnement pluridisciplinaire permet de bénéficier des compétences de chaque professionnel. Chaque membre de l'équipe apporte son regard professionnel en lien avec sa formation et son expérience, enrichissant ainsi le processus thérapeutique.

B - Le rôle du groupe : un levier spécifique à la prise en soin du trouble de l'usage de l'alcool

Résultats (Cf : annexe VIII)

Le groupe joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool. Cinq ergothérapeutes sur six ont cité le groupe comme un levier essentiel pour l'accompagnement. Selon l'expérience des ergothérapeutes, le groupe permet le « partage d'expérience », les « échanges » et la « confrontation à l'altérité ». E5 souligne que tous les patients ne sont pas au même stade de leur parcours et que les groupes permettent d'évoquer des sujets que les patients n'aborderaient pas seuls. E5 s'appuie sur la « pair-aidance » en expliquant : « nous avons énormément de patients qui consomment de l'alcool et qui, à force de suivi, ont pu reconnaître leur consommation, comprendre pourquoi ils consommaient et identifier ce qui les aidait à réduire leur consommation. Ils peuvent ainsi partager leur expérience avec d'autres patients qui en sont à un stade plus précoce de leur suivi ».

E5 et E1 notent que le groupe permet d'élaborer des discussions sur des sujets que l'ergothérapeute ne pourrait pas aborder seul avec chaque patient ou que le thérapeute ne voit pas forcément.

Ces cinq ergothérapeutes ont mis en place divers ateliers de groupe, tels que des « groupes cuisine » (E1), des « ateliers cocktails » (E5), des « ateliers équilibre occupationnel » (E5) et des sorties à l'extérieur de l'hôpital (E1, E3), comme des visites de musées et des médiations thérapeutiques en groupe (E1, E2, E3, E5, E6). E2 souligne que l'un des objectifs en ergothérapie est de « favoriser les échanges au sein des groupes » dans un objectif plus large de « réinsertion sociale ». E1 ajoute, qu'au sein d'un groupe, les participants peuvent réincarner « des positions » et « des rôles » importants pour eux qu'ils ont l'impression d'avoir abandonnés, ce qui leur permet d'« expérimenter d'être différemment ».

E4 nuance les propos des autres ergothérapeutes en soulignant que l'engagement immédiat dans des activités de groupe n'est pas la priorité. Il est d'abord important de faire un travail sur « soi-même » avant d'envisager de participer à des activités de groupe.

Analyse des résultats (Cf : annexe VIII)

Dans le cadre du sevrage, les patients voient leur identité occupationnelle bousculée. Ils doivent réapprendre à accomplir leurs occupations sans alcool et à sociabiliser sans ce soutien. Les ergothérapeutes utilisent souvent le moyen du groupe pour plusieurs raisons.

Premièrement, le travail en groupe permet d'explorer la fonction de l'alcool dans la vie des patients et d'expérimenter différents positionnements au sein d'un collectif. Les relations avec l'extérieur peuvent être particulièrement complexes pour ces patients. Souvent, la consommation d'alcool est utilisée comme un moyen pour faciliter la socialisation. Un groupe encadré par des professionnels fournit un cadre sécurisé où les patients peuvent explorer les relations sociales.

Des mises en situation à l'extérieur de l'hôpital, proposées en groupe, permettent aux participants de faire face à des contextes réels, comme rencontrer des personnes dans la rue qui consomment de l'alcool ou être exposés à la présence d'alcool dans les magasins. Ces expériences concrètes sont essentielles pour renforcer leurs confiance en eux à pouvoir changer leurs habitudes de consommation à l'extérieur de l'hôpital.

Enfin, le travail en groupe favorise également l'assimilation des expériences individuelles à travers la verbalisation et les échanges entre membres. Cela aide les patients à mieux comprendre leurs propres comportements et ceux des autres, renforçant ainsi leur capacité à diminuer leurs consommation ou à maintenir une abstinence.

Discussion des résultats

1. Mise en relation des résultats obtenus avec le cadre conceptuel

L'alcool des répercussions importantes

Le panel d'ergothérapeutes et la littérature s'accordent sur le fait que la consommation d'alcool a des répercussions significatives sur la vie des patients. Elle affecte les différentes sphères occupationnelles telles que les loisirs, les activités de la vie quotidienne et les activités productives. Les ergothérapeutes rapportent que les patients abandonnent ou restreignent certains loisirs et sont souvent en arrêt de travail prolongé. De plus, ils entretiennent souvent des relations compliquées avec leurs familles. Une difficulté rencontrée par les ergothérapeutes est que la consommation d'alcool est souvent liée à d'autres comorbidités psychiatriques. Les résultats obtenus concordent avec le rapport de la Société Française d'Alcoologie (SFA, 2023), qui indique que plus d'une personne sur trois ayant un trouble de l'usage de l'alcool présente ou présentera un trouble psychiatrique. Cette réalité justifie l'importance d'un accompagnement personnalisé et la considération de toutes les composantes de la personne.

En se situant dans le cadre du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), la consommation d'alcool provoque un bouleversement des composantes de la personne. La volition, définie comme « la motivation d'une personne à agir sur son environnement » (Mignet, 2016, p.26), est particulièrement affectée par le trouble de l'usage de l'alcool. Selon la littérature (Ryan, Naughton, de Faoite, Dowd, et Morrissey, 2023), les valeurs des individus peuvent être remaniées, entraînant un changement dans ce qu'ils considèrent comme important pour eux-mêmes et pour les autres. Les ergothérapeutes observent que l'alcool occupe une place centrale et omniprésente dans la vie des patients, réduisant leurs centres d'intérêts et provoquant un désengagement dans les autres occupations.

La causalité personnelle, c'est-à-dire « ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité » (Mignet, 2016, p.26), peut être biaisée par la consommation d'alcool qui fausse les perceptions de ses capacités. Les ergothérapeutes rapportent que la consommation d'alcool masque chez certains patients une nature introvertie, anxieuse avec une faible confiance en eux.

Utilisation de plusieurs modèles/approches

Pour accompagner les patients en santé mentale, les ergothérapeutes disposent de divers modèles conceptuels, certains étant interprofessionnels et d'autres spécifiquement élaborés pour leur pratique (Morel-Bracq, 2009). Les ergothérapeutes sur le terrain travaillant en intra-hospitalier rapportent utiliser plusieurs modèles en fonction du choix institutionnel, des objectifs thérapeutiques et des besoins spécifiques du patient, notamment en lien avec le stade de changement dans lequel se trouve le patient.

Muriel Launois (2018) souligne la complexité pour les ergothérapeutes en santé mentale de faire des liens entre les différentes approches existantes. Elle émet l'hypothèse qu'une « ergothérapie holistique et intégrative de plusieurs modèles pourrait être une proposition dans les années à venir » (p.33). Cette perspective est complémentaire avec les témoignages de plusieurs ergothérapeutes, qui estiment qu'une vision exclusivement psychodynamique pourrait freiner l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool.

Cette notion est discutée dans un article écrit par deux ergothérapeutes et enseignantes, Hélène Clavreuil et Muriel Launois (2018) qui expliquent qu'une approche purement psychodynamique « risque de transformer les ergothérapeutes en psychothérapeutes, en restant centrée sur la relation à l'objet en séance et peu sur les activités de la vie quotidienne de la personne » (p.10). Une revue systématique (Wasmuth et al., 2016) a montré que l'intervention basée seulement sur l'occupation pour les troubles de dépendance peut entraîner des améliorations légères sur le long terme mais significatives. Aucun article mélangeant l'approche psychodynamique associée à une approche occupationnelle pour une personne ayant un trouble de l'usage de l'alcool n'a été identifié afin de pouvoir en comparer les résultats.

Cependant les ergothérapeutes interrogés au-travers de leurs expériences trouvent ces deux approches complémentaires. En effet, il me semble intéressant d'utiliser ces deux approches ensemble. Car c'est au travers d'une approche occupationnelle que l'ergothérapeute promeut la santé et le bien-être (WFOT, 2010). De plus, l'ergothérapie se trouve au croisement de plusieurs compétences scientifiques, sociales et humaines et l'approche psychodynamique permet de comprendre le fonctionnement psychologique, essentiellement dans l'accompagnement de personne ayant un trouble de l'usage de l'alcool.

Accompagnement en ergothérapie du trouble de l'usage de l'alcool : la double question du « pourquoi » et le « comment »

Les ergothérapeutes du panel accompagnent les patients dans l'identification des motivations sous-jacentes à leur consommation d'alcool et de la fonction que celle-ci revêt pour eux. Cette approche s'aligne avec le cadre conceptuel mais également avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2023), qui préconisent d'explorer deux aspects clés de la consommation d'alcool : le « pourquoi » et le « comment ».

Les motivations derrière la consommation d'alcool rapportées sont souvent liées à un désir d'automédication pour atténuer un malaise ou un mal-être interne, ce qui est en accord avec la littérature (McDougall, 2004). En questionnant le « pourquoi » de leur consommation, les ergothérapeutes permettent aux patients de travailler sur des éléments difficiles de leur parcours de vie, tels que des traumatismes, des deuils, des pertes d'emploi ou des divorces. Cette exploration aide les patients à comprendre les raisons profondes de leur comportement, facilitant ainsi une prise de conscience nécessaire au processus de changement. Au travers d'une approche psychodynamique, les ergothérapeutes utilisent divers médiations (collage, terre, écriture ...). Muriel Launois (2018), dans ses travaux souligne que les médiations sont utilisées en tant que moyen thérapeutique afin de créer un changement intrapsychique. Dans cette direction, l'ergothérapeute, Labeyrie (2009), explique que pour les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, le travail de la matière leur permet d'appréhender les limites, de verbaliser sur des émotions, des ressentis. Cependant, Mathilde Chaussé (2014), interpelle sur le risque que les médiations thérapeutiques où que les autres activités deviennent contre-productives si les patients les utilisent pour « compenser le manque du produit par l'activité ». Pour éviter cet effet inverse, les ergothérapeutes font le lien entre l'activité médiatrice et la relation à l'alcool, en encourageant la verbalisation des ressentis.

