

Institut de Formation
d'Ergothérapie d'Aix-Marseille



Océane, PLAZA

UE 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche

13-05-16

**En quoi l'utilisation de médiations corporelles est une compétence
ergothérapique pour la prise en charge de patients souffrant d'addiction
à l'alcool ?**

Sous la direction de CORDEMANS Audrey

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Pour commencer je voudrais adresser mes remerciements à ma directrice de mémoire, Audrey Cordemans, et mon référent méthodologique, David Lavernhe, pour leur disponibilité, leurs conseils et leurs encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais également remercier pour leur aide précieuse, toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mes questions et à mes entretiens.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de ce périple.

Sommaire

Introduction.....	p.1
1. Qu'est-ce qu'une addiction ?	p.1
2. Les critères de l'addiction.....	p.3
3. Les différents modèles théoriques des addictions.....	p.4
4. Les addictions : un problème de santé publique.....	p.7
5. Comorbidité et troubles concomitants.....	p.9
6. Ergothérapie et addiction alcoolique.....	p.10
7. Pré-enquête et problématique.....	p.13
8. Cadre théorique.....	p.16
II. Matériel et méthode.....	p.22
III. Résultats.....	p.26
IV. Discussion des données.....	p.36
Bibliographie.....	p.49
Annexes.....	p.51
Résumé et mots clefs.....	p.85

I. Introduction

Depuis toujours, j'ai voulu travailler dans le médical. J'ai découvert l'ergothérapie pendant le lycée et ce métier m'a tout de suite plu pour la diversité des champs d'intervention possibles, la proximité avec les patients etc. Actuellement en troisième année, j'ai dû trouver un thème qui m'intéresse et m'interpelle assez pour pouvoir construire mon mémoire de recherche. Un petit retour en arrière s'est donc imposé. Quels cours m'ont passionné ? Qu'est ce qui m'a le plus « parlé » au cours de mes deux premières années d'études en ergothérapie, par rapport à mon passé ou des situations rencontrées en stage ? Qu'est-ce que j'ai envie d'approfondir ?

Ainsi, même si beaucoup de domaines m'intéressent, j'ai particulièrement apprécié les cours sur la santé mentale. Il est vrai qu'au départ, je ne savais pas que les ergothérapeutes pouvaient intervenir dans ce secteur.

Mais ce domaine reste vaste. Alors j'ai décidé de m'orienter vers un domaine qui m'intrigue énormément : les addictions et leurs prises en charge en ergothérapie.

Pourquoi l'addiction ? Tout d'abord parce que mon père souffrait d'addiction à l'alcool mais aussi au tabac, c'est donc un sujet qui m'intéresse particulièrement. Ensuite lors de mes stages, je me suis aperçue que même sans être dans des établissements psychiatriques, on rencontre souvent des personnes qui ont ou ont eu une problématique addictive et qui ont eu un accident ou une pathologie liée à la prise de substances psychoactives. Enfin les addictions sont un réel problème de santé public. Il me semble donc utile de développer ce sujet.

Je me demande donc : En quoi l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la prise en charge des addictions ?

C'est ici que mes recherches commencent.

1. Qu'est-ce qu'une addiction ?

Avant tout, il est important de définir l'addiction.

D'après l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) les addictions sont des pathologies cérébrales qui sont définies par une dépendance à une substance (addictions à l'alcool, aux drogues, à la cigarette, aux médicaments, à la nourriture...) ou à une

activité (jeux en ligne, jeux d'argent, sexe, achats compulsifs, sport...) et ayant des conséquences pouvant aller jusqu'au décès¹.

Je vais tout d'abord me concentrer sur les addictions liées à une substance. Toutes les personnes que j'ai pu rencontrer en stage, qui avaient une problématique addictive, souffraient d'une dépendance à une substance.

La Fédération Française d'Addictologie nous dit donc qu'un comportement addictif se traduit par :

- L'impossibilité répétée de contrôler un comportement,
- La poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- Et le fait que ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne².

On pense que le produit le plus addictif est le tabac (32% des consommateurs sont dépendants), viennent ensuite l'héroïne (23%), la cocaïne (17%) et l'alcool (15%)¹. L'installation de la dépendance est plus ou moins rapide en fonction du produit ou de l'activité addictive.

De plus, on trouve des facteurs de risque et de protection. Les facteurs de risque peuvent être une disponibilité des drogues dans l'environnement de la personne, une rupture difficile, l'influence des pairs, la pauvreté, la prédisposition génétique, la dépression, etc. Dans les facteurs de protection nous avons la situation économique, l'intégration sociale, les événements positifs de la vie, la capacité à surmonter les difficultés, la perception des risques, la capacité à résister à la pression sociale, etc³.

Mais pour comprendre l'addiction il est nécessaire d'avoir une vision holistique car c'est un phénomène multidimensionnel. L'interaction de plusieurs dimensions fait l'addiction : la personnalité (hérédité, plasticité neuronale, facteurs de personnalité, capacité d'adaptation...), la substance (quantité absorbée, teneur de l'agent actif, durée et fréquence de consommation...) et le contexte (culture, milieu familial, lois pénales...) ⁴.

Mais comment peut-on considérer qu'une personne est addictive ?

2. Les critères de l'addiction

Tout utilisateur n'est pas forcément dépendant. Goodman (psychiatre) a donc publié dans le *British Journal of Addiction* en 1990, des critères de l'addiction :

- A. « Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
- B. Tension croissante avant d'initier le comportement
- C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- D. Perte de contrôle en débutant le comportement
- E. Cinq des critères suivants ou plus :
 1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
 2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
 3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
 4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
 5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
 6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
 7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
 8. Tolérance marquée
 9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
- F. [cinq des critères de l'item E ou plus pendant] Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période »⁵.

Les travaux récents que l'on peut trouver reprennent tous les critères de Goodman malgré de légères modifications. Ces critères sont également très proches de ceux qu'on trouve actuellement dans le DSM-V.

Ainsi avec le DSM-V on considère qu'une personne est atteinte de troubles addictifs quand elle présente ou a présenté, au moins deux des critères suivants, au cours des douze derniers mois :

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

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

Une addiction est dite **faible** si **2 à 3** des critères sont remplis, **modérée** s'il y en a **4 ou 5** et **sévère** pour **6 et plus**¹.

L'OMS se sert également de la CIM-10 pour détecter une dépendance en utilisant le même principe de critères que le DSM⁶. Il faut au moins trois des critères de la CIM-10 pour être considéré comme dépendant.

Mais les personnes souffrant d'addiction ne le sont pas toutes pour les mêmes raisons. Ainsi plusieurs modèles théoriques expliquent cela.

3. Les différents modèles théoriques des addictions

Différents modèles expliquent le mécanisme d'une addiction.

3.1 Le modèle psychodynamique

Si le modèle neurologique décrit le phénomène du système de récompense, le **modèle psychodynamique** lui, compare l'addiction à un mécanisme de défense⁴. Ainsi une personne addictive consomme pour se protéger de l'anxiété, de la dépression ou d'autres émotions considérées comme négatives par la personne. Ce serait donc un état affectif négatif qui serait la cause de l'addiction et non la conséquence. Les différents mécanismes de défenses sont expliqués dans « Les addictions » de Didier Acier (2012) et sont donc :

- Le déni : le patient veut protéger le Moi
- La pensée en tout ou rien : les patients prennent souvent leurs besoins pour des certitudes. Leurs prises de décisions ont tendance à être inflexibles voire simplistes.

- L'évitement et la minimisation du conflit : les personnes alcooliques tentent d'éviter les conflits interpersonnels.
- L'attention sélective centrée sur soi : c'est très souvent le cas chez les personnes ayant une problématique alcoolique. Mais l'introspection est bien souvent difficile à accepter.
- La focalisation obsessionnelle : les personnes ne pensent qu'à la substance qu'ils consomment⁴.

On parle également du phénomène d'automédication. La consommation de substances psychoactives sert alors à soigner une souffrance psychologique.

3.2 Le modèle psychanalytique

D'un point de vue psychanalytique on trouve :

- Des facteurs de vulnérabilité⁷ : c'est avant tout une fragilité narcissique et une dépressivité qui amènent des répercussions au niveau des relations et dans les capacités d'intériorisation⁸. Certaines théories expliquent cette fragilité par le développement psychoaffectif notamment avec la théorie de l'attachement développées par J. Bowlby par exemple⁸. « Dans certains cas, ce sont de véritables carences quantitatives de l'investissement maternel et parental qui sont retrouvées, notamment chez les toxicomanes, avec cette succession de placements-rejets-reprises qu'on constate également chez nombre de sujets psychopathes »⁸ (Cf pathologie du lien).
- Des facteurs déclenchants : on considère que l'adolescence, la rencontre initiatique avec la substance addictive et la place des « pairs » sont les principaux facteurs déclenchants. En effet à l'adolescence, il y a le processus de séparation-individuation, les fragilités de la personne peuvent alors être révélées. Ensuite, la rencontre avec l'objet addictif peut être déterminante dans le déclenchement de la conduite. Enfin, dans le groupe la consommation de substance est un « partage » et permet la désinhibition, qui favorise les échanges.
- Des facteurs d'entretien : l'addiction s'auto-entretient et s'auto-renforce⁸.

3.2.1 *Une pathologie de l'agir*

- Dans l'ouvrage « les pathologies de l'agir chez l'enfant », la pathologie de l'agir est définie comme cela : « L'agir Freudien [...] renvoie à l'expression et à la décharge d'un

matériel psychique conflictuel par le biais d'un acte à la place d'une verbalisation. Lié au transfert, il procède d'un retour du refoulé sur un mode agi donnant lieu à répétition au lieu d'une remémoration»⁹. Il décrit donc cela comme un mécanisme de décharge pulsionnelle anormal préformé organiquement¹⁰.

- « L'agir symptomatique remplit le vide laissé par le rejet »⁴. La personne addictive va donc consommer comme pour nier ou masquer un mal-être intérieur.