En effet, les patients atteints d'un trouble de l'usage de l'alcool sont souvent décrits, notamment par Labeyrie (2009), comme ayant un « handicap de l'expression » qui complique l'introspection et la communication des émotions et des motivations. Pour surmonter cette difficulté, certains ergothérapeutes utilisent le groupe comme un outil thérapeutique. Le groupe est un élément fréquemment mentionné lors des entretiens, facilitant la verbalisation des patients sur leur consommation et permettant d'aborder certains éléments que l'ergothérapeute ne pourrait pas traiter seul. Pignard et Peyron (2022), soulignent ~~sur~~ le fait que le groupe offre plusieurs aspects soutenant pour la personne : ne pas se sentir seule dans sa situation, partager

ses ressentis liés à des situations concrètes et envisager de nouvelles alternatives. En effet, « c'est parfois chez l'autre que l'on trouve une manière de représenter ou de parler d'une difficulté qui nous est propre » (p. 69).

Le « comment » de la consommation d'alcool fait référence aux pratiques de consommation, à leur organisation, à leur environnement et aux contextes dans lesquels elles se déroulent (HAS, 2023). Cela inclut les manières de boire et les routines associées à la consommation d'alcool.

Les ergothérapeutes travaillent sur la notion d'habituation du MOH qui est composée des habitudes étant « la disposition acquise à répondre automatiquement et à agir de façon constante lors d'une situation connue où dans un environnement familier » (Mignet, 2016, p.26). Le panel d'ergothérapeutes expliquent que la structuration des journées avec la mise en place de nouvelles routines est nécessaire. En effet, la consommation d'alcool occupe un temps important. Ainsi la réorganisation occupationnelle permet d'éviter les rechutes. Cette stratégie permet de repérer les périodes de *craving* évoquées dans le DSM V et de mettre en place des activités ressources pour y faire face.

Pour cela les ergothérapeutes font expérimenter et accompagnent les patients dans des activités, nouvelles ou mises de côté par la personne du fait de sa consommation d'alcool. Cependant, les séquelles cognitives de certains patients peuvent être un frein majeur dans la mise en place de nouvelles habitudes. En effet, l'Inserm (2008) rapporte que la plupart des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, même sans développer un syndrome de Korsakoff, ont des perturbations significatives au niveau de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail. En plus de prendre en considération les capacités cognitives des patients, certains ergothérapeutes rajoutent la notion de transposabilité de l'activité dans l'environnement physique du patient. Le but est que les stratégies alternatives mises en place lors de l'hospitalisation puissent être transposables dans l'environnement quotidien du patient. Ces éléments rejoignent les recommandations de la HAS (2023).

L'équilibre occupationnel

La question de l'équilibre occupationnel chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool a suscité une diversité de réponses parmi les ergothérapeutes interrogés. L'équilibre occupationnel est une notion complexe car elle est subjective et varie selon la perception individuelle (Backman, 2004). Cependant les ergothérapeutes interrogés et la littérature se

mettent d'accord pour dire que les personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool présentent un déséquilibre occupationnel (Pignard et Peyron, 2022).

En effet, dans le cas du trouble de l'usage de l'alcool la perception de l'équilibre occupationnel chez le patient peut être impactée par rapport à l'endroit où ils se situent dans les stades de changement. En effet, Benyamina (2016) souligne que selon le stade de changement la personne aura plus ou moins un regard critique sur sa consommation et sur les répercussions engendrées par celle-ci. Le déni est donc un élément qui peut donner l'impression au patient d'avoir un équilibre occupationnel. Pour faire l'état des lieux de la consommation et de ses répercussions sur la vie quotidienne, certains ergothérapeutes explorent ainsi avec les patients les inconvénients et les avantages de leur consommation. La littérature (De Sousa, Romo, Excoffier, Guichard, 2011) parle de balance décisionnelle qui est un outil qui découle du modèle transthéorique. C'est un instrument permettant de comprendre le processus de prise de décision. En effet, leur recherche démontre que, lorsqu'une personne envisage de modifier une habitude, elle évalue attentivement les avantages d'un changement par rapport aux éléments qui la maintiennent dans la situation actuelle. C'est pourquoi l'analogie visuelle de la balance est utilisée, avec d'un côté les arguments en faveur du changement et de l'autre, les facteurs favorisant le maintien des habitudes.

2. Validation de l'hypothèse

Tout au long de ce travail de recherche j'ai tenté de répondre à la question suivante : comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel des personnes souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool afin qu'elles (re)trouvent un équilibre occupationnel satisfaisant ?

L'hypothèse selon laquelle par l'exploration d'activités significatives comme solutions alternatives, l'ergothérapeute peut aider à réduire la consommation d'alcool chez le patient peut être partiellement validée. L'exploration et la mise en place de solution alternative est une part importante du rôle de l'ergothérapeute. Cependant il est essentiel que la fonction de l'alcool soit explorée afin que la personne puisse identifier la fonction que celle-ci revêt pour lui. De plus, pour optimiser leur efficacité, les moyens alternatifs à la consommation doivent être transposables dans l'environnement et le quotidien de la personne afin d'éviter les rechutes.

3. Limites et intérêt de la recherche

L'une des principales limites de cette étude concerne les ergothérapeutes interrogés. Le nombre d'ergothérapeutes est restreint et la recherche gagnerait à interviewer davantage d'ergothérapeutes afin d'avoir plus de données. Corrigé : Deux des participants exercent dans le même établissement, ce qui peut introduire un biais lié aux pratiques et à la culture institutionnelle spécifiques. De plus, l'un de ces deux ergothérapeutes n'a que six mois d'expérience. L'entretien avec cet ergothérapeute a duré moins longtemps et ses réponses étaient plus courtes comparées à celles de collègues plus expérimentés. Cette différence d'expérience peut influencer les perceptions des interventions et des approches liées à l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool.

Une seconde limite de mon travail est que j'ai choisi de me concentrer sur le suivi des patients en soins libres et non en soins sous contrainte. Cependant, après analyse de mes entretiens, je me suis rendu compte que bien que j'ai demandé aux ergothérapeutes de décrire les modalités d'hospitalisation dans leur établissement, je n'ai pas précisé que mon étude se concentrait sur les patients en soins libres. Cette omission pourrait entraîner une confusion dans les réponses et affecter la cohérence des données recueillies par rapport à l'objectif initial de l'étude.

Ces deux limites ouvrent des voies de recherche futures : continuer la recherche auprès d'autres ergothérapeutes afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus et éventuellement ouvrir à d'autres professionnels de santé (médecins, infirmières ...). Une deuxième voie de recherche consisterait à interroger des ergothérapeutes travaillant en extrahospitalier afin de déterminer quels sont les différences entre les deux accompagnements. Enfin, une troisième voie de recherche serait d'affiner les rôles de l'ergothérapeute et la prise en soin selon les patients : patients en soins libre ou sous contraintes, patients avec des comorbidités ...

Conclusion

La consommation d'alcool constitue un enjeu majeur de santé publique, se classant en tant que deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Elle provoque des répercussions sur tous les aspects de la personne et la façon dont elle s'engage dans son environnement et dans ses occupations. Ainsi, le trouble de l'usage de l'alcool affecte profondément l'équilibre occupationnel et la qualité de vie de la personne. Ce constat a motivé ce projet de recherche sur la manière dont l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement occupationnel des personnes souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool afin qu'elles (re)trouvent un équilibre occupationnel satisfaisant.

Pour éclairer ce questionnement, six entretiens semi-directifs ont été menés avec des ergothérapeutes travaillant en santé mentale et intervenant auprès de patients souffrant de trouble de l'usage de l'alcool. J'ai constaté que les ergothérapeutes travaillent en pluridisciplinarité et intègrent dans leurs pratiques plusieurs approches/modèles conceptuels pour pouvoir s'ajuster selon le patient. Ceci leur permet d'adopter une vision holistique, d'ajuster leurs moyens et la relation thérapeutique. Avant cette phase d'enquête, je ne m'étais pas questionnée sur la possibilité de combiner plusieurs approches pour accompagner le patient. L'ergothérapeute a donc un rôle important pour accompagner le patient sur la fonction que l'alcool revêt pour lui. Il l'accompagne dans l'identification de moyens alternatifs à la prise d'alcool en travaillant sur les différentes composantes de la personne. La mise en place de nouvelles routines est importante afin d'éviter les rechutes.

Afin que perdurent la prise en soins et les effets bénéfiques de l'hospitalisation, l'ergothérapeute pourrait accompagner le retour à domicile par des visites afin de favoriser le transfert des nouvelles habitudes et routines expérimentées en milieu hospitalier vers l'environnement du patient. Cette approche permettrait de mieux soutenir les patients dans la transition entre l'hôpital et leur retour à la vie quotidienne, tout en accompagnant l'adaptation et le maintien des changements positifs effectués durant leur séjour hospitalier, en tenant compte des spécificités de leur environnement quotidien.

Bibliographie

Alcool-info-service.fr. (2023, septembre 23). *Se faire aider l'entraide entre pairs*. <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/aide-alcool/entraide-entre-pairs>

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

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2023, octobre 11). *La profession d'ergothérapeute*. <https://anfe.fr/la-profession/>

Backman, C. L. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209.

Benyamina, A. (2016). 36. Modèle transthéorique du changement. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (p. 311-314). Cachan: Lavoisier.

Bertrand, R., Tétreault, S., Kühne, N. & Meyer, S. (2018). Exploration des différentes composantes de l'engagement occupationnel. In M.-H. Izard (Dir.), *Expériences en ergothérapie, 31ème série* (p. 103-112). Montpellier : Sauramps Médical.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Chaussé, M. (2014). Les premiers pas professionnels : se confronter à la réalité du terrain: Une expérience en addictologie. Dans : Florence Klein éd., *Être ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 163-192). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.klein.2014.01.0163>

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, (2007). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613381>

Clavreul, H., & Launois, M. (2018). Pour une ergothérapie intégrative, entre intérieur et extérieur. *ergOTHérapies*, 68, p.7-18.

Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie

(Éds.). (2021). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (3e éd). Presses universitaires François-Rabelais.

Csillik, & Petot, J.-M. (2012). Stage of change assessment in addictive behaviors. *Evolution Psychiatrique*, 77(3), 331–. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.002>

Détraz, M., Eiberle, F., Moreau, A., Pibarot, I. & Turlan, N. (2012). Chapitre 5. Définition de l'ergothérapie. Dans : Jean-Michel Caire éd., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (pp. 127-133). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0127>

De Saint-Exupéry, Antoine. *Le petit prince*. E-Kitap Projesi & Cheapest Books, 2023.