3.2.2 Une pathologie du lien

- « C'est l'échec de l'introjection de la fonction maternelle, d'image interne de la mère. La mère est comme une drogue calmante, et plus tard, l'enfant cherchera une solution palliative à ce manque [...] »⁴.
- De même Freud considère que « le sujet alcoolique est ainsi un dépressif, qui porte sur lui et sa misère humaine, la perte de l'objet (phallique) de complétude : maternel, familial, amoureux, travail... »¹⁰. Il va consommer dans le but de combler un manque.

3.3 La recherche de sensation de Zuckerman

Zuckerman (professeur en psychologie clinique à l'Université du Delaware) lui, considère que la consommation de substances psychoactives est due à la recherche de sensations. Il a ainsi dégagé trois phases de motivation : la curiosité (consommateurs occasionnels), le plaisir et l'envie d'échapper aux contraintes de la vie (addiction)⁴.

3.4 Le cycle de l'assuétude de Peele

Stanton Peele, professeur en psychologie sociale à l'université Columbia, considéré aux Etats-Unis comme un spécialiste des addictions a développé un modèle explicatif de la dépendance :

Problèmes de vie : culpabilité, angoisse, anxiété → recherche d'alternatives aux problèmes → stratégies d'adaptation (dont la consommation de substance) → sentiment de bien-être → augmentation de la consommation pour maintenir le bien-être⁴.

3.5 Les motivations à consommer de Cooper

Lynne Cooper qui dirige le laboratoire de recherche sur les risques de la santé chez l'adolescent et le jeune adulte aux Etats-Unis, a développé un modèle de la consommation d'alcool :

- Motivation d'amélioration : pour améliorer son humeur, son bien-être, etc (renforcement positif interne).
- Motivation sociale : pour obtenir une approbation sociale par exemple (renforcement positif externe).
- Motivation de coping : pour réguler ou réduire des émotions perçues comme désagréables (renforcement négatif interne).
- Motivation de conformisme : par exemple, consommer pour ne pas être rejeté d'un groupe, faire comme tout le monde (renforcement négatif externe)⁴.

3.6 Le modèle cognitif de Beck

Beck a spécialement conçu un modèle de l'alcool-dépendance :

- Croyances anticipatoires : attentes positives liées à l'alcool.
- Croyances soulageantes : attente de réduction du manque ou d'un malaise.
- Croyances permissives : autorisation de la consommation d'alcool⁸.

Nous avons vu différents mécanismes de fonctionnement de l'addiction. Nous allons donc voir maintenant si l'addiction atteint une population importante ou non.

4. Les addictions : un problème de santé publique

Les addictions touchent de nombreuses personnes. Voici quelques chiffres pour démontrer que l'addiction est un problème de santé publique :

Des enquêtes ont été faites sur les différentes substances psychoactives pour mieux connaître la consommation des français.

Le tabac :

En 2013, le professeur Michel Reynaud a fait un rapport à la présidente de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)¹¹. On nous rapporte ici que la consommation de tabac augmente depuis 2005 en France parmi la population française âgée de 18 à 75 ans. Cette augmentation est due notamment à une augmentation de consommation chez les femmes. **27%** des français de 18 à 75 ans ont déclaré fumer **quotidiennement**, en 2005². Enfin le tabac, c'est environ 70 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf lié à cette consommation (cancers des bronches, maladies respiratoires et cardiovasculaires...) ¹¹. Le tabac est une substance addictive particulière par le fait qu'il est en vente libre.

Les drogues :

Le nombre de consommateurs de cannabis est resté stable dans les années 2000. Mais la France, en 2011, est toujours un des pays Européens qui a la plus forte proportion de consommateurs, que ce soit dans la population adulte ou adolescente. Plus de 50% des jeunes de 18 ans ou plus auraient déjà essayé le cannabis dont environ **20%** seraient des fumeurs réguliers⁴. De plus la consommation de cocaïne et d'autres drogues de synthèse est en progression en France, ce qui n'améliore pas les chiffres. La consommation régulière du cannabis peut entraîner une schizophrénie, des cancers et des pathologies vasculaires. Enfin, 175 à 190 décès par an seraient la conséquence d'une conduite sous l'effet du cannabis¹.

L'alcool :

Nous apprenons également dans ce rapport, que la France est un des pays au monde ayant le niveau de consommation d'alcool le plus fort malgré une baisse en 50 ans, allant de 26L/an à 12L/an. Ainsi la consommation quotidienne d'alcool a diminué mais l'alcoolisation importante et ponctuelle, elle, a augmenté. **28%** de la population soit **12 millions** de personnes sont des **buveurs à risques ponctuels**, **9%** soit **4 millions** de personnes (chiffres en hausses) sont considérés comme des **buveurs à risque chronique** et **500 000** personnes sont des **buveurs à risque de dépendance**. En 2009, on compte 49 000 décès liés à l'alcool, soit 13% de la mortalité annuelle. Cela correspond à 15 000 morts par an, pour cause de cancers, 12 000 décès par maladies cardiovasculaires, 8 000 pour cause de pathologie digestive, tout autant pour des causes externes comme les accidents, les chutes, les suicides ou les homicides et 3 000 décès liés à une pathologie mentale et comportementale. Enfin l'alcool représente la 3eme cause de mortalité mais aussi la 1ere cause de mortalité prématurée et la 2eme cause de mortalité

évitable après le tabac¹¹. Des typologies psychologiques ont été établies pour catégoriser les différents types de buveur. Les principaux types de personnalités qui en ressortent sont l'évitement de la souffrance, la recherche de sensations et le besoin de récompenses⁴. Comme le tabac, l'alcool est une substance psychoactive particulière car sa vente est libre et selon les cultures, la consommation d'alcool est ancrée dans les mœurs.

Ces exemples montrent la fréquence et l'impact des addictions. Il peut souvent y avoir une comorbidité. Ainsi on trouvera des personnes ayant une addiction à l'alcool et à la cigarette, ou au travail et à la cigarette etc. Mais les conduites addictives peuvent également être alliées à des troubles psychiatriques.

5. Comorbidité et troubles concomitants

Ainsi on parle de troubles psychiatriques primaires et de troubles psychiatriques secondaires. Dans les troubles psychiatriques primaires l'addiction est perçue comme l'auto-traitement, la solution à un état anxieux ou à un état dépressif par exemple. A l'inverse, dans les troubles psychiatriques secondaires, c'est l'addiction qui entraîne des troubles psychiatriques⁸. Par exemple, l'alcoolisme est primaire dans 70% des cas et secondaire dans 30% des cas¹².

Une étude réalisée aux Etats-Unis, en 2005, nous donne les informations suivantes :

- Les patients qui consultent les services d'alcoologie ou d'addictologie présentent au moins deux diagnostics de santé mentale dans plus de 50% des cas⁴.
- Environ 20% des personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances souffrent également d'au moins un trouble de l'humeur. Parmi les patients présents pour des troubles de l'humeur, environ 20% avaient des troubles liés à l'usage de substances⁴.
- Une addiction à l'alcool multiplie par 2,4 le risque de dépression ou d'anxiété⁸.
- Des symptômes de la dépression sont présents chez 80% des alcooliques.
- L'alcoolisme est souvent secondaire à des troubles bipolaires. En effet, lors des périodes maniaques, les patients verront leur consommation d'alcool augmenter (recherche d'aventure, d'ivresse, de danger...) ⁸.
- On trouve des troubles anxieux chez près de 10% des alcooliques. Les symptômes des troubles anxieux peuvent être ressentis, par le patient, comme les symptômes du sevrage⁸.

- Chez les schizophrènes, la prévalence de la dépendance et de l'abus à l'alcool est de 35%, et 52% pour celle de l'abus et de la dépendance à d'autres substances⁸. Dans certains cas, on pense que les schizophrènes consomment de l'alcool ou d'autres substances pour « justifier » leurs symptômes, pour leurs trouver une explication, ou pour contrer leurs symptômes⁸.

En prenant en compte les informations que j'ai trouvé ainsi les sujets que j'affectionne plus particulièrement j'ai décidé de me concentrer plus précisément sur les addictions alcooliques. En effet, dans les sources que j'ai trouvées, il y a plus de détails sur l'alcoolisme. Et comme je l'ai écrit précédemment, c'est une addiction particulière du fait que sa vente est libre (sauf pour les personnes mineures), elle touche donc de nombreuses personnes qui n'ont pas forcément le sentiment de commettre un acte « interdit » comme cela peut être le cas pour la consommation de drogues comme le cannabis ou la cocaïne, malgré certaines lois mises en place en France¹³.

Comment peut donc agir l'ergothérapie face à des personnes ayant une problématique alcoolique ?

6. Ergothérapie et addiction alcoolique

La SFA (Société Française d'Alcoologie) a publié en 2015 : Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement – Recommandation de bonne pratique. Il est donc préconisé d'utiliser des interventions non pharmacologiques pour certains patients, dont l'ergothérapie¹⁴.

Il est important, avant tout, de s'arrêter sur un terme qui est primordial dans la prise en charge des personnes ayant une problématique alcoolique : **l'accompagnement**. Les centres spécialisés dans la prise en charge de patients souffrant d'addictions voient même ce terme apparaître dans leurs noms suite à des décrets de 2005 et 2007 :

- CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

Ainsi l'accompagnement complète le traitement médical en faisant travailler différents aspects de la personne notamment les aspects psychologiques et sociaux (qualité de vie, motivations

aux changements, changement de regard sur soi, réduction des situations à risques...). Désormais « les professionnels sont passés d'une référence systématique à la guérison à celle de la qualité de vie et de la diminution des risques »⁷.

Alain Morel (2008) écrit dans « Les Conduites Addictives – Comprendre, prévenir, soigner » : « Jellineck avait, en son temps, souligné combien l'alcoolisme était un comportement appris pour faire face aux émotions négatives. L'accompagnement a donc pour fonction de rétablir une expérience de satisfaction, une relation « positive » à l'environnement, mais dans des conditions autres et à moindres risques. »⁷. Avec l'accompagnement on ne cherche plus un sevrage brutal, qui est contraignant pour le patient mais on l'aide à maîtriser à nouveau sa vie.

L'ergothérapie peut donc intervenir de plusieurs manières pour accompagner ces patients. Plusieurs méthodes sont utilisées même si les objectifs thérapeutiques peuvent être les mêmes.

Ainsi, différents types d'interventions sont recommandés : des activités à médiation d'expression, à médiation de créativité (ou projective), des activités cognitives (remédiations cognitives, des ateliers de revue de presse, des ateliers éducatifs sur les troubles liés à l'alcool...), des activités sociothérapeutiques (renforcer, développer les capacités relationnelles. Capacités souvent affectées chez les patients souffrant d'addiction), des activités artisanales ou encore des activités à médiation corporelle, etc¹⁴.

- Les activités à médiation d'expression, de créativité ou projective

On peut retrouver ces différents termes selon les sources. Certaines les différentient, d'autres ne font pas de distinctions. Mais certaines activités permettent de créer et de s'exprimer en même temps. D'autres activités vont commencer par un travail de créativité pour amener à une expression à travers la création.

Les jeux de rôle peuvent être utilisés pour permettre à la personne de « s'exprimer ». On peut ainsi proposer des situations que les patients devront mettre en scène. Ces situations peuvent avoir pour but par exemple, de les entraîner à exprimer leur ressenti, à réagir le mieux possible face à des situations à risque ou face à des situations de frustration (qui peuvent être difficiles à gérer pour les personnes ayant une problématique alcoolique). Les entretiens motivationnels entrent également dans ce type de médiation. On peut aussi trouver des activités qui ont pour but l'expression corporelle où le corps entrera en jeu (peut également être considéré comme une activité à médiation corporelle). Les ateliers écritures peuvent également se faire pour ce type de médiation, ce sera de l'expression écrite. Mais les ateliers écritures, par exemple,

permettent également aux patients de « créer ». Le fait d'écrire va faire travailler leur imagination.

Ils peuvent également faire travailler l'imagination, la créativité en construisant des objets, des « œuvres », etc. De plus, le patient aura peut-être plus de facilité à exprimer ce qu'il ressent en créant un objet plutôt qu'en parlant. L'expression du ressenti est difficile pour les personnes alcooliques. C'est donc un travail d'extériorisation, de réflexion (l'objet reflète le ressenti), de réappropriation ou encore de mise en lien (lien entre l'objet et les conflits internes du patient). Une fois créé, il est important pour l'ergothérapeute d'inciter le patient à s'exprimer sur sa création. Cela permet donc un travail d'introspection. Une fois encore, l'activité aura pour but de permettre au patient de s'exprimer. A première vue il doit s'exprimer sur l'objet qu'il a créé mais cela pourra révéler des choses plus « enfouies ». « N'importe quelle activité peut devenir projective à partir du moment où son objet est porteur de sens et défini comme tel, et non plus seulement l'expression d'une qualité technique »¹⁵.

Il existe ainsi de nombreuses médiations de ce type : activité terre, dessin, peinture, écriture, etc. Ces activités sont très souvent utilisées.

- Les activités artisanales

Certains les considèrent comme des activités à médiations de créativité. « Les activités artisanales sont littéralement le produit de « gens de l'art », décrivant aujourd'hui la réalisation de productions en fonction de techniques repérées, référencées et reproductibles et utilisées en ergothérapie dans le sens d'une utilisation d'activités humaines à visée thérapeutique »¹⁵. Ces activités sont moins « libres » que les activités créatives. C'est plutôt une action sur le réel. Dans les activités artisanales on trouve par exemple la menuiserie, la vannerie, la ferronnerie, le cuir, etc. « Symboliquement, on se trouve dans un travail d'acquisition d'une certaine maîtrise, lorsque l'on ne maîtrise pas ou plus le cours de sa vie [...]. A travers cette action sur le réel, [...] l'activité artisanale passe alors subtilement dans un registre de projectivité, susceptible de créer un autre espace de développement d'un potentiel thérapeutique dans un projet individuel de soin »¹⁵.

- Les activités à médiation corporelle

Que ces activités soient pratiquées en séances individuelles ou groupales, c'est toujours le travail de l'image de soi ou de la connaissance de soi qui est recherché.

On peut donc utiliser la danse, le chant, la gym douce ou encore la balnéothérapie. Depuis quelques années des activités utilisant la médiation corporelle se sont développées. La danse, l'expression corporelle, le chant, la gym douce sont utilisés mais on entend de plus en plus parler de yoga, sophrologie, réflexologie ou de relaxation¹⁶.

Ces pratiques peuvent donc être utiles pour la prise en charge des personnes souffrant de problématique alcoolique. En effet, nous avons vu que la consommation est souvent due à la recherche de bien-être intérieur, pour se protéger de l'anxiété ou de la dépression, pour soigner une souffrance psychologique, etc.

La peau est un contenant physique et psychique. C'est également une surface d'échange avec l'environnement sur lequel va se construire l'image intériorisée du corps. C'est le « Moi-peau » d'Anzieu¹⁷. Mais le « Moi-peau » est altéré chez les personnes addictes. Les médiations corporelles leur permettent donc de vivre à nouveau l'expérience du « Moi-peau » afin de faciliter une prise de conscience du corps, de développer l'introspection et la confiance en soi, de redonner la notion de plaisir (en dehors de la consommation de la substance). Cette technique leur permet ainsi de ne plus percevoir leur corps comme une image virtuelle mais comme une unité tangible capable de ressentir des émotions, des sensations. Le but est d'abandonner le « corps objet » pour le « corps sujet »¹⁷.

Ainsi « le travail par la médiation corporelle est un travail sur la relation du sujet au monde : le patient découvre ses possibilités de changement à partir de ses expériences corporelles »¹⁸. « Ce sont des approches thérapeutiques qui placent le corps, la sensorialité, au centre de l'émotionnel, du mental, de l'intellectuel [...] »¹⁸.

Ces méthodes de relaxation offriront ainsi aux patients des états de calme et de paix intérieure, état contraire à la sensation de craving (envie intense et impulsive de consommer)⁴.

7. Pré-enquête et problématique

Comme je l'ai dit précédemment j'ai décidé de me centrer sur les patients souffrant d'une problématique addictive liée à l'alcool.

D'après les retours d'autres étudiants ayant effectué un stage en santé mentale (en dehors des CSAPA) et mes expériences de stage, lorsque l'on rencontre des personnes ayant une

problématique alcoolique, ce n'est pas cette pathologie qui est « traitée » principalement mais leurs pathologies concomitantes (dépression, schizophrénie...).

De plus, les activités à médiation d'expression, à médiation créative et projective sont utilisées pratiquement systématiquement en santé mentale. Mais qu'en est-il des activités à médiation corporelle ?

Nous avons vu que cette méthode se développe depuis quelques années. Mais se développe-t-elle en ergothérapie ?

Les différents modèles théoriques montrent bien que les personnes qui tombent dans l'addiction veulent souvent « **soigner** » leurs souffrances psychologiques en consommant (automédication). Les schizophrènes par exemple, peuvent boire pour trouver une explication au fait qu'ils entendent des voix. Ils peuvent consommer à cause d'une **motivation à améliorer** leur humeur ou leur bien-être (modèle Cooper). Le cycle de l'assuétude de Peele nous explique aussi que la consommation peut apparaître lorsque la personne veut soulager un problème de vie (culpabilité, anxiété...). Boire permet alors d'améliorer le sentiment de bien-être. Mais ceci est un des buts des activités à médiation corporelle comme la relaxation, la sophrologie, le yoga ou le pilate. L'apprentissage de techniques de relaxation pourrait peut-être alors leur apporter des stratégies d'adaptation et de compensation ?

On cherche également, en ergothérapie, à montrer aux personnes souffrant d'addiction qu'il est possible de trouver du plaisir ailleurs que dans la consommation. Donc les médiations corporelles peuvent-elles être suffisantes dans cette recherche de plaisir et de bien-être ?

Les médiations corporelles mériteraient-elles donc d'être développées en ergothérapie ?

Pour orienter ma question de recherche j'ai donc décidé de faire une pré-enquête exploratoire. Celle-ci me permettra de faire ressortir du terrain une problématique.

J'ai ainsi créé un questionnaire (Annexe 1). Les questions étaient :

- Travaillez-vous en psychiatrie ?
- Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions ? (Precisez)

- Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?(Précisez) (Annexe 2)
- J'ai enfin demandé les coordonnées d'ergothérapeutes utilisant les médiations corporelles auprès de personnes addictes afin de prendre de l'avance pour la recherche d'ergothérapeutes à interroger (ces coordonnées ne seront pas mises en annexe pour respecter l'anonymat).

J'ai eu neuf réponses (dont une de mon maître de mémoire qui peut avoir été influencé connaissant mon questionnement et mes recherches initiales). J'ai décidé de ne prendre en compte que les réponses d'ergothérapeutes qui travaillent en psychiatrie (soit sept réponses) afin de me rapprocher le plus possible de mon domaine de recherche.

Pour la question concernant l'utilité de médiations corporelles dans la prise en charge d'addictions, il en ressort sur les sept réponses, que ces médiations pourraient être utiles (une réponse précise qu'il faut les coupler à d'autres médiations). Dans les réponses à ce questionnaire on note que les médiations corporelles peuvent favoriser le lâcher-prise, l'expression, une prise de conscience du corps, une (re)découverte du corps, améliorer l'image de soi, vivre de nouvelles expériences, etc. Comme je l'ai écrit précédemment, l'addiction peut permettre de soulager, de contenir, de trouver une explication à une souffrance psychique. Une des réponses nous dit alors que « la médiation corporelle va donc répondre à une problématique plus large que l'addiction : celle de la personne et de son rapport à elle-même, donc à son propre corps ».