De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A. & Guichard, J. (2011). Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions: The link between motivations and insight in the management of addictions. *Psychotropes*, 17, 145-161. <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0145>

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408.

Hammerstein, C. & Morel, A. (2019). Chapitre 34. Thérapies Cognitivo-Comportementales et Mindfulness. Dans : Alain Morel éd., *Addictologie: En 47 notions* (pp. 461-476). Paris: Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.morel.2019.01.0461>

HAS. (2014, octobre). *Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf

HAS. (2023, juillet). *Agir en premier recours pour diminuer le risque d'alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide_agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool.pdf

HAS. (2022, 16 février). *Fiche points clés – Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ?*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/note_de_cadrage_fiche_points_cles_alcool.pdf

HAS. (2019). *Recommandation de bonne pratique : 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). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf

Inserm. (2021, 25 octobre). *Alcool & Santé - Lutter contre un fardeau à multiples visages*. Institut national de la santé et de la recherche médicale. <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>

Inserm. (2020, 11 septembre). *Addictions – Du plaisir à la dépendance*. Institut national de la santé et de la recherche médicale. <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>

Inserm. (2008, 21 mai). Les troubles de la mémoire des patients alcooliques sous-estimés. Institut national de la santé et de la recherche médicale. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2017/01/2008_05_21_CP_AlcoolVsMemoire.pdf

Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Kiepek, N., & Magalhaes, L. (2011). Addictions and impulse-control disorders as occupation: A selected literature review and synthesis. *Journal of Occupational science*, 18(3), 254-276.

Labeyrie, C. (2009). *La maladie alcoolique en ergothérapie : Travail sur le comportement et développement des habiletés sociales*. In M-H. Izard (Ed.) *Expérience en ergothérapie : vingt-deuxième série* (p. 241-246). Sauramps médical.

Larivière, N., Bertrand, A. M., Beaudoin, J., Giroux, A., Grenier, K., Page, R., & Håkansson, C. (2023). Traduction de l'Occupational Balance Questionnaire en français et sa validation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 00084174231156288.

Launois, M. (2018). Activités ou médiation ? Comment une activité ou une médiation peuvent-elle être ou devenir thérapeutique. *ergOTHérapeutiques*, 68, 31-38.

Marquet, J., Van Campenhoudt, L., Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Armand Colin.

McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68, 511-527. <https://doi.org/10.3917/rfp.682.0511>

- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M. C. (2016). L'entretien en recherche qualitative en ergothérapie. *ergOTHérapies*, 62, 78-80
- Morel-Bracq, M. C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Michel, L. & Morel, A. (2012). Alcool et réduction des risques. Dans : Alain Morel éd., *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions* (p. 186-195). Paris: Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.morel.2012.01.0186>
- MIGNET, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine: s' approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *ergOTHérapies*, 62, p.25-33.
- MILDECA. (2023, septembre 24). *L'essentiel sur ... La réduction des risques et des dommages*. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages>
- MILDECA. (2023, octobre 6). *Le dispositif de soin en addictologie*. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction Générale de la Santé. (2002). *Usages nocifs de substances psychoactives : Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/25488-usages-nocifs-de-substances-psychoactives-identification-des-usages>
- Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. (10 novembre 2023). Annexe I - *Diplôme d'état d'ergothérapeute Référentiel d'activité*. Santé gouvernement. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf
- Offenstein, É. (2016). Chapitre 15. Accompagner le changement. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 241-263). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0241>
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle* (traduit par G. Mignet). ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.

Pignard, C., & Peyron, É. (2022). Addiction et entraînement aux habiletés sociales: apports de l'OCAIRS dans l'évaluation. *ergOTHérapies*, 84, 61-70.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.

Roche, S. (2017). Le rôle de la honte dans l'alcoolodépendance : une revue de la littérature. *Psychotropes*, 23, 47-58. <https://doi.org/10.3917/psyt.231.0047>

Rousset M. (2023). Guide prévention santé : *Comment bien s'occuper : Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/02/Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf>

Ryan, D., Naughton, M., de Faoite, M., Dowd, T., & Morrissey, A. M. (2023). An Occupation-Based Lifestyle Lecture Intervention as Part of Inpatient Addiction Recovery Treatment: Exploring Occupational Performance, Balance and Personal Recovery. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 11782218231165123.

Santé publique France. (2023, octobre 7). De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/de-nouveaux-reperes-de-consommation-d-alcool-pour-limiter-les-risques-sur-sa-sante#:~:text=Les%20nouveaux%20repères%20de%20consommation,sans%20consommation%20dans%20une%20semaine>

Santé publique France. (2023, septembre 21). La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/la-consommation-d-alcool-chez-les-adultes-en-france-en-2017>

Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Dans : Joëlle Kivits éd., *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 86-101). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0086>

Société Française d'alcoologie (2023, juin 5). *Recommandation de bonne pratique – Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*. <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOSS-SFA-Version-2023-2.pdf>

Sorbonne Université Département de médecine générale. (2023, septembre 23). *Modèle transthéorique du changement*. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Modèle-tranthéorique-du-changement.pdf>

Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *The American journal of occupational therapy*, 58(5), 570-586.

Sureau, P. (2012). L'activité comme processus thérapeutique. Dans : Jean-Michel Caire éd., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 188-192). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0179>

Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans : Sylvie Tétreault éd., *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215-245). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.guill.2014.01.0215>

Twinley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301-303.

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 19(4), 322-327.

Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *Journal of substance abuse treatment*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.011>

World Federation of Occupational Therapy [WFOT]. (2010). Client-Centredness in Occupational Therapy. <https://wfot.org/assets/resources/Client-centredness-in-Occupational-Therapy.pdf>

Annexes

Annexe I : formulaire de recueil de consentement

Annexe II : guide d'entretien

Annexe III : Courriel de contact des ergothérapeutes

Annexe IV : Tableau présentant le profil des patients et durée et modalités de prise en soin

Annexe V : Représentation pour chaque ergothérapeute des rôles de l'ergothérapeute et des moyens proposés auprès des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool

Annexe VI : Résultat des réponses des ergothérapeutes sur les freins rencontrés lors de l'accompagner des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool

Annexe VII : Moyens mis en avant par les ergothérapeutes afin de vers le changement d'habitudes de consommation des patients

Annexe VIII : Éléments mis en avant par les ergothérapeutes sur la fonction du groupe auprès de patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool

Annexe IX : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E1

Annexe I : formulaire de recueil de consentement



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de Formation en Ergothérapie - 52, rue Vitruve - 75020 PARIS
Tél. : 01 43 67 15 70 – Courriel : adere@adere-paris.fr

Projet d'initiation à la recherche

Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire vise à obtenir votre accord (consentement) pour votre participation et la collecte de données vous concernant dans le cadre du travail d'initiation à la recherche intitulé " **le trouble de l'usage de l'alcool et l'accompagnement en ergothérapie** ". Ce projet est mené par **Claire JANAND**, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue Vitruve, 75020 Paris, dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussignée :

Cochez une ou plusieurs cases :

- J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- J'autorise l'étudiante à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.
- J'autorise l'étudiante à me citer de façon anonyme dans son travail d'initiation à la recherche afin de soutenir ses propos.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié d'un temps de réflexion nécessaire pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans aucune conséquence pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et demander la destruction des supports audios, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence en contactant l'étudiante : claire.janand@icloud.com

L'étudiante menant cette étude dans le cadre de son mémoire de fin d'études, s'engage à :

- ❖ Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant identique et non nominatif aux données me concernant.
- ❖ Stocker de manière sécurisée les données recueillies.
- ❖ Conserver les données recueillies uniquement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'obtention du DE d'ergothérapeute.
- ❖ Utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude.
- ❖ Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de l'obtention de son DE d'ergothérapeute.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors de ce cadre est interdite.

Le présent formulaire est délivré en 2 exemplaires.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libéré et éclairé.

Fait à, le

Signature du participant :

Signature de l'étudiant :



Annexe II : guide d'entretien

Claire JANAND

GUIDE D'ENTRETIEN

Se présenter et présentation du contexte d'étude :

Bonjour je vous remercie beaucoup de vous être libéré pour cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Je vais rapidement me présenter et vous donner les modalités de l'entretien. N'hésitez pas à m'interrompre si vous avez des questions. Je me présente, je m'appelle Claire JANAND et je suis en troisième année d'ergothérapie à l'ADERE, une école située à Paris. Je vous rencontre dans le cadre de mon mémoire en initiation à la recherche, portant sur le sujet de l'accompagnement en ergothérapie des patients souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool.

Durée :

L'entretien va donc durer environ 30 à 45 minutes.

Donc, je vais vous rappeler les critères d'inclusion pour participer à cette enquête.

- Être ergothérapeutes diplômés d'état travaillant en France
- Exercer dans le domaine de la psychiatrie d'adultes
- Avoir déjà au cours de votre parcours professionnel accompagné des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool en ergothérapie

Je vous remercie de m'avoir retourné le formulaire de consentement complété. Acceptez-vous que j'enregistre l'entretien avec un dictaphone ?

Je vous rappelle que l'entretien peut être interrompu à n'importe quel moment de l'entretien ou de la recherche.

Concernant les mesures de sauvegarde, l'enregistrement sera sauvegardé de manière sécurisée, avec la création d'un dossier protégé par un mot de passe et les données seront anonymisées. L'enregistrement sera temporairement conservé et sera supprimé dès l'obtention du diplôme.

Avez-vous des questions avant de commencer l'entretien et que je commence l'enregistrement ?