Pour la question suivante, les réponses sont un peu plus mitigées. Deux personnes sur sept ne pensent pas que ces médiations soit de l'ordre des compétences ergothérapeutiques. Néanmoins ces réponses ne sont pas catégoriquement négatives ou positives. En effet, la majorité des ergothérapeutes qui ont répondu pensent qu'il est important de prendre en compte le corps et l'esprit de ces patients, de manière holistique. « Le corps étant à la fois le support et le messager du vécu émotionnel ». Cependant, en plus du fait qu'il peut être nécessaire d'expérimenter personnellement ou de se former à ces médiations, la problématique qui est ressortie c'est le fait que les psychomotriciens sont plus formés que les ergothérapeutes à ce genre de médiations. Est-ce donc aux ergothérapeutes ou aux psychomotriciens de les utiliser ?

Sommes-nous donc habilités à utiliser ces médiations ? Avons-nous les compétences nécessaires pour pouvoir les utiliser ?

Cette enquête m'a donc permis d'orienter ma question de recherche :

En quoi l'utilisation de médiations corporelles est une compétence ergothérapique pour la prise en charge de patients souffrant d'addiction à l'alcool ?

8. Cadre théorique

Ergothérapie signifie « thérapie par l'activité ». L'activité a donc un rôle essentiel en ergothérapie.

On peut se demander alors qu'est ce qui rend l'activité thérapeutique en ergothérapie ?

Tout d'abord il est nécessaire qu'il y ait un thérapeute. Ce thérapeute peut donc utiliser l'activité comme outil d'évaluation ou comme moyen de prise en charge¹⁵.

Dans le « Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités » on nous dit que l'activité doit répondre à des **objectifs** précis. Elle joue également un rôle dans la **relation thérapeutique**. Elle se définit par un **cadre** (spatio-temporelle, règles...)¹⁵. Je fais donc l'hypothèse que ces éléments rendent une activité thérapeutique. Je vais donc développer ces termes dans mon cadre théorique.

- Les objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques ergothérapiques sont personnalisés. Tout dépend du patient : de sa pathologie, de ses capacités et incapacités et de ses envies. L'ergothérapeute évalue le patient afin d'établir les objectifs à court, moyen et long terme. Ces objectifs serviront à choisir les outils et moyens utilisés pour la prise en charge¹⁹.

Auprès de personnes souffrants d'addiction à l'alcool, les objectifs peuvent être par exemple : améliorer le raisonnement, la planification, diminuer l'anxiété, diminuer la consommation d'alcool, réduire l'état dépressif, trouver de nouvelles habitudes de vie (pour remplacer les moments de consommations), développer le bien-être, prendre conscience de leur corps, etc.

- **La relation thérapeutique**

La relation thérapeutique se fait entre le soignant et le soigné. Pour que la relation soit thérapeutique il est important qu'il y ait la bonne distance entre le soignant et le soigné : la distance thérapeutique. Cette distance peut passer par exemple par le vouvoiement¹⁹.

En plus de cette distance thérapeutique le patient doit avoir confiance en son thérapeute. Pour les humanistes c'est le premier critère d'une relation thérapeutique¹⁹. La relation doit donc se créer et durer dans le temps²⁰.

Ensuite, la capacité d'empathie du thérapeute est primordiale. Carl Rogers, avec l'Approche Centrée sur la Personne, a su démontrer l'importance de son application²¹. « La compréhension empathique est une « façon d'être » dans laquelle le thérapeute s'immerge de manière sensible dans l'univers mental de son client »²¹. Pour Rogers l'empathie occupe une place centrale. « C'est parvenir à s'adapter à l'expression de l'autre, traverser l'inconnu avec lui, l'accompagner dans son voyage intime à la recherche de lui-même tout en lui laissant le choix de sa propre logique. [...] L'individu, envisagé dans cette large dimension, se sent respecté en tant qu'altérité, validé et reconnu comme une personne unique. Parce qu'il se sent compris, il ne se sent plus isolé, ni étrange, ni « anormal ». »²¹.

Il en est de même pour l'écoute, qui peut être qualifiée d'active. « Une écoute attentive dénuée de jugement constitue une force thérapeutique puissante même sans avoir l'intention d'amener une aide quelconque »²¹. La personne doit se sentir écoutée, comprise et ne pas se sentir jugée. Elle se sentira alors en confiance avec le thérapeute, accepté tel qu'il est.

Une alliance thérapeutique se crée alors entre le thérapeute et le patient.

Plus les relations entre un patient et son soignant sont bonnes, plus il pourra adhérer à la prise en charge.

- **Le cadre**

Le cadre est primordial dans la prise en charge des patients. Ce cadre peut permettre de mettre la bonne distance comme vu précédemment. Il peut également permettre au patient de se sentir en sécurité avec le thérapeute. Enfin il permet d'établir des règles au sein de la relation et de l'activité. Ainsi le cadre comprend le cadre spatio-temporel et les règles.

Le cadre spatio-temporel permet de préciser le lieu et le temps de la séance. On choisit un lieu qui ne change pas afin de rendre l'espace sécurisant pour le patient, relativement neutre et ayant une atmosphère agréable. Cet espace doit devenir l'endroit où le patient se sent en confiance et où il peut s'exprimer librement (verbalement ou à travers l'objet médiateur). On planifie également l'horaire, la durée et la fréquence des séances également pour que le patient se sente sécurisé dans sa prise en charge.

Des règles sont aussi définies. Par exemple : ce qui est dit dans cette pièce reste dans cette pièce, on ne juge pas, on ne coupe pas la parole, etc. Le thérapeute est garant de ces règles et du cadre. Il rappelle les règles en début de séance et les répète si nécessaire. Ces règles permettent de donner des limites au(x) patient(s)¹⁹.

Le cadre peut également avoir une fonction contenant. On parle aussi d'enveloppe psychique, métaphore introduite par Anzieu notamment grâce à ses recherches sur le Moi-Peau²². Cette enveloppe peut délimiter l'espace intérieur de la personne. De même, le cadre, notamment par ses composantes spatiales et temporelles, a un effet sur l'espace intérieur du patient. L'aspect contenant du cadre se remarque plus facilement avec la composante spatiale. En effet, la salle où se passe la thérapie, selon les couleurs de la pièce, sa taille, la disposition des meubles, l'atmosphère, le fait de laisser la porte ouverte ou non, aura un impact sur le patient. Ainsi un espace petit peut être étouffant. A l'inverse, un espace trop grand peut amplifier les angoisses. En instaurant un cadre contenant, on permet au patient de se sentir en sécurité, il apportera une certaine intimité. Il peut faire la différence entre l'intérieur de la pièce et l'extérieur et par prolongement cela favorisera la prise de conscience de ce qu'il se passe entre le patient lui-même et l'extérieur, le monde. « La dimension contenant du cadre est donc une métaphore concrète d'un espace psychique personnel »¹⁹.

L'enveloppe psychique peut également exister lors de séances en groupe, c'est l'enveloppe groupale. Anzieu a écrit : « Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus »²³.

Enfin le cadre peut être plus ou moins souple selon les patients que l'on a en face de soi.

- **Médiateur / médiation**

Comme je l'ai écrit précédemment l'ergothérapeute utilise l'activité pour sa prise en charge. Il passe donc par des médiations ou des objets médiateurs. Grâce au médiateur la relation est triangulaire : patient – thérapeute – médiateur / activité. Selon la matière, la technique choisit il y aura une dimension réelle, imaginaire ou symbolique¹⁹. Tout dépend des objectifs thérapeutiques, de ce que l'on veut faire travailler au patient. L'ergothérapeute tient compte en général des envies, des goûts du patients. Il faut donc choisir une activité signifiante et significative pour la personne afin que celle-ci adhère le plus possible à la prise en charge.

Comme écrit précédemment il y a donc différentes activités : activités créatives, projectives, d'expressions, ludiques, corporelles, etc. Dans les activités corporelles le médiateur sera alors le corps du patient lui-même : « Les méthodes psycho-corporelles comprennent l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps, ou se servant du corps comme médiation [...] »¹⁸. On peut également considérer que le médiateur est la musique, si le thérapeute en utilise, ou bien des objets comme des balles ou autres.

L'ergothérapeute peut prendre en charge les patients de manière individuelle ou en groupe. En effet les ergothérapeutes sont formés à la prise en charge de groupes. C'est alors « la spécificité des processus de symbolisation mis en œuvre par ces groupes thérapeutiques à médiation ne saurait relever seulement du rôle central joué par l'objet médiateur mais elle concerne aussi les processus afférents à la dynamique groupale [...] »²⁴. Ainsi, en plus du médiateur, le rôle de chacun dans le groupe influence la séance. Chaque membre du groupe permet au groupe entier de trouver une stabilité. « L'essence d'un groupe ne réside pas dans la similitude ou la dissemblance de ses membres, mais dans leur interdépendance. On peut caractériser un groupe comme un tout dynamique, ce qui signifie qu'un changement dans l'état d'une quelconque de ses parties, change l'état de toutes les autres sous-parties »²⁵.

D'après tout cela on peut en déduire que les médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes. C'est un outil comme un autre même si il est particulier. En effet le médiateur dans ce cas, n'est pas obligatoirement un objet ou une matière mais le corps du patient lui-même. On peut considérer qu'il n'y a pas qu'un seul médiateur selon la manière dont se déroule l'activité. Il peut également y avoir la musique par exemple, qui fera office de médiateur supplémentaire, si musique il y a. Malgré tout le corps restera le médiateur principal.

Tous ces éléments, les objectifs thérapeutiques, le cadre thérapeutique, la relation thérapeutique, la médiation, font d'une activité, une activité dite thérapeutique.

On retrouve ces termes énoncés dans cette partie dans le référentiel de compétences et d'activités des ergothérapeutes²⁶.

La compétence 2 par exemple (Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement), met en avant le fait qu'il faut élaborer des objectifs thérapeutiques et que ces objectifs ainsi que la prise en charge et le choix des activités soient personnalisés et adaptés au patient, à ses capacités, ses envies et ses projets :

« [...] - Formuler des **objectifs** et identifier des **activités significatives**, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne.