ORDRE DES QUESTIONS	QUESTIONS PRINCIPALES	QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES / RELANCE
THEME 1 : présentation de l'ergothérapeute et de son parcours professionnel		
<p>Q 1.</p>	<p>Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que le lieu où vous travaillez ?</p>	<p>Quel est votre parcours professionnel ?</p> <p>Depuis quand exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?</p> <p>Travaillez-vous actuellement avec des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool ?</p> <p>Dans quelle(s) structure travaillez-vous/avez-vous travailler pour la prise en soins de cette patientèle ?</p> <p>Quelle est le type d'hospitalisation ?</p> <p>Quelle est en général la durée de l'hospitalisation /du suivie en HDJ ?</p> <p>Quelle est le type de patientèle retrouver ?</p> <p>Avez-vous suivi des formations en lien avec l'addiction ?</p>
<p>Q2.</p>	<p>Quelle est votre expérience professionnelle avec des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool ?</p>	
THEME 2 : rôle de l'ergothérapeute auprès des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool		
<p>Q3.</p>	<p>Quel est le profil des patients ayant un trouble de l'usage que vous accompagnés ?</p>	

<p>Q4.</p> <p>Q5.</p> <p>Q6.</p>	<p>Pour vous, quels est le rôle ou les rôles de l'ergothérapeute auprès de ce public ?</p> <p>Sur quelle(s) approche(s) et sur quel(s) modèle(s) conceptuel(s) vous basez-vous ?</p> <p>Selon vous, comment favoriser l'engagement du patient dans l'accompagnement en ergothérapie ?</p>	<p>Engagement occupationnel c'est : le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p.15).</p>
THEME 3 : lien entre le trouble de l'usage de l'alcool et équilibre occupationnel		
<p>Q7.</p> <p>Q8.</p>	<p>Que signifie pour vous le terme d'équilibre occupationnel ?</p> <p>En quoi diriez-vous que l'addiction à l'alcool à un impact sur l'équilibre occupationnel de ses patients ?</p>	<p>Wagman et al. (2012) à définir l'équilibre occupationnel comme la « perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations ». Selon Backman (2004), l'équilibre est souvent associé à la notion de bien-être et d'une qualité de vie.</p>

Claire JANAND

THEME 4 : l'ergothérapeute une aide pour le changement		
Q9.	Comment accompagnez-vous le changement d'habitudes de consommation chez vos patients ?	
Q10.	Quels sont les leviers et les freins pour l'accompagnement ?	

Remerciement :

Je vous remercie pour cet échange intéressant et pour tous ces éléments que vous venez de m'apporter. Je tiens à vous rappeler que je suis à votre disposition si vous avez des questions. Je vous souhaite une bonne journée.

Annexe III : Mail de demande d'entretien auprès d'ergothérapeutes

Objet : Entretien de mémoire sur le trouble de l'usage à l'alcool et l'accompagnement en ergothérapie

Bonjour,

Je suis en 3^{ème} année d'ergothérapie et dans le **cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche**, je me permets de vous contacter afin de solliciter votre participation à un entretien.

Je suis actuellement en train de mener une **étude sur le trouble de l'usage de l'alcool et l'accompagnement en ergothérapie**. Votre expertise et votre expérience dans ce domaine serait extrêmement précieuse pour enrichir mes données et approfondir mes analyses.

Voici les critères pour pouvoir participer à cette étude :

- Être ergothérapeutes travaillant en France
- Exercer dans le domaine de la psychiatrie d'adultes
- Avoir déjà au cours de votre parcours professionnel accompagné des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool en ergothérapie

L'entretien ne devrait pas prendre plus de **40 minutes** et se déroulera **début avril** par **visioconférence ou téléphone ou en présentiel selon vos possibilités et préférences**.

Si vous êtes intéressé(e) à participer à cet entretien, veuillez me transmettre vos disponibilités début avril afin que nous puissions convenir d'un horaire qui vous convienne. Bien entendu, toutes les informations partagées lors de l'entretien seront traitées de manière confidentielle et anonyme, conformément aux normes éthiques de la recherche. **Avant la réalisation de l'entretien, un formulaire de consentement sera transmis par mail ; il devra être signé et retourné.** Je vous le **joins à ce mail en pièce jointe**.

Je vous remercie par avance pour votre attention et votre éventuelle contribution à cette étude. Si vous avez besoin de plus d'informations, contactez-moi. De plus, n'hésitez pas à me transmettre des contacts si vous pensez connaître des personnes qui pourraient répondre aux critères et qui seraient intéressées à partager leur expérience professionnelle. Dans l'attente de votre réponse, je vous adresse mes salutations distinguées.

Claire JANAND

Claire.janand@icloud.com

07 83 51 84 57

Annexe IV : Tableau présentant le profil des patients et durée et modalités de prise en soin

	Profil et problématique rencontrée	Durée et modalités de prise en soin
E1	<ul style="list-style-type: none"> • « Profil anxio-déprimé donc un peu névrosé » et « occasionnellement psychotiques » • Besoin de « chercher très loin leurs limites » • Conséquences importante dans leur vie : « rupture de couple », « licenciement », « retrait du permis de voiture », « hépatite sur un état aiguë » 	<p>HTC : 4/6 semaines</p> <p>Soins libres</p>
E2	<ul style="list-style-type: none"> • « Généralement un trouble associé, avec une pathologie X ou Y, il s'agit souvent de la psychose » • « Consommations d'alcool plus ou moins importantes, soit à vue anxiolytiques, soit à vue de chercher de la désinhibition » 	<p>HTC : 3 semaines à plusieurs mois</p> <p>Soins libres ou soins sous contrainte</p>
E3	<ul style="list-style-type: none"> • Patients présentant « plutôt des névroses » avec prise de « différents toxiques » • Situations (« familiales », « professionnelles ») qui « peuvent provoquer ou amplifier les prises et les consommations d'alcool » 	<p>HTC : 3 semaines maximum</p> <p>Soins libres</p>
E4	<ul style="list-style-type: none"> • Patient présentant « des névroses décompensées » : « des dépressions, un peu d'état limite, bipolarité ». « Il y a toujours un petit peu de trouble psy associé à la consommation d'alcool même si ce n'est pas forcément pour cela que les personnes consultent » • Patient « isolé » en raison de leurs consommations d'alcool 	<p>Intra-hospitalier : HTC 15 jours</p> <p>Extra-hospitalier : plusieurs mois/années</p> <p>Soins libres avec un « contrat de soins »</p>
E5	<ul style="list-style-type: none"> • « Patients qui souffrent la plupart de schizophrénie ». Avec des « problématiques de type social et isolements » • « Souffrent de polyaddiction ou de polypathologies » • Consommations se fait par passage à l'acte avec un « besoin de sentir exister ». Utilisées dans la majorité en tant que « désinhibiteur » où en « anxiolytique » car souvent il y a « une problématique de lien aux autres ». • Les patients « pratiquent l'automédication avec l'alcool » 	<p>HTC : 3 semaines à plusieurs mois</p> <p>Soin sous contrainte et soins libre</p>
E6	<ul style="list-style-type: none"> • « Utilisation d'autres toxiques » • « Beaucoup de gens qui récidivent », qui ne « travaillent pas ou qui sont en invalidité ou en arrêt maladie depuis un moment » 	<p>HTC : 14 jours</p>

Annexe V : Représentation pour chaque ergothérapeute des rôles de l'ergothérapeute et des moyens proposés auprès des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool

	Rôles de l'ergothérapeute	Moyens
E1 :	<p>« Réapprendre à vivre sans alcool dans toutes les activités de la vie quotidienne qui les définissent, dans leurs rôles »</p> <p>« Favoriser une estime de soi, une confiance en soi »</p> <p>« Faire émerger les forces, les points identitaires sur lesquels la personne peut se reposer »</p> <p>« Confronter le patient à la matière, de voir ce qui peut émerger comme ressenti, comme émotion aussi dans le travail de la matière dans les différentes étapes qu'il va rencontrer »</p> <p>Réfléchir sur la fonction de l'alcool, « s'interroger sur sa propre histoire »</p>	<p>« Différents outils » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer « des activités de la vie quotidienne » • « Des groupes » • « Des séances individuelles » • « Des sorties extérieures » • « Des méditations thérapeutiques » • « Des outils plus occupationnels » • « Faire une balance avec « les intérêts à consommer et les inconvénients »
E2 :	<p>« Évaluer au niveau cognitif et au niveau des AVQ »</p> <p>Définir avec eux « un projet de soins personnalisés »</p> <p>« Stimuler la prise de plaisir et la confiance en soi »</p> <p>Aider la personne à « développer des stratégies » face à l'alcool</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Évaluation cognitive » • « La MCREO » pour définir des objectifs • « Des entretiens » • « Des ateliers thérapeutiques en groupe »
E3 :	<p>« Mettre à distance ses consommations pour retrouver un emploi, une vie familiale »</p> <p>Travailler autour de la « verbalisation »</p> <p>« Favoriser les échanges au sein des groupes », « la confiance en soi » dans une visée d'« insertion sociale »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Des activités sur l'extérieur de l'hôpital » • « Des groupes » • « Des ateliers créatifs »
E4 :	<p>« Aider la personne à réfléchir à pourquoi l'alcool ? Et les conséquences de l'alcool dans son quotidien »</p> <p>« Essayer de trouver des moyens palliatifs » : « remplacer l'effet recherché de l'alcool par autre choses, en termes d'occupation, de routine, de rôle, de valeur »</p> <p>Aider et réfléchir à ses « structurations de journée, de semaine, l'aider à repérer des moments où il y a plus de consommation d'alcool et où elle faut qu'elle mette en place ses activités ressources »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Des outils du MOH » • « Des méthodes expressives projectives. Comme l'écriture, le dessin. » • « Séances individuelle », « des entretiens » • Discuter avec la personne « de ses habitudes de vie avant l'alcool » • « Aborder l'alcool en lien avec les centres d'intérêt, l'alcool en lien avec les rôles, l'alcool en lien avec les routines »
E5 :	« Comprendre la cause de l'alcool »	• « Activités créatives »

	<p>« Proposer des substituts par rapport à ce que l'alcool offre à la personne »</p> <p>« Proposer des activités à vertu anxiolytique. Donc ça, c'est du sur-mesure par rapport à ce qu'on a évalué de la personne pour compenser l'alcool et voir si c'est transposable dans la vie quotidienne »</p> <p>« Travailler l'<i>insight</i> »</p> <p>« Trouver une autre façon de sentir son corps »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Activité sociales » • « Activité culturelles » : « directement le rapport au monde extérieur » • « Proposer des expériences corporelles et des activités qui peuvent leur procurer du plaisir » • « Suivi en groupe » • « Mise en situation à l'extérieur » (« bar à jeu ») • « Entretien individuel »
<p>E6 :</p>	<p>« Travailler sur les capacités cognitives »</p> <p>« Redonner confiance »</p> <p>« Trouver un moyen pour la personne puisse s'exprimer »</p> <p>« Expérimenter des activités pour trouver de alternatives à la consommation d'alcool »</p> <p>« Travailler sur la mise en place de routines »</p> <p>« Travailler sur l'équilibre occupationnel : le travail fondamental, c'est là. »</p>	<p>Médiation : « argile » « collage » toujours en groupe</p> <p>« Ne pas les mettre en échec »</p> <p>« Carnet de route à remplir à chaque activité : Qu'est-ce que ça m'a fait l'activité ? Qu'est-ce que je pourrais utiliser pour le mettre en place dans mes... dans mon quotidien, vous voyez ? »</p> <p>Atelier « équilibre occupationnel »</p>

Annexe VI : Résultat des réponses des ergothérapeutes sur les freins rencontrés lors de l'accompagner des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool

Freins liés à la	Description
<p>La personne et son environnement</p>	<p>E1 : « La capacité de mentalisation de la personne de ces difficultés » « difficulté d'introspection de sa propre histoire de pouvoir faire des liens »</p> <p>E2 : « Pas de soutien de la famille », « personnes vraiment seules et sans ressources ou sans aidant »</p> <p>E3 : « Quelqu'un qui n'a pas l'envie d'arrêter ses consommations » et qu'il ne « ne voit pas le but ». Un manque de « finances, ouais, de projets »</p> <p>E5 : « Un patient qui est dans le déni »</p> <p>E6 : « Manque d'intérêt » « absentéisme », « patient qui ne parle pas la langue française »</p>
<p>Ergothérapeute</p>	<p>E2 « Vouloir aller trop vite on ne propose pas forcément les choses des fois très adaptées »</p> <p>E4 « Si la personne n'est pas du tout en mesure de travailler un objectif à son stade de suivi, on ne va pas le faire, sinon ce serait un peu contre-productif parce que la personne peut se braquer pour l'avenir. Par exemple, quand la personne est dans le déni de consommer de l'alcool, en général, on ne travaille pas encore la question de l'alcool. »</p> <p>E4 : Baser juste son travail sur « une approche psychodynamique »</p>
<p>Institutionnels</p>	<p>E4 : « Des freins institutionnels » « laisser le temps à la personne et laisser le temps au soignant » « que l'institution identifie que l'ergothérapeute elle peut jouer quelque chose là-dedans »</p> <p>E6 : « Manque de temps », « seule ergothérapeute » « sur plusieurs unités en même temps »</p> <p>« Les patients ne sont pas tous au même stade de changement et ont des besoins différents » ne peut « pas faire des temps individualisé »</p> <p>Les patients se sentent « protégés » « comme dans un cocon ». « La routine qu'ils ont dans l'hôpital, donc c'est une routine imposée, gérée, cadrée. » Appréhension de retrouver « dans leur vies et de retomber dans l'alcool »</p>

Annexe VII : Moyens mis en avant par les ergothérapeutes afin de vers le changement d'habitudes de consommation des patients

Moyens	Description
<p>La création d'une alliance thérapeutique</p>	<p>E1 : Écouter le patient et ne pas nier « qu'il y avait que des intérêts à consommer » « Donner une part active aux patients »</p> <p>E4 : « Déculpabiliser le patient : l'arrêt total passera par des rechutes », avoir une posture rassurante, « être honnête », « éviter de lui dire que cela va être facile »</p> <p>E5 : « Une certaine horizontalité dans la relation avec le patient », « la personne peut trouver des substituts par elle-même sans qu'on soit obligé de le pointer peut-être que le résultat sera plus durable » et « être centré sur la demande de la personne ». « L'alliance thérapeutique est essentielle parce que si on ne l'a pas, on ne peut pas entrer dans la confiance de la personne pour parler de quelque chose qui au final est très intime. Parler des émotions, parler d'une consommation dont parfois en a honte ou dont on ne veut pas parler, c'est quelque chose qui qu'on ne souhaite pas faire avec n'importe qui. »</p> <p>E6 : « Valider leur souffrance », « être à l'écoute », « travailler sur la relation thérapeutique »</p>
<p>La formulation et la mise en place d'objectifs concrets</p>	<p>E1 : Formulation et mise en place d'« objectifs thérapeutiques négociés avec lui »</p> <p>E2 : Définir un projet « individualisé » afin d'« inclure au maximum » le patient</p> <p>E3 : « Individualiser les accompagnements ». Définir « des objectifs concrets »</p> <p>E4 : « Va se faire un petit objectif par petit objectif, c'est pour moi c'est ça l'engagement c'est de dire on est partenaire » « l'idée ça serait de dire ont est partenaire sur ce chemin vers limiter l'usage ou arrêter totalement. Mais qu'on va peut-être le graduer, qu'on va faire étape par étape, » « faire émerger une demande et peut être une demande autre que je vais arrêter l'usage de l'alcool parce que ça c'est un truc très euh quand il dit ça c'est pour nous faire plaisir en fait en vrai. Enfin, il le pense peut-être mais c'est un peu gros morceau c'est euh c'est peut-être plutôt euh ben je voudrais, je ne sais pas moi, euh, être re disponible pour aider mes enfants vers leurs devoirs. Enfin des choses comme ça, plutôt que ce grand objectif, je vais arrêter la consommation d'alcool dont on sait très bien qu'en fait elle va passer par des étapes enfin. Et du coup plutôt essayer de travailler sur des objectifs très très concrets, pratico pratiques de leur envie quoi. »</p> <p>E5 : « En général, quand quelqu'un vient sous contrainte, notre premier objectif, c'est de parvenir à voir avec lui quel pourrait être son objectif de son séjour avec nous, quel quel pourrait être ses objectifs de soins à lui et en général, il va les formuler très très très différemment de nous. Par exemple, un objectif très classique sur lequel on peut travailler avec la personne, c'est : « je ne souhaite plus jamais être ré-hospitalisée ».</p>
<p>La mise en place d'un suivi adapté</p>	<p>E2 : « Être au rythme du patient », « travail pluridisciplinaire » avec une « communication » entre les différents acteurs</p> <p>E4 : « personnaliser le suivi », « être, personne, occupation, environnement centrée » Ajuster les outils en fonction de « là où il en est » et « travailler sur cette</p>

	<p>idée d'équilibre occupationnel à mon avis, c'est un levier très intéressant » « Travailler sur des objectifs très, très concrets, pratico pratiques, selon leur envie »</p> <p>E5 :« Adapter le suivi selon le stade de changement. Du coup, si la personne est pas du tout en mesure de travailler un objectif à son stade de suivi, on ne va pas le faire, sinon ce serait un peu contre-productif parce que la personne peut se braquer pour l'avenir » « Par exemple, quand la personne est dans le déni de consommer de l'alcool, en général, on ne travaille pas encore la question de l'alcool ».</p> <p>E2 : Réaliser « un entretien », « des évaluations », pour favoriser la « prise de conscience de ses difficultés »</p> <p>E4 : « Graduer, qu'on va faire étape par étape », Accompagner les rechutes : « essayer de comprendre ce qui s'est passé ». Faire de la « résolution de problèmes » pour comprendre les facteurs qui ont fait « replonger » la personne.</p>
<p>La recherche d'alternatives selon la fonction occupée par l'alcool</p>	<p>E1 : « Trouver des alternatives » « quand les patients consomment parce que stress, parce qu'angoisse, parce que sentiment de plus avoir la maîtrise ou autre d'essayer de trouver aussi d'autres alternatives, d'autres types de stratégies pour essayer de maîtriser un petit peu ses émotions. »</p> <p>E2 : « À travers des activités créatives mais aussi corporelles, de la sophrologie, la relaxation de la marche. On leur fait tester un peu divers supports d'activités pour qu'ils trouvent après eux la médiation ou l'activité ou la stratégie qui va leur permettre de pouvoir des fois remplacer la consommation d'alcool par une autre stratégie. »</p> <p>E3 : « Essayer de trouver des stratégies alternatives », « les rendre acteurs en expérimentant eux-mêmes les stratégies. »</p> <p>E4 : « c'est peut-être de de reconnecter la personne avec les choses qui lui font plaisir, en dehors de la consommation d'alcool en fait. C'est de se reconnecter avec des choses en parlant d'activités ressources. »</p> <p>E5 : « On est plus dans une certaine valorisation et la proposition de substitut par exemple. Moi là, tout à l'heure, je parlais à une patiente du fait qu'on va aller dans un bar à jeu demain matin. Moi j'ai un patient qui passait un peu de temps à se murger tous les weekends et qui finalement a trouvé dans les bars à jeux un substitut et du coup on a vu ensemble quels étaient les bars à jeux qui n'étaient pas loin de chez lui. On a d'abord testé dans des sorties thérapeutiques organisées à partir d'ici. Et puis oui, voilà, après il a pu trouver des lieux où il est entendu que on peut avoir des tables, qu'on dit, ouvertes, où on peut sociabiliser avec des personnes qu'on ne connaît pas autour de jeux de société. Et du coup, ça, ça a remplacé. »</p> <p>E6 : « Ouvrir vers d'autres activités que l'alcool », par exemple « atelier préparer des cocktails qui ne soient pas alcoolisés »</p>
<p>La mise en place de nouvelles routines</p>	<p>E4 : « Essayer de mettre en place d'autres routines ou d'autres habitudes quoi autour d'autres choses. »</p> <p>E4 : « Structurer les journées, les semaines quoi. Et peut-être essayer de réfléchir à quel moment de la journée il y a le plus de consommation et que les activités</p>

	<p>ressources il faut peut-être les mettre là », « écouter de la musique, faire des jeux. Enfin je n'en sais rien, aller marcher. »</p> <p>E6 : « Au travers d'un atelier équilibre occupationnel, j'essaie de travailler ici, je leur donne en planning et je leur montre : » alors montrez-moi quelle était votre journée avant d'être ici » et c'est ça que on voit, on voit beaucoup de temps libre, mais mal utilisé ».</p>
<p>Le travail en équipe</p>	<p>E1 : « De manière pluridisciplinaire »</p> <p>E5 : « Collaboration avec l'équipe pour que chaque intervenant propose quelques choses de cohérent », « se coordonner en tant qu'équipe pour ne pas faire de travail contre-productif avec l'un qui tire d'un côté et l'autre de l'autre »</p>