- Identifier les **composantes** physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité.

- Élaborer un **programme personnalisé d'intervention** ergothérapeutique en exploitant le **potentiel thérapeutique** de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité. [...] »²⁶.

L'utilisation de médiations corporelles peut ainsi répondre à des objectifs thérapeutiques établis pour des patients atteints de troubles addictifs à l'alcool. Les médiations corporelles seront utilisées comme outil ou activité pour travailler ces objectifs.

La compétence 3 (Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie) nous parle du cadre thérapeutique, de la relation thérapeutique, du fait que l'ergothérapeute utilise l'activité pour faciliter l'expression du patient ainsi que des capacités qu'ont les ergothérapeutes à animer des groupes en plus des séances individuelles :

« - Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.

- Mettre en place et adapter le **cadre thérapeutique** en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.

[...]

- Conduire une **relation d'aide thérapeutique** comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
- Animer et conduire des **groupes** selon différentes techniques, analyser la **dynamique relationnelle** dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
- Faciliter et recueillir **l'expression** de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité »²⁶.

Le cadre thérapeutique et la relation thérapeutique doivent être mis en place lors de l'utilisation de médiations corporelles. L'ergothérapeute peut utiliser ce type de médiation en individuel ou en groupe. De plus, le travail sur le corps, le fait de se concentrer sur les sensations ressenties facilitera l'expression du patient.

La compétence 6 (Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie) est consacrée à la relation thérapeutique et reprend les termes d'écoute, de confiance, d'alliance thérapeutique... :

« - **Accueillir** et **écouter** la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.

[...]

- Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
- Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en **favorisant l'expression** de chacun.
- Rechercher et développer un climat de **confiance** avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une **alliance thérapeutique** »²⁶.

Avec les médiations corporelles, on va inciter le patient à lâcher-prise, à prendre conscience de son corps, des limites de son corps... Le patient doit donc avoir confiance en l'ergothérapeute pour que ce travail puisse se faire.

Mais tout ce qui a été énoncé précédemment reste des hypothèses par rapport à ce que j'ai trouvé dans mes sources. Il faut donc vérifier cela sur le terrain en mettant une méthode de recherche en place.

II. Matériel et méthode

- Choix de la méthode

Pour mon travail de recherche j'ai choisi la méthode clinique qui me semble la plus adaptée par rapport à ma problématique. Par conséquent, mes recherches se baseront sur des entretiens.

Ma problématique nécessite de recueillir l'avis de différentes personnes pour pouvoir ensuite comparer leurs idées et faire le lien entre les éléments qui ressortent et mon cadre théorique. C'est ici, le recueil de la parole des personnes interrogées qui m'importe. Le but n'est pas d'avoir LA bonne réponse mais de permettre aux personnes interviewées de pouvoir donner leurs idées, leurs points de vue librement sur le thème donné.

C'est donc la méthode clinique qui est la plus adaptée car cette méthode s'appuie exclusivement sur la parole de sujets interrogés.

- Population ou matériel – critères d'inclusion et d'exclusion

La population sur laquelle va reposer ma recherche est composée d'ergothérapeutes hommes ou femmes qui travaillent en psychiatrie et qui utilisent les médiations corporelles. Il faut, de préférence, que ces personnes travaillent ou aient travaillé avec des personnes qui souffrent d'addiction à l'alcool. Les entretiens se dérouleront soit par entretiens téléphoniques soit en face à face selon la position géographique des personnes interrogées et leurs disponibilités.

- Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données

Pour mon outil théorisé de recueil de données j'ai donc créé une trame d'entretien. J'ai commencé par des questions générales sur ce qui rend une activité thérapeutique pour ensuite demander si ces éléments correspondent aux médiations corporelles et enfin si celles-ci peuvent être utilisées auprès de personnes souffrants d'addiction à l'alcool.

Dans ce type d'entretien il faut partir du thème de départ et chercher à faire développer les idées de l'interviewé. Ce sont donc des questions ouvertes qui favoriseront la prise de parole et l'expression des idées. Ces questions permettent à l'interviewé de donner son point de vue, ses impressions.

- Qu'est-ce qui, selon vous, rend une activité thérapeutique ?

Avec cette question, je pense avoir une énumération plus ou moins longue, de critères.

Les critères donnés par la personne pourront être semblables aux critères énoncés dans mon cadre théorique. Il est également possible que la personne donne des éléments supplémentaires auxquels je n'avais peut-être pas pensé. Ces éléments pourront donc potentiellement compléter mon hypothèse de base. La personne peut aussi ne pas parler de critères qui apparaissent dans mon cadre théorique. Cela peut être dû au fait que la personne ne pense pas que ces critères rendent une activité thérapeutique ou qu'elle n'y a tout simplement pas pensé.

J'aurais la possibilité, avec cette question, de demander plus d'informations sur ce qui a été dit par la personne interviewée. Cela pourra passer par des reformulations par exemple, qui éviteront les interprétations erronées ou par des questions du type « vous m'avez parlé de ... qu'est-ce que vous entendez par cela ? ». Ceci pourra amener des nouvelles informations et peut-être permettre de retrouver des critères de mon cadre théorique.

- Pensez-vous que les médiations corporelles répondent à toutes ces exigences ?

Avec la première question, la personne définit, en quelque sorte, l'activité thérapeutique. Cette question permettra donc de voir si les médiations corporelles sont considérées comme une activité thérapeutique.

La personne pourra développer son propos : « oui je pense, dans le sens où... ». De nouveaux critères pourront peut-être apparaître à ce moment-là.

- Qu'est-ce qui fait office de médiateur dans les médiations corporelles ?

Dans les critères que j'ai énoncés dans mon cadre théorique j'ai parlé du médiateur. J'en ai déduit qu'à ce niveau-là, les médiations corporelles étaient particulières. Il n'y a pas obligatoirement d'objet médiateur. Le médiateur peut donc être la musique, si le thérapeute en utilise ou dans tous les cas, le corps du patient lui-même.

Avec cette question, je vais donc voir si les ergothérapeutes interrogés pensent également que le corps peut être le médiateur ou si ils utilisent d'autres objets afin d'avoir un objet médiateur concret.

- Quels objectifs thérapeutiques, relation et cadre établiriez-vous auprès de patients souffrant d'addiction à l'alcool ?

Cette question nous rapproche de la population sur laquelle j'ai choisi de me concentrer.

La personne interviewée aura peut-être parlé de ces éléments lors de la première question. Si ce n'est pas le cas, elle pourra prendre conscience qu'elle n'en a pas parlé et les développera à ce moment-là. Dans tous les cas, les réponses à cette question permettront de voir si les objectifs, la relation et le cadre établie avec cette population peuvent correspondre à l'utilisation de médiations corporelles.

Le fait d'utiliser les médiations corporelles auprès de ces patients pourra déjà devenir plus évident.

- Pensez-vous que les médiations corporelles peuvent répondre aux besoins de cette population ?

Cette question est facultative. En effet, les personnes interviewées auront peut-être répondu à cette question lors de la question précédente. Si leurs réponses me conviennent je ne poserais pas cette question. Si je pense que les réponses peuvent être développées d'avantage, je pourrais alors reformuler leurs propos. Et si les personnes n'ont pas parlé des médiations corporelles auprès de personnes souffrants d'addiction à l'alcool dans la question précédente, cette question me permettra d'obtenir leurs avis à ce sujet.

- Avez-vous pu pratiquer les médiations corporelles auprès d'eux ? Si oui, qu'avez-vous remarqué ?

Au cours de l'entretien, je pourrais certainement savoir si les ergothérapeutes interrogés ont pratiqué les médiations corporelles avec cette population. Je ne poserais donc pas forcément cette question. Mais je pourrais dire « vous m'avez dit que vous avez déjà pu utiliser les médiations corporelles auprès de personnes addictes à l'alcool. Est-ce que vous avez remarqué quelque chose de particulier avec cette population ? Des effets positifs ou négatifs sur eux ?... ».

Les réponses à cette question me permettront alors d'avoir un léger retour sur ce qu'il se passe sur le terrain lorsque l'on utilise les médiations corporelles avec des personnes ayant une problématique avec l'alcool.

Le fait de faire un entretien semi-directif voire non directif me permettra de plus, de pouvoir formuler d'autres questions selon ce que me diront les personnes interviewées. Cela pourra apporter de nouvelles interrogations. Selon les réponses, je pourrais peut-être leur demander ce qui peut différencier les ergothérapeutes et les psychomotriciens par exemple.

- Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation

Pour mon enquête j'ai effectué trois entretiens téléphoniques.

Pour recueillir au mieux les informations données par les personnes interviewées j'ai décidé d'enregistrer les conversations. Malheureusement l'enregistrement du premier entretien n'a pas fonctionné (toujours pas d'explications trouvées à ce jour). Cet entretien s'est alors fait en deux fois.

Pour les autres entretiens il n'y a pas eu de problèmes particuliers.

Les ergothérapeutes interrogés sont toutes des femmes qui travaillent en psychiatrie. Elles utilisent les médiations corporelles et ont pour cela, été formées à ce type de médiation.

La première ergothérapeute interrogée travaille actuellement en intra-hospitalier. Elle a également travaillé quelques années dans un service d'addictologie et quelques années dans un CATTP.

La deuxième personne que j'ai interrogée travaille dans un centre d'addictologie depuis trois ans.

Enfin la troisième ergothérapeute a travaillé plusieurs années en intra-hospitalier puis en hôpital de jour depuis une dizaine d'année.

- Choix des outils de traitement des données

Pour traiter les résultats de mes entretiens je vais faire une analyse clinique de la parole car cet outil est le plus adapté pour analyser les entretiens d'une méthode clinique.