Annexe VIII : Éléments mis en avant par les ergothérapeutes sur la fonction du groupe auprès de patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool

Le groupe	<p>E1 : « les échanges dans le groupe, ça permet la confrontation à l'altérité, le fait de pouvoir saisir après discussion de groupe pour rebondir dessus » le groupe permet justement ses échanges ces feedback c'est retour aussi qui ne voit pas forcément un thérapeute le groupe est un élément super fort. « Pour les patients d'addictologie, à part dans de rares cas où les patients arrivent dans des états très aigus, euh ne je ne sais pas début de korsakoff, d'un syndrome frontal assez grave ou d'un cas d'un sevrage encore trop aigu, sinon c'est systématiquement du groupe. »</p> <p>E3 : « Favoriser les échanges au sein des groupes »</p> <p>E4 : « Mais pour moi, l'idée ce n'est pas forcément d'aller tout de suite les engager sur des activités avec des gens hein. C'est déjà se mettre bien avec soi-même hein. Les autres, on verra après quoi. Enfin pour moi, ça fait trop de challenges quoi, c'est déjà soit avec soi-même et puis les autres, on verra plus tard quand ça ira un petit peu mieux. De toute façon, tant que personne elle consomme beaucoup d'alcool, aller chercher les gens, enfin les gens, amis au réseau social, c'est quand même délicat, hein ? »</p> <p>E5 : « La pair-aidance » : « on a énormément de patients qui consomment de l'alcool et qui, à force d'être suivi, ont pu reconnaître qu'ils en consommaient, reconnaître le pourquoi ils ont consommé. Voir ce qui leur avait permis d'atténuer leur consommation et du coup qu'eux puissent parler de leur expérience avec d'autres patients qui sont plus en amont de leur suivi. C'est en général une grande aide pour nous. » « Le groupe créer un effet motivant, entraide, se donne des idées, partage d'expérience, pas tous aux même stades : « aborder subtilement la question de la consommation d'alcool avec un patient où je sais qu'il est assez aisé pour lui d'aborder le sujet. Et le faire juste à côté d'un patient où je sais qu'il souffre de la même problématique, mais qu'il n'est pas capable d'en parler. »</p> <p>E6 : « travail en groupe » : Ils partagent leur vécu, ils se donnent des astuces, voilà, des idées. Donc oui c'est vrai, ça c'est un bon levier.</p>
------------------	---

Annexe IX : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E1

Claire : Super, je commence alors ma première question c'est : est-ce que vous pouvez-vous présenter brièvement ainsi que le lieu où vous travaillez ?

E1 : Et oui, je suis Monsieur X je suis ergothérapeute donc je travaille aux établissements ... et donc je travaille dans un hôpital qui fait de l'intra-hospitalier, de l'extra-hospitalier, hôpital de jour et CMP. Et je vois différentes pathologies, différents âges, de la préadolescence vers 11-12 ans jusqu'à la personne vieillissante. Et pour ce qui nous intéresse, pour nous, tout particulièrement pour cet entretien, on a une unité d'Addictologie spécifique, qui accueille des patients avec différents troubles addictifs : drogue dure, drogue douce, addictions aux comportements. Voilà sinon, ça n'empêche pas sur d'autres unités de soins d'avoir d'autres patients qui sont dans des processus de dépendance.

Claire : Okay, mais c'est quel type d'hospitalisation ?

E1 : C'est un poste cure .

Claire : un poste cure, okay ! Et donc la durée générale, cela dure combien de temps pour ces patients en postcure ?

E1 : Alors ce qui leur est proposé, en général, quelques jours de sevrage qui peut aller jusqu' à 10-15 jours de temps de sevrage pour certains pour qui leur consommation n'est pas si loin que ça. Et ensuite pour le post-cure, on parle de quatre à 6 semaines. C'est souvent 6 semaines en moyenne.

Claire : Et ça fait combien de temps que vous exercez en tant qu'ergothérapeute ?

E1 : Cela fait 10 ans.

Claire : Et vous avez suivi des formations spéciales au niveau de l'Addictologie ?

E1 : Oui des formations, du coup on a un pôle de formation national sur l'hôpital. Et effectivement, des formations en Addictologie avec des collègues addictologue, psychologues ou paramédicaux qui venaient intervenir sur cette formation.

Claire : Okay, très bien. Et donc c'est quoi votre expérience professionnelle avec des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool ? Donc ça reprend un peu ce que vous m'avez dit mais

c'est ça, c'est qu'au final vous avez des patients que vous recevez un peu dans tous les milieux que vous travaillez et qu'il y a l'unité addictologie pendant 4 ou 6 semaines où vous avez des patients en posture.

E1 : Ouais, c'est ça, voilà avec des profils psychologiques sous-jacents un peu divers aussi chez ces patients.

Claire : Et donc c'est quoi le profil des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool que vous accompagnez ?

E1 : Bah justement ça peut être des profils assez variés hein, ça peut être des profils plutôt avec un parcours judiciaire, troubles du comportement, des profils parfois psychopathiques.

Claire : Quand vous dites parcours judiciaire, c'est-à-dire ?

E1 : Ils ont pu avoir des temps maison d'arrêt quand ils étaient plus jeunes, des temps d'enfermement, des petites peines. Ce sont souvent des petites peines, on a une la maison d'arrêt de XX qui est juste à côté de chez nous et donc parfois bah voilà, il y a eu des séjours de 1 an 2 ans 6 mois par la prison.

Claire : C'est des profils variés !

E1 : Tout à fait je travaille pour la ... c'est un hôpital de la ... on a effectivement quelques enseignants sur un profil anxio-déprimé donc un peu névrosés. On peut aussi avoir des patients, ça arrive occasionnellement, psychotiques aussi. Pour qui on veut d'abord avoir un poste cure pour mettre à distance le produit et pour après retourner sur une hospitalisation de secteur, ça peut aussi arriver parfois.

Claire : Parce que justement après vous vous pouvez donc en postcure prendre quand justement il faut arrêter la substance et après prendre un suivi justement après ?

E1 : Exactement, sachant que post-cure n'est pas sectorisé, donc ce n'est pas des patients forcément du secteur comme en psychiatrie. Donc en sortie de post-cure chez nous, ils peuvent aller chez nous quand ils sont du secteur mais ils peuvent aussi après retourner sur leur secteur psychiatrique.

Claire : Très bien. Et donc pour vous c'est quoi le rôle de l'ergothérapeute auprès de ce public ?

E1 : Le rôle ! Alors là comme ça, je vais avoir du mal à vous résumer le rôle.

Claire : Enfin cela peut justement être les objectifs, ce que vous travaillez.

E1 : La, vous résumé au singulier le rôle ça va être compliqué

Claire : Ou les rôles alors, quels sont les rôles de l'ergothérapeute ?

E1 : Bah, on va on va avoir l'idée pour l'arrêt de la consommation, du coup on va faire émerger les forces, les points identitaires sur lesquels la personne peut se reposer, choses comme ça qui vont pouvoir favoriser comme ça une estime de soi, une confiance en soi permettant aussi de vivre sans consommation. On a différents d'outils ; ça peut être à travers des activités de la vie quotidienne, comme le groupe cuisine par exemple dans lesquelles les patients vont faire les courses. D'abord se mettre d'accord sur ce qu'ils voudraient faire : entrée, plat, dessert. Ensuite, d'aller faire les courses, ensuite de cuisiner puis manger avec les ergothérapeutes et les autres patients. On a des activités aussi on va dire plus de méditation thérapeutique, là avec mise en situation dans un atelier de terre : poterie par exemple ou à bois, menuiserie. Et donc là l'idée, ça va être voilà de de confronter le patient à la matière, de voir ce qui peut émerger comme ressenti, comme émotion aussi dans le travail de la matière dans les différentes étapes qu'il va rencontrer. Voilà ça peut être aussi à travers des outils plus occupationnels aussi.

Claire : Et vous avez des idées justement des outils plus occupationnels

E1 : Euh là, je pensais plus à des questions comme des balances occupationnelles, des géno sociogrammes qui peuvent être tournés autour des occupations, le récit occupationnel, le profil occupationnel C'est des outils comme que l'on met en place depuis quelques temps aussi.

Claire : Super, c'est super intéressant ce que vous dite. Et justement ça va pile avec ma prochaine question c'est donc justement : sur quelle approche et sur quel modèle conceptuel vous basez-vous ?

E1 : On a plusieurs obédiences un petit peu sur l'hôpital que ce soit en ergothérapie et puis après personnellement aussi suivant les ergothérapeutes. On a clairement un héritage historique psychodynamique avec une forte empreinte sur l'hôpital de psychothérapie institutionnelle, un modèle très riche et particulièrement pour ces patients. Et puis, au niveau du corps métier, on a une tendance aussi maintenant à venir piocher dans les modèles occupationnels particulièrement le MOH.

Claire : Et donc justement selon vous, comment on pourrait favoriser donc l'engagement du patient dans l'accompagnement en ergothérapie ?

E1 : Ben premièrement, je pense c'est ce qu'on essaie de favoriser ici quand on reçoit les personnes ici pour la première fois en entretien. C'est de pouvoir donner une part active aux patients. C'est des patients qui peuvent souvent très vite être insupportés par les règles, par les contraintes de l'unité. Cela va être clairement notre outil de soin. On leur propose aussi de se positionner aussi sur ce qu'ils aimeraient faire aussi en ergothérapie quand ils arrivent en premier entretien. Leur redonner une part active, comme ça, je pense que, en favorisant le fait comme ça que ça soit eux qui puissent un petit peu choisir ce qu'ils souhaitent mettre en place comme soin qui est une part active dans ce soin, cela favorise après de pouvoir reprendre ensemble quand cela ne va pas, quand cela se passe mal. Et favoriser aussi le fait qu'ils s'engagent comme ça, entièrement dans le soin.

Claire : Et ça juste c'est quand vous faites justement l'entretien pour choisir avec le patient, c'est en post-cure ou de façon générale avec cette population ?

E1 : On le fait de manière un peu générale parce que l'hospitalisation, c'est quand même un petit peu en retrait d'une part active du patient. Donc on le fait avec tous les patients, mais je pense qu'il est vraiment particulièrement intéressant avec cette population-là. Qui souvent est dans quelques chose d'assez proactive comme ça et qui a envie de saisir un peu facilement des différents espaces thérapeutiques, différentes choses proposées par l'institution.