III. Résultats

Comme je l'ai dit dans la partie précédente, mes entretiens se sont déroulés par téléphone. J'ai enregistré les appels à l'aide d'applications faites pour enregistrer les appels. Lors de mon premier entretien (avec l'ergothérapeute A), il y a eu problème technique avec l'enregistrement malgré tous les essais (réussis) qui ont été faits en amont. La piste audio n'était pas lisible ni par le téléphone, ni par l'ordinateur. Heureusement l'ergothérapeute A a bien voulu qu'on fasse un autre entretien. Nous avons donc essayé de faire comme si c'était la première fois que nous faisons cet entretien afin que les réponses soient le plus spontanées possible. Ses réponses étaient d'ailleurs différentes par rapport à la première fois même si les idées générales étaient les mêmes.

Les autres entretiens se sont déroulés sans embûche. Ils sont retranscrits en Annexe 3.

J'ai toutefois remarqué que des réponses à certaines questions pouvaient se trouver dans des réponses d'autres questions.

Pour la première question, l'ergothérapeute A a fait la distinction entre une activité occupationnelle et une activité thérapeutique (Ergo A - 1.2-3). Pour elle, l'activité occupationnelle permet au patient de s'occuper avec une activité qui lui plaît (Ergo A - 1.4-5). Elle pense que l'ergothérapie peut avoir une dimension occupationnelle si l'activité fait du bien au patient. Cependant, cela reste un « premier niveau de thérapie » (Ergo A - 1.10).

Alors que pour elle, pour qu'une activité soit thérapeutique il faut qu'elle ait du sens pour le patient et qu'il y ait un cadre thérapeutique (Ergo A - 1.12). Elle définit alors le cadre thérapeutique : « un temps particulier, un espace particulier, une prescription médicale » (Ergo A - 1.12-13). L'activité thérapeutique ce n'est pas « s'occuper pour oublier » (Ergo A - 1.17). C'est aussi « ce qui va permettre au patient de s'exprimer, de se découvrir donc là ce n'est pas oublier ses soucis mais au contraire les transformer, les projeter à l'extérieur, travailler d'une autre façon sur sa vision des choses [...] » (Ergo A - 1.14 à 16). Elle dit également que pour qu'une activité soit thérapeutique, il faut la présence d'un thérapeute de manière « fiable et permanente » (Ergo A - 1.30-31). « Il faut un thérapeute référent pour qu'il y ait vraiment une

thérapie qui puisse se passer » (Ergo A – 1.37-38). Elle rajoute que la présence tout au long de la prise en charge va « créer également une relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute. » (Ergo A – 1.31).

Pour l'ergothérapeute B l'activité est thérapeutique quand le thérapeute prend en compte l'état actuel du patient : « C'est le fait qu'on puisse rejoindre le patient là où il en est... dans son histoire [...] » (Ergo B – 1.3-4), « Pour moi c'est vraiment d'accueillir le patient là où il en est qui va rendre l'activité thérapeutique » (Ergo B – 1.20). Cela passe aussi par le choix de l'activité : « Heu. Je pense que c'est déjà dans le fait... dans les activités en fait. » (Ergo B – 1.6), « Du coup ils se sentent en général accueillis et entendus dans leurs envies ou dans leurs pas envies de faire. » (Ergo B – 1.8-9).

Elle a ensuite parlé de la relation entre le patient et le thérapeute : « Je pense vraiment que c'est la rencontrer et la relation qui va en découler qui va rendre ça thérapeutique. » (Ergo B – 1.23-24). Elle a terminé avec la notion de cadre. Elle définit le cadre comme « le temps qu'on accorde au patient » (1.28) et « le lieu où je suis » (1.31-32).

L'ergothérapeute C a commencé par dire qu'une activité thérapeutique est une activité qui « favorise la rencontre entre le patient et... le thérapeute, l'ergothérapeute puisque c'est nous. » (Ergo C – 1.3-4). C'est aussi une activité qui est « adapté à la personne, à sa problématique, à ses capacités » (Ergo C – 1.4-5). Il faut que l'activité ait du sens pour le patient (Ergo C – 1.6). Elle dit aussi que c'est l'activité thérapeutique qui permettra au patient « d'amorcer un changement en lui » (Ergo C – 1.8).

Elle parle ensuite du cadre en disant que c'est un outil qui relie l'activité à la relation (Ergo C – 1.14). Pour elle, cela aboutira à une « dynamique relationnelle » (Ergo C – 1.15). Elle définit alors le cadre de l'activité comme : « est-ce que je vais la proposer en individuel, en groupe, combien de fois, combien de temps, est-ce que c'est ouvert, fermé » (Ergo C – 1.16-17). Tout ceci répondra, pour elle, à des « orientations thérapeutiques » (Ergo C – 1.18).

Par la suite, elle parle également de « rencontre » (Ergo C – 1.25) entre le patient et le thérapeute, qui permet de créer la relation.

Voici un tableau récapitulatif qui donne les éléments donnés par les ergothérapeutes dans l'ordre d'apparition :

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Qu'est ce qui rend l'activité thérapeutique ?	<ul style="list-style-type: none"> - Fait sens pour le patient - Cadre thérapeutique - Permet au patient de se découvrir - Thérapeute fiable et permanent - Relation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre en compte l'état actuel du patient - Amène vers un changement - Choix de l'activité - Rencontre / relation thérapeutique - Cadre thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre / relation thérapeutique - Adapté au patient - Fait sens pour le patient - Amène un changement - Cadre thérapeutique
Légende (la légende est la même pour tous les tableaux) :			
<p>Rouge : même réponse pour les trois ergothérapeutes Vert : réponse retrouvée chez deux des ergothérapeutes</p> <p>Bleu : réponse assez proche chez plusieurs ergothérapeutes Noir : réponse donnée par une seule ergothérapeute</p>			

A la deuxième question, l'ergothérapeute A nous dit que ses activités à médiations corporelles sont faites de manière à ce que les patients puissent réutiliser seuls les techniques vues en séance (Ergo A – 1.45). L'ergothérapeute B parle aussi du fait que les patients pourront réutiliser ses techniques seuls (Ergo B – 1.16-17). L'ergothérapeute A nous parle de « thérapie avec intégration » (Ergo A – 1.63).

La première ergothérapeute nous dit ensuite que pour faire ses médiations corporelles, elle a un « cadre thérapeutique régulier, des horaires, un engagement, une prescription » (Ergo A – 1.48-49). Elle prend un exemple d'activité pour montrer que la manière de poser les cadres influence les patients : « Ils étaient tout à fait capables de distinguer que porte ouverte avec n'importe qui qui vient, on dit pas les mêmes choses que porte fermée en confidentialité, avec un seul thérapeute, avec un... un endroit plus tranquille, un cadre plus tranquille. » (Ergo A – 1.73 à 76). Cela rend la séance thérapeutique mais elle parle aussi de l'importance de l'engagement du patient (Ergo A – 1.49 à 55) : « Donc c'est bien que l'activité choisie soit signifiante et significative pour le patient et qu'il y trouve un sens, que les objectifs thérapeutiques lui parlent sinon heu... il viendra pas pour les bonnes raisons. » (Ergo A – 1.55 à 57), « Donc ça va être

aussi la thérapie, y a pas que nous, notre façon de poser les cadres, y a aussi la façon dont le patient va utiliser les outils qu'on lui donne. » (Ergo A – 1.80-81).

Pour l'ergothérapeute C, tout dépend du patient (Ergo C – 1.33). Il faut savoir où il en est dans « ses défenses, ses blocages » (Ergo C – 1.51-52). Et là, on verra si les médiations corporelles sont adaptées ou pas.

Puis comme l'ergothérapeute A a parlé du travail d'une de ses collègues, j'ai posé une question supplémentaire pour voir ce qui, selon elle, peut être différent si un ergothérapeute utilise les médiations corporelles ou si c'est un autre professionnel (notamment un psychomotricien) qui le fait.

Elle dit que pour elle, pour utiliser ces médiations avec un psychomotricien, il faut « aller au bout de la thérapie » (Ergo A – 1.91) et que cela se passe en individuel (Ergo A – 1.93). Alors qu'elle, en tant qu'ergothérapeute, « vise à leur transmettre un outil » (Ergo A – 1.99), il y a une notion d'apprentissage (Ergo A – 1.105-106). C'est la même idée qui ressort de la réponse de l'ergothérapeute C. Pour elle, l'ergothérapeute ramène l'expérience qui se fait autour de l'activité à sa vie quotidienne (Ergo C – 1.56 à 58). L'ergothérapeute cherche le transfert des acquis (Ergo C – 1.59) et l'autonomie (Ergo C – 1.63) à l'aide de ce qu'on peut proposer. L'ergothérapeute cherche à faire le lien avec la vie quotidienne et les projets de vie du patient (Ergo C – 1.65). L'ergothérapeute A pense également que l'utilisation d'objets médiateurs fait la différence (Ergo A – 1.108 à 112). Elle parle de tiers médiateur qui peut passer par différentes choses : « On a un tiers médiateur c'est l'activité, absolument nécessaire. Or, quand t'es dans du corporel, c'est le corps. Donc il faut, il faut médiatiser. Alors soit c'est une technique, moi j'ai la technique que j'enseigne et les objets médiateurs. Heu... Les, la musique est présente aussi. » (Ergo A – 1.116 à 119).

Elle a ainsi parlé de médiateurs dans les médiations corporelles. Je ne lui ai donc pas demandé ce qui fait office de médiateur dans les médiations corporelles car elle y avait déjà répondu.

A l'inverse, l'ergothérapeute B n'utilise pas de musique ou d'objets : « Non. Je parle. » (Ergo B – 1.50). Puis elle dit : « Je vais en fait faire une guidance » (Ergo B – 1.51). Elle rajoute : « Pour moi, le médiateur c'est l'attention. » (Ergo B – 1.60). Pour elle c'est « porter son attention... sur les sensations soit sur la respiration soit sur les émotions, sur les pensées, sur les sons. » (Ergo B – 1.60-61). Pour finir en disant : « Effectivement ça va être au travers de ma voix mais ça va être aussi tout une technique que le patient pourra faire sans ma voix simplement

avec son corps. » (Ergo B – 1.62-63). Elle parle aussi plus tôt dans le texte des techniques qu'elle utilise et qui peuvent être considérées comme des médiateurs : « ça peut être un exercice corporel, un exercice de gestion du stress en leur apprenant des techniques [...] » (Ergo B – 1.16 à 17), « ça peut être des exercices de la gestion du stress, de respiration ou quand il y a des douleurs, je fais aussi du yoga [...]. Le yoga ça fait partie des exercices des méditations, on fait des mouvements en conscience [...] » (Ergo B – 1.93 à 96).