Claire : Et donc là comment vous faites ? C'est eux qui choisissent, c'est les patients qui choisissent justement les activités qui sont signifiantes pour lui ? Ou c'est vous qui dites bah, par exemple il y a tel et tel atelier, est ce que vous voulez participer ? Vous faites comment ?

E1 : Bah on essaye pendant l'entretien de se mettre d'accord un petit peu sur de faire ensemble des objectifs thérapeutiques et négociés avec lui. Donc de dire ensemble, on regarde ce que l'on a mis en avant pendant l'entretien. L'entretien est parfois médiatisé, ça peut être par un collage ou ça peut être par justement une balance occupationnelle. L'entretien est médiatisé et on essaie de conclure ensemble voilà vous avez mis en évidence dans le récit de vie ou dans les choses qu'on a pu dire aujourd'hui tel tel point. Moi il me semblerait important de travailler sur ces points-là, ça peut travailler dans différents espaces. Je vais prendre les espaces qui me semblent être une adéquation avec ce qui vient de me dire et après, voilà, je laisse une part active au patient.

Claire : Oui, donc c'est avec vous en fait qu'il choisit ses objectifs pour voir si enfin ... pour travailler avec vous. Et après vous proposez des choses et lui propose aussi, c'est une vraie collaboration.

E1 : Voilà le fait de les reformuler, cela permet de se mettre d'accord aussi voir si on a bien compris ce que le patient disait, et aussi si comprend ce qu'il vient de dire quand on reformule.

Claire : Et par exemple, ça peut être quoi un type d'objectif qui peut être justement ressorti par le patient ? Des exemples pour que je me fasse une idée.

E1 : En addictologie, ça peut être, pouvoir aller au bout d'un projet. Il y a souvent beaucoup de projet qui ont été arrêtés, avortés un petit peu avant d'être menés à terme. Ça peut être, pouvoir venir à l'heure 2 fois par semaine pendant 1h30 sur les temps de séance. Ça peut être, qu'est-ce que ça peut être encore ... Ce sont plutôt des objectifs très concrets.

Claire : Donc après j'ai aussi une autre question pour vous : c'est, qu'est-ce que signifie pour vous le terme d'équilibre occupationnel ?

E1 : Le terme d'équilibre occupationnel, mmh un équilibre occupationnel, euh (..), une définition d'équilibre occupationnel euh (..) Bah, pour moi, l'équilibre occupationnel, c'est de permettre à la personne d'avoir un train de vie et des activités du quotidien relativement satisfaisantes. Enfin, un équilibre entre satisfaction, productivité, efficacité et qui lui renvoie, ouais, qui lui renvoie une satisfaction, une maîtrise et une autonomie. Et la notion de bien-être.

Claire : Oui et quel est l'impact de l'équilibre occupationnel chez ces patients ?

E1 : Euh oui, alors les patients addict à l'alcool, du coup il va avoir un déséquilibre occupationnel justement qui peut être très important : l'alcool va prendre beaucoup de place, tout va être un petit peu relié à l'alcool, donc par exemple les liens amicaux, les liens professionnels vont être liés à la question de l'alcool. En fait, c'est comme quelque chose qui serait en problème de fond un petit peu de toutes leurs occupations, de toutes leurs occupations quotidiennes. Et en fait l'arrêt de la consommation, bah en fait alors peut faire chavirer en fait complètement cet équilibre occupationnel. En fait, il va falloir réapprendre en fait à être au travail et du coup sans alcool, il va falloir réapprendre à être avec des amis sans alcool, parfois qui consomment eux encore après. Il va falloir réapprendre à être père, mère, être en famille sans alcool. Il va falloir réapprendre tout ça, euh à faire du sport sans alcool, parfois toutes ces choses en fait, qui tous ces rôles, toutes ces activités quotidiennement ... Il va falloir parfois

réapprendre, être plus à l'écoute de son corps ... en fait se prendre parfois par fouet les maladies, les choses qu'on a mis de côté aussi par dénis par les consommations et ça va complètement bousculer en fait justement cette équilibre occupationnel, leur quotidien. Je ne sais pas si cela répond à votre question

Claire : Oui, oui c'est super intéressant ce que vous dite de dire qu'il faut réapprendre à faire sans l'alcool. Car pour ces patients, c'est ça qui ont tout dirigé par rapport par rapport à cette consommation d'alcool et donc justement c'est réapprendre toutes les petites activités de la vie quotidienne tous les liens à faire sans alcool

E1 : Complètement, complètement et c'est souvent dans ces cas-là qu'on met en avant en fait les intérêts qu'ils avaient à consommer. On ne dit pas qu'il n'avait que des défauts enfin que des inconvénients à consommer, on met aussi en avant en fait dans ces balances notamment les intérêts à consommer. En fait qu'est-ce que l'on perd avec l'arrêt des consommations aussi. A mon avis, il ne faut vraiment pas nier les choses que perdent les patients avec l'arrêt des consommations

En fait, ils vont se rendre compte qu'ils avaient l'image en fait d'être quelqu'un de très sociable qui allait vers les autres. Et avec l'arrêt de l'alcool, ils sont plutôt d'une nature timide en fait. Ça redéfinit complètement les traits identitaires de la personne.

Claire : Et au final, la balance décisionnelle enfin je ne sais pas si vous l'appeler balance décisionnelle ou balance occupationnelle, vous le faites avec le patient justement pour faire un travail avec eux en voyant avec eux qu'est-ce leur apporte l'alcool ? Il a une discussion ? Comment ça se fait justement ?

E1 : Oui ça ou alors on le fait avec lui ou alors on lui donne aussi pour qu'il nous le remette pour plus tard pour en discuter ensemble.

Claire : Donc vous donnez le support et le patient réfléchit justement, il peut faire une introspection en se disant qu'est-ce que m'apporte l'alcool ? Pourquoi j'en prends ? Quels sont les avantages, les désavantages à cette consommation ?

E1 : Exactement, exactement, et ça permet de visualiser un petit peu et pourquoi pas après sans saisir aussi pour faire une représentation graphique aussi. Il faut parfois aussi que les patients addicts à l'alcool arrivent très très loin. vous avez dû le voir sur vos lieux de stages jusqu'à des limites en fait de de rupture en fait d'un couple d'une famille jusqu'à se faire virer jusqu'à parfois

se faire retirer leur permis jusqu'à parfois avoir une hépatite sur un état aigue ou en fait on finit par leur dire : si vous buvez encore vous mourrez. Et des fois même ça cela n'arrête pas le fait de consommer. Il faut vraiment aller très, très loin chercher ses limites très, très lointaines pour l'arrêt des consommations et en fait suivant ou le patient arrive aussi jusqu'à où il est allé aussi loin dans ses consommations aussi et dans cette limite et plus parfois cette balance décisionnelle, en fait elle va être déséquilibrée, puis il va avoir des inconvénients à l'arrêt des consommations.

Claire : Mais ça justement, on le fait élarger chez le patient ? On attend que ce soit le patient qui le verbalise ?

E1 : Exactement. On se sert des éléments qu'il amène, on reformule avec lui mais voilà ce n'est pas du tout nous qui l'amenons, c'est le patient qui le met en évidence, oui. Nous on est juste là pour le guider un petit peu ce qu'il dit, réorienter là où ça semble intéressant voilà.

Claire : Oui, donc vous faites beaucoup de reformulations, de médiation des groupes et tout ça justement ça amène le patient à réfléchir sur sa consommation d'alcool de voir s'il peut envisager une autre façon de vivre sans alcool ou est-ce qu'il a encore besoin de d'aller toujours plus loin et qu'après ils reviennent sur cette consommation ...

E1 : Exactement vous avez dit un mot important la question du groupe hein parce que le groupe permet justement ces échanges, ces feedbacks. Le groupe est un élément super fort.

Claire : Et donc justement, comment vous accompagnez le changement d'habitude de consommation chez vos patients ?

E1 : Ben sur l'hôpital de manière pluridisciplinaire, par un aspect corporel, par retrouver comme ça des sensations corporelles aussi de l'ordre de l'agréable ou en fait de l'agréable mais différemment que par les consommations. Donc ça va être par le sport avec les APA, ça peut être retrouvé aussi par les sensations d'un corps agréable, par des prise en charges psychomot, ça peut être retrouvé par une gratification à travers les activités qu'on a en ergothérapie, sur un groupe cuisine que ce soit c'est soit en faisant un modelage en terre que ça soit en faisant je ne sais pas pour un cadre pour sa fille. Ou en atelier bois en ergothérapie, toujours retrouver plaisir en fait dans les rencontres avec les autres sur l'unité avec quelque chose de type médiatisé avec les éducateurs spécialisés, les infirmiers. C'est donc le retour du plaisir en fait différemment que par les consommations.

Claire : Oui ça, c'est vraiment l'objectif en fait que tout le monde partage et qu'il retrouve du plaisir sans cette prise d'alcool.

E1 : Ouais et les interventions sont toujours en groupe.

Claire : Vous ne faites que des interventions en groupe ?

E1 : Pour les patients d'addictologie à part dans de rares cas où les patients arrivent dans des états très aigus, euh ne je ne sais pas début de korsakoff, d'un syndrome frontal assez grave ou d'un cas d'un sevrage encore trop aigu sinon c'est systématiquement du groupe.

Claire : Et pour l'entretien, par contre ça, c'est individuel ?