L'ergothérapeute C, elle, dit que dans ses séances de médiations corporelles, le médiateur c'est la musique, les corps, les consignes et parfois des objets (balles, masques, tissus, carton...) (Ergo C – 1.75 à 77).

Viens ensuite la question des objectifs thérapeutiques qu'elles établiraient pour des patients addicts à l'alcool. Des objectifs thérapeutiques apparaissent tout au long des entretiens.

L'ergothérapeute A dit qu'elle commençait par deux objectifs (suite à une demande de l'équipe) : les valoriser et les aider à s'exprimer (Ergo A – 1.138) : « découvrir que... faire des choses ça pouvait avoir du sens... » (Ergo A – 1.141-142), « Pour moi, l'expression c'est ça. Essayer de dégager quelque chose qui donne du sens à de l'informel, à du magma, à des choses comme ça qui sortent et qui sont pas forcément très organisées. » (Ergo A – 1.146-148). Puis elle les voyait en individuel pour « qu'ils reprennent le projet à leur compte et à ce qu'ils se séparent de l'illusion groupale et du groupe » (Ergo A – 1.153-154). En médiations corporelles les objectifs étaient « avoir une conscience du corps, revenir dans le corps » (Ergo A – 1.162-163). Pour elle, « le travail corporel c'est la base. Si tu ne travailles déjà pas le être dans ton corps, tu peux pas faire le reste. » (Ergo A – 1.167-168). Elle dit souvent à ses patients « être bien dans sa peau c'est déjà être dans sa peau » (Ergo A – 1.163-164). Elle leur transmet donc un outil pour qu'ils puissent utiliser ses techniques chez eux (Ergo A – 1.99).

Tout au long de l'entretien elle a donné d'autres objectifs. Par exemple, elle dit « Y a un bienfait thérapeutique de s'occuper pour oublier » (Ergo A – 1.18). Elle fait donc la distinction entre l'occupation pour des personnes névrosées ou addictes et des personnes psychotiques. Pour elle, « Pour les psychotiques [...] « agir sur la réalité », ça c'est thérapeutique. [...] Parce qu'on rentre dans une dimension d'action sur la réalité, de cognition, de concentration etc. » (Ergo A – 1.21 à 24). Elle parle ensuite des médiations corporelles qu'elle utilise et dit que son but est « qu'il puisse l'intégrer et devenir autonome » (Ergo A – 1.45). Pour certains patients addicts

elle irait plutôt du côté « du travail de la cognition » (Ergo A – 1.189). Elle termine l'interview en disant qu'il faut aussi « qu'ils puissent heu... intégrer quelque chose de l'ordre du plaisir... Dans autre chose que l'alcool quoi » (Ergo A – 1.270-271).

Pour l'ergothérapeute B, les objectifs thérapeutiques qui viennent le plus souvent c'est travailler la gestion des émotions (Ergo B – 1.68), approfondit la connaissance de soi (1.69), accompagner la vie quotidienne (1.70), le travail de revalorisation et de confiance en soi (1.77).

Elle dit également qu'un de ses but est d' « emmener [le patient] ailleurs, vers du changement » (Ergo B – 1.4). Elle commence par faciliter l'expression des patients avec un tour de table (1.6-7). Pour elle, les médiations corporelles permettent de « porter son attention sur le corps, les sensations dans le corps, sur les émotions, sur leurs pensées, sur les sons » (Ergo B – 1.39-40). Elle dit qu'il y a également « tout un travail de... redynamisation » (Ergo B – 1.122). Elle termine l'entretien en disant qu' « on peut [leur] réapprendre à trouver du gout dans les choses banales » (Ergo B – 1.163-164).

Pour l'ergothérapeute C, il y a favoriser l'expression (Ergo C – 1.89), notamment pour trouver ce qu'ils cherchent dans l'alcool (Ergo C – 1.95). Ensuite vient le fait de travailler la confiance en soi (1.106), et essayer de diminuer la dépendance (1.107-108). Enfin elle parle de ce qui est considéré par l'ergothérapeute B comme de l'accompagnement dans la vie quotidienne c'est-à-dire de l'éducation thérapeutique en quelque sorte pour apprendre à s'alimenter sans alcool, faire ses courses sans passer par le rayon alcool etc (Ergo C – 1.117 à 126). Elle dit aussi pendant l'entretien que l'activité « peut permettre au patient de... d'amorcer un changement en lui » (Ergo C – 1.8) qui va lui permettre de « gagner en autonomie » (Ergo C – 1.10). Elle rajoute également qu'on peut « travailler sur la globalité du schéma corporel » (Ergo C – 1.47-48) qui peut dans certains cas diminuer l'angoisse (Ergo C – 1.48). Ça peut apporter « au niveau de la conscience du corps, du ... schéma corporel, de la prise de conscience des sensations » (Ergo C – 1.169-170). Elle parle aussi d'objets médiateurs qui vont « favoriser la sensation » (Ergo C – 1.80) et qui peuvent « matérialiser un... un rapport à l'espace et au temps [...] » (Ergo C – 1.86). Elle rajoute que le patient peut devenir plus créatif (1.194). Enfin elle termine en disant qu'on peut leur montrer qu' « on peut trouver de la détente, du plaisir [...] dans des trucs autre que l'alcool... » (Ergo C – 1.205-206).

Le tableau ci-dessous résume les objectifs de chaque ergothérapeute dans l'ordre d'apparition:

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Les objectifs thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'expression - Oublier les problèmes - Se concentrer sur la réalité - Devenir autonome - Avoir conscience de soi-même, du corps, etc - Diminuer l'angoisse - Apporter de la détente - Transmettre un outil - Revaloriser les patients - Savoir s'occuper de soi-même - Diminuer les troubles cognitifs - Connaitre la motivation à boire - Intégrer quelque chose de l'ordre du plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter un changement - Faciliter l'expression - Travailler la gestion des émotions - Etre autonome avec les techniques vues - Avoir conscience du corps, des sensations, etc - Accompagner la vie quotidienne - Trouver de nouvelles habitudes - Revaloriser / augmenter la confiance en soi - Retrouver des sensations agréables - Redynamiser le patient - Apporter de la détente - Etre dans le présent - Trouver du plaisir dans les choses banales 	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter un changement - Gagner en autonomie - Favoriser l'expression - Avoir conscience du corps, des sensations, etc - Gérer ses émotions - Etre dans le présent - Comprendre l'origine du trouble addictif - Travailler la confiance en soi / s'affirmer - Diminuer la dépendance - Trouver de nouvelles ressources - Accompagner la vie quotidienne - Apporter de la détente - Développer la créativité - Trouver du plaisir dans autre chose que l'alcool

J'ai ensuite demandé si elles mettaient en place un cadre et une relation thérapeutiques particuliers avec cette population.

Pour l'ergothérapeute A, il est important de commencer par un travail groupal pour finir en individuel : « on passe justement du « on » ou « nous » dans le groupe et puis après au « je » (Ergo A – 1.178-179), « C'était vraiment une expérience de... passage du « nous » au « je » pour qu'ils puissent se séparer et... s'identifier plus clairement » (1.181-182).

L'ergothérapeute C part sur la même idée de travailler en groupal pour commencer (Ergo C – 1.132). Cela peut permettre de diminuer le « sentiment de honte » et la « peur du jugement » (Ergo C – 1.136-137). Elle dit ensuite, qu'il peut être intéressant, par la suite, de passer plutôt en individuel. Pour qu'il n'y ait pas une identification aux autres trop importante et une dépendance aux autres (Ergo C – 1.152-153).

L'ergothérapeute B, elle, dit qu'il y a déjà le cadre de l'institution qui est établie. Les patients ont donc des jours de présence dégressifs, de 5 fois par semaine à 1 fois par semaine etc (Ergo B – 1.81 à 85). Et le planning des activités est établi. Pour le cadre, elle les voit principalement en groupe, même si il lui arrive d'en voir certains en individuel (Ergo B – 1.92-93).

Par rapport aux réponses de l'ergothérapeute B, je lui ai demandé si elle pensait que les médiations corporelles peuvent répondre aux besoins des personnes addictes.

Elle a répondu que pour travailler la gestion du stress, ces médiations sont adaptées (Ergo B – 1.101 à 105). Il en est de même pour l'accompagnement de la vie quotidienne (Ergo B – 1.106 à 111).

Pour la connaissance de soi, elle dit que ça peut être utile mais que ce n'est pas ce qu'elle utilise en priorité (Ergo B – 1.112 à 114).

En ce qui concerne la revalorisation et la confiance en soi, elle y trouve une utilité : « Souvent quand les patients sentent plus habiter leurs corps... la confiance augmente. Parce qu'ils se sentent plus vivants, quelque part dans une autre dimension pas juste dans la tête ou dans les émotions.» (Ergo B – 1.115 à 117). Elle remarque que certaines médiations corporelles redynamisent les patients (Ergo B – 1.122).

L'ergothérapeute C a également répondu à cette question mais je lui ai d'abord demandé si elle avait pratiqué les médiations corporelles auprès de personnes addictes à l'alcool car il me semblait que ce serait plus facile pour comprendre ses réponses. Sa réponse était que ses patients n'étaient pas seulement alcooliques (Ergo C – 1.160).

Elle pense donc que les médiations corporelles peuvent permettre aux patients de prendre conscience de leurs corps, des limites de celui-ci, des sensations qu'ils peuvent ressentir (Ergo C – 1.169-170). Elle dit aussi que les médiations corporelles permettent d'améliorer la confiance en soi et développe un sentiment de détente (Ergo C – 1.191-192). Elle continue en disant que les médiations corporelles permettent de développer une créativité qui va influencer la confiance en soi (Ergo C – 1.197).

J'ai terminé en leur demandant si elles ont remarqué des effets particuliers sur les patients addictes à l'alcool lorsqu'elles ont utilisé les médiations corporelles sauf pour l'ergothérapeute C qui n'a pas utilisé les médiations corporelles avec des personnes « simplement » alcooliques.

L'ergothérapeute A a commencé par dire que cela dépendait de la façon de boire du patient : « Certains c'est pour oublier, certains c'est pour se diluer, certains c'est pour revivre une expérience heu... traumatique mais pour la dépasser, certains c'est pour essayer de tenir le coup et de tenir bon... [...] selon les patients, la thérapie corporelle ne travaille pas la même chose » (Ergo A – 1.220 à 223).

Avec ces médiations elle cherche donc à les « solidifier », « leur donner une... un sentiment de conscience plus solide de leur corps » (Ergo A – 1.228), même si les patients, eux, cherchent à « régresser, se diluer, roupiller » (Ergo A – 1.230).

Elle remarque toujours des « effets de détente, d'évasion... » (Ergo A – 1.237). Ils ont « la sensation d'avoir une meilleure conscience de leurs limites » (Ergo A – 1.238-239). Cette meilleure conscience de leurs limites donne l'impression aux patients d'être plus en sécurité (Ergo A – 1.239-240). Les patients ont également une « sensation de tension musculaire » (Ergo A – 1.241). Elle a remarqué que les patients addictes aiment avoir la sensation de perdre le contrôle contrairement aux patients plus obsessionnels : « ils apprécient et ils recherchent la notion de perte de contrôle. Puisque quand tu bois, tu perds le contrôle. Moi quand j'ai des patients en psychiatrie qui sont un peu obsessionnels et qui sont dans la maîtrise et le contrôle, ils apprécient pas ça justement, la relaxation et le lâcher-prise parce que ça flotte. Alors que les

patients addicts eux, ça flotte heu... voilà, ça, ça leur pose aucun soucis » (Ergo A – 1.247 à 251). L'ergothérapeute A n'organisait donc pas de la même manière ses séances lorsqu'elle avait des personnes addictes (Ergo A – 1.259 à 266).

L'ergothérapeute B, elle, remarque des effets importants de détente et de lâcher-prise (Ergo B – 1.137). Ces effets sont également remarqués par l'équipe pluridisciplinaire : « Mes collègues psychologues me disent que quand il y a un travail corporel en parallèle, le travail psychologique se fait plus rapidement » (Ergo B – 1.138-139). Elle remarque que les patients arrivent mieux à « repérer [...] ce qui est mis en jeu dans leurs difficultés psychologiques du moment. » (Ergo B – 1.141-142). Elle propose une meilleure connaissance d'eux-mêmes aux patient (Ergo B – 1.150). Elle dit également qu'avec ses médiations corporelles, les patients « apprennent aussi à être d'avantage présents dans ce qu'ils font » (Ergo B – 1.153-154), et « à trouver du gout dans les choses banales » (Ergo B – 1.163-164). Cette idée se retrouve également à la fin des entretiens des ergothérapeutes A et C : « Mais il fallait quand même aussi heu... qu'ils puissent heu... intégrer quelque chose de l'ordre du plaisir... Dans autre chose que l'alcool quoi. » (Ergo A – 1.269 à 271), « ça peut heu... leur montrer justement que... on peut trouver de la détente, du plaisir ou... autre... dans des trucs autres que l'alcool. » (Ergo C – 1.204 à 206).

Je termine donc avec un tableau qui résume les effets qu'elles remarquent sur les patients avec les médiations corporelles dans l'ordre d'apparition tout au long du texte :

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Les effets des médiations corporelles	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure conscience de soi (sensations, corps, enveloppe, limites, etc) - Détente / évasion / lâcher prise / perte de contrôle (diminuer l'anxiété) - Oublier les problèmes - En sécurité - Sensation de tension musculaire - Plaisir ailleurs que dans l'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure conscience de soi (corps, sensations, émotions, sons, etc) - Détente / lâcher prise (diminuer les tensions) - Revalorisation / confiance en soi - Redynamisation - Meilleure conscience de leurs difficultés psychologiques - Meilleure présence dans le présent - Plaisir / trouver du goût ailleurs que dans l'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure conscience de soi (schéma corporel, sensations, etc) - Améliore la confiance en soi - Détente - Créativité - Plaisir ailleurs que dans l'alcool

IV. Discussion des données

Les résultats doivent maintenant être analysés et interprétés par rapport à mon cadre théorique et ma problématique pratique.

- Interprétation des résultats par rapport au cadre théorique et à la problématique pratique

Avec ma problématique pratique je cherche à savoir si l'utilisation de médiations corporelles répond aux exigences de l'activité thérapeutique en ergothérapie. Dans mon cadre théorique j'avais donc commencé par dire qu'il fallait la présence d'un thérapeute. L'ergothérapeute A a également relevé ce point-là en précisant que pour que l'activité soit thérapeutique, il fallait qu'il y ait la présence d'un thérapeute de manière fiable et permanente (Ergo A – 1.30-31). Si

les thérapeutes changent, pour elle c'est l'activité qui prime. C'est alors de la co-animation et pas une thérapie. L'ergothérapeute C parle de « la rencontre entre le patient et... le thérapeute, l'ergothérapeute puisque c'est nous » (Ergo C – 1.3-4).

Le terme « rencontre » m'amène à un autre point de mon cadre théorique : la relation thérapeutique. Cet élément se retrouve dans tous les entretiens : « ça va créer une relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute » (Ergo A – 1.32-33), « pour que l'activité prenne sens et s'inscrive dans... dans une dynamique relationnelle » (Ergo C – 1.15). L'ergothérapeute B commence sa thérapie par un tour de table. « Du coup ils se sentent en général accueillis et entendus dans leurs envies ou dans leurs pas envies de faire » (Ergo B – 1.8-9). Elle crée donc la relation de cette manière. L'ergothérapeute C parle également de « relation de confiance » (Ergo C – 1.23).

Dans mon cadre théorique j'avais également parlé du cadre thérapeutique. Pour les trois ergothérapeutes, cela permet de rendre l'activité thérapeutique : « Alors que pour moi, une thérapie [...] se fait aussi dans un cadre thérapeutique » (Ergo A – 1.10 à 12), « Je pense au cadre aussi » (Ergo B – 1.26), « Ben moi je trouve que le cadre c'est un bon outil » (Ergo C – 1.14). Dans leurs propos, on retrouve beaucoup le cadre spatio-temporel : « un temps particulier, un espace particulier » (Ergo A – 1.12-13), « ce sera donc le lieu où je suis » (Ergo B – 1.31-32), « combien de fois, combien de temps » (Ergo C – 1.16-17). L'ergothérapeute A mentionne que le cadre passe aussi par la prescription médicale (Ergo A – 1.13). Pour l'ergothérapeute C dans le cadre on trouve également les modalités d'organisation des séances : « est-ce que je vais la proposer en individuel, en groupe [...] est-ce que c'est ouvert, fermé » (Ergo C – 1.16-17). Elles disent aussi que « c'est ce qui va permettre au patient de s'exprimer, de se découvrir [...] » (Ergo A – 1.14-15), « Le cadre c'est aussi la présence qu'on va avoir » (Ergo B – 1.30).

J'ai ensuite parlé des objectifs thérapeutiques. Ils sont adaptés au patient et ce sont ces objectifs qui permettent au thérapeute de planifier sa prise en charge (dont le choix des activités). Le terme « objectifs thérapeutiques » n'est pas apparu spontanément dans les entretiens à la question « Qu'est ce qui, selon vous, rend une activité thérapeutique ? ». Il n'y a que l'ergothérapeute A qui en a parlé lorsqu'elle a parlé de l'engagement des patients : « Donc c'est bien que l'activité choisie soit signifiante et significative pour le patient, pour qu'il y trouve un sens, que les objectifs thérapeutiques lui parlent [...] » (Ergo A – 1.55 à 57). Les ergothérapeutes B et C parlent de l'importance de choisir une activité adaptée au patient, à son état actuel : « Pour moi c'est vraiment d'accueillir le patient là où il en est qui va rendre l'activité

thérapeutique. Vraiment le rejoindre et après l’emmener vers autre chose. » (Ergo B – 1.20-21), « qui est adapté à la personne, à sa problématique, à ses capacités » (Ergo C – 1.4-5), « qui a du sens pour elle » (Ergo C – 1.6), « qu’il peut investir » (Ergo C – 1.7), « qui peut permettre au patient de... d’amorcer un changement en lui » (Ergo C – 1.8), « qui vont l’aider à gagner en autonomie » (Ergo C – 1.9-10). Ces éléments-là me font donc penser aux objectifs thérapeutiques. En effet, c’est en évaluant les capacités, les difficultés ou même les envies du patient que l’on va pouvoir établir les objectifs thérapeutiques à court, moyen et long terme. Et c’est à l’aide de ces objectifs que l’on va pouvoir permettre au patient « d’amorcer un changement en lui ». Ce sont les objectifs thérapeutiques qui vont permettre de savoir ce qu’il faut travailler avec le patient, quelles activités et quelles médiations choisir. Malgré tout, tout au long des entretiens elles ont pu donner des exemples d’objectifs thérapeutiques, sans que ce soit forcément intentionnel.

De plus, les entretiens ont apporté d’autres éléments qui n’apparaissent pas dans mon cadre théorique. En effet, l’ergothérapeute A, par exemple, a précisé que l’engagement du patient avait son importance : « c’est l’engagement du patient qui va faire qu’il ne fait que s’occuper et ne vient chercher que de la régression [...] » (Ergo A – 1.52-53), « Donc ça va être aussi la thérapie, y a pas