E1 : Ah oui, par contre on passe par un rapport individuel avant de passer par une prise en en groupe. Car le groupe ça permet les échanges, la confrontation à l'altérité, le fait de pouvoir saisir après discussion de groupe pour rebondir du coup je ne sais pas sur la question de la frustration avec les patients. Sur la question de de la position par exemple de sachant qui prend dans le groupe et en fait voilà qui donc de son côté thérapeute. Par exemple, ou le fait de pouvoir d'être un adulte qui dans une démarche de soin en addictologie bah en lien avec les ados bah et en fait au travers le groupe, ils puissent reprendre par exemple une place un peu parentale dans le prendre soin des jeunes adolescents du groupe. C'est parfois des exemples que je donne comme ça, mais parfois c'est rigolo de voir, pas rigolo, ce n'est pas le terme mais je suis une dame, là depuis quelques semaines qui a 40-45 ans, qui est dans le milieu du cinéma, poly consommatrice et qui fait des discours de prévention par exemple à des jeunes filles de 14 ans qui sont là dans le groupe avec elle sur les consommations, les drogues. Alors qu'elle-même est assez ambivalente par rapport à l'arrêt de cette consommation. Mais a une fille de 14 ans, qu'elle voit difficilement, qui lui en veut beaucoup et bah voilà c'est aussi là quand je la mets, je la vois dans un espace en ergothérapie de terre poterie, elle fait beaucoup d'objets pour sa fille et en fait dans ce groupe-là bah, elle peut-elle peut commencer à imaginer à reprendre son rôle maternel, à être , à expérimenter d'être différemment et laisser cette possibilité à la personne d'un espace d'exploration, comme ça je pense que c'est nécessaire, obligatoire pour s'en sortir.

Claire : C'est super intéressant ce que vous dites ! Ah oui, donc le groupe là il y a vraiment une fonction déjà pour discuter et un autre moyen aussi pour voir comment se passent au final les relations, comment les personnes entretiennent des relations avec les autres personnes. Comment ils se positionnent, qu'est ce qui cherche ...

E1 : Ouais vous avez raison il y a même peut-être plus que ça. Incarner un petit peu là ce rôle maternel qu'elle voudrait avoir, pouvoir l'expérimenter, le vivre en fait et le mettre à l'essai, quoi.

Claire : Et ça après vous le reprenez avec par exemple le cas de cette patiente justement de ce que vous avez pu voir de comment elle s'est placée où ça reste des choses qu'après vous allez continuer à travailler autrement ?

E1 : Est-ce qu'on le verbalise voulez dire ?

Claire : Oui c'est ça, est-ce qu'on le verbalise directement ou comment vous l'approchez cette discussion ?

E1 : Oui ça peut être le cas par des points intermédiaires, un petit peu en fin de séance on demande de rester par exemple et voilà on pointe que Je reprends toujours le cas de cette dame, parce que je pense que ça peut être parlant de parler au travers d'un cas comme ça clinique. Euh, cette dame, elle est à tatouée de partout, elle a des piercings de partout, écarteurs. Il se trouvait que dans le groupe, il y avait une jeune fille qui avait 16 ans et qui avait un tatouage qui voulait se faire encore tatouer et du coup je me saisis de la discussion de groupe pour pouvoir un petit peu étayer et dire : bah voilà Madame X en tant que mère, en tant que la maman qu'est-ce que vous dites à votre fille ? Elle a le droit de se tatouer à n'importe quel âge ? Est-ce qu'il y a un âge limite du coup pour se tatouer, pour se percer les oreilles ? Du coup, je la mets en situation de mère à ce moment-là pour répondre à l'autre patiente. Moi je suis juste là pour relancer les échanges, pour donner la parole, pour mettre en évidence se rôle de mère. En fait c'est très intéressant aussi de là voire aussi dans son rôle de maman. Où est-ce qu'elle met la limite ? Comment elle imagine une limite pour sa fille qu'elle n'a pas eu ? Elle pouvait faire tout ce qu'il voulait en fait très tôt : son premier tatouage était à l'âge de 12-13 ans je crois, des premières relations sexuelles très tôt. Il n'y a pas eu de limite du tout dans son histoire personnelle, dans son histoire de vie. Et donc elle est en difficulté dans son propre rôle de mère pour mettre des limites pour sa fille. Donc intéressant du coup devant une autre jeune fille comme ça, en fait elle est replacée en position de mère. Et c'est à elle, d'exprimer en fait ce qu'elle veut pour son enfant ou pour une autre jeune fille et là c'était une autre jeune fille.

Claire : Mais oui ça revient un peu à la même chose.

E1 : Oui cela revient à la même chose.

Claire : Ah oui donc ça c'était une problématique qui était importante pour elle et donc cela lui permet d'expérimenter sans alcool justement ce lien mère fille.

E1 : Oui et s'interroger sur sa propre histoire aussi de ce qu'il a reçu ou pas reçu justement.

Claire : Vous avez quoi d'autre comme groupe que vous utilisez ? Vous avez parlé du groupe de cuisine, poterie ...

E1 : Ouais on a différents groupes après sur l'hôpital, on a un atelier autour de la soie, du tissu. On a un atelier aussi autour de l'art graphique, c'est tout ce qui va être dessin, peinture, pastel ... Pour participer il y a une prescription médicale au départ qui pose une sorte d'obligation et puis après il y a une obligation à venir mais c'est le patient qui choisit pendant l'entretien où est ce qu'il veut venir.

Claire : D'accord, ah oui donc ils se positionnent sur des groupes. Chaque semaine ? Cela se passe comment ?

E1 : Ils sont semi-ouverts donc semi-fermés comme vous voulez. Ils fonctionnent, voilà y a toujours le même groupe patient avec des entrées et des sorties dans ce groupe patient

Claire : Oui donc il y a quand même souvent les mêmes personnes qui reviennent mais il peut avoir des nouvelles personnes qui peuvent rentrer.

E1 : C'est ça l'idée, c'est quand même d'avoir un groupe patient identifié, des personnes qu'on retrouve chaque semaine avec qui on a déjà eu des discussions auparavant que la discussion ne soit pas qu'avec des thérapeutes mais je trouve aussi surtout dans le groupe patient.

Claire : Pour vous c'est quoi les leviers et les freins pour l'accompagnement justement de cette population ? Cela va peut-être revenir sur certaines choses que vous avez déjà dites !

E1 : Ouais les leviers bons on a discuté un petit peu, bah l'engagement actif de la personne, le groupe on en a parlé un petit peu. Et les freins, ben, peut-être déjà la capacité de mentalisation de la personne, de ses difficultés.

Claire : Vous entendez quoi par mentalisation ?

E1 : Une mentalisation, plutôt de tourner un regard vers soi.

Claire : Ah introspection ?

E1 : Voilà et de pouvoir quelque chose des difficultés personnelles, de voilà d'introspection de sa propre histoire de pouvoir faire des liens, je pense que ça va être facteur limitant.

Claire : Oui, donc en fait vous avez un peu une approche psychodynamique hein un peu avec l'introspection si on dit comme ça et un peu à côté aussi, très occupationnel avec des activités des groupes de cuisine. Vous avez un peu les deux, vous êtes sur les deux versants, en fait ?

E1 : Tout à fait. Je trouve qu'une approche occupationnelle, elle a le mérite de pouvoir intégrer pas mal, un peu n'importe quel type de modèle. Donc avoir une approche dynamique dans un modèle occupationnel type MOH est tout à fait possible. Si on voulait avoir une approche plutôt cognitivo-comportementale, ça pourrait aussi aller très bien avec une approche opérationnelle.

Claire : Oui donc, les freins ça serait une capacité de mentalisation qui sera un peu faible.

E1 : Oui, ce n'est pas très bien dit mais je pense que ça peut être, ouais, un facteur limitant. Ah oui, et les mises en situation peuvent être un bon levier aussi.

Claire : ah, il y a des mises en situation qui sont faites parfois à l'extérieur où c'est à l'intérieur de l'hôpital ?

E1 : Des mise en situation par l'unité par des courses notamment, nous ça peut être par des sorties extérieures, ça peut être pour les courses du coup de cuisine par exemple. Et là, on est en train d'organiser une sortie du coup pour les patients suivis sur le groupe poterie en ergothérapie. On est en train d'organiser une visite à l'extérieur en transport en commun pour aller voir la manufacture de la céramique à Sèvres près de Paris. Donc bah l'idée, ça va être de pouvoir s'organiser pour eux, qu'ils puissent avoir un ticket de transport aller-retour. Acheter une collation donc là-bas être confronté éventuellement bah voilà à des magasins ou il y a de l'alcool, être confrontés à des gens qui boivent dans la rue ou à des gens voilà qui vont pouvoir parfois leur rappeler les états antérieurs. Je pense notamment à des gens qui sont à la rue dans des états physiques assez dégradés. Ils vont être confrontés à toutes ces identifications aussi tous ces situations de vie aussi, alors de manière un peu plus sécurisée parce qu'on est dans un groupe. Il y a des thérapeutes qui nous accompagnent, mais c'est déjà des mises en situation.

Claire : Oui là, ça devient oui c'est très concret ça aussi.

E1 : Oui.

Résumé

Titre : Addiction à l'alcool : l'ergothérapie, une aide pour le changement

Mots clés : ergothérapie, trouble de l'usage de l'alcool, équilibre occupationnel, engagement occupationnel

La consommation d'alcool représente un défi majeur en matière de santé publique, elle est identifiée comme la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Ces répercussions se manifestent sur tous les aspects de la personne et sur la façon dont elle s'engage dans son environnement et dans ses occupations. L'objectif de cette étude est de déterminer comment l'ergothérapeute peut favoriser la l'engagement occupationnel des personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, afin qu'elles (re)trouvent un équilibre occupationnel satisfaisant. Six entretiens semi-directifs ont été menés par téléphone avec des ergothérapeutes travaillant en santé mentale et intervenant auprès de patients présentant des troubles liés à l'usage de l'alcool. Les résultats soulignent le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population, grâce à la mise en place d'un suivi individualisé comprenant des séances individuelles et en groupe. En collaboration avec le patient, l'ergothérapeute travaille sur la fonction que l'alcool revêt pour lui et explore des activités afin de trouver des solutions alternatives à sa consommation d'alcool.

Title : Alcohol addiction: occupational therapy as an aid to change

Key words : occupational therapy, alcohol use disorder, occupational balance, occupational engagement

Alcohol consumption represents a major public health challenge, ranking second after tobacco as a preventable mortality. These repercussions affect every aspect of a person's life, and the way they engage with their environment and their occupations. The aim of this study is to determine how occupational therapists can support the engagement of people with alcohol use disorders, so that they can gain or find a satisfying occupational balance. Six semi-structured interviews were conducted with occupational therapists working in the mental health field with patients suffering from alcohol use disorders. The results underline the role of occupational therapists with this population, through the provision of individualized programs including individual and group sessions. In collaboration with the patient, the occupational therapist works on the function of alcohol for him and explores activities to find alternatives to alcohol consumption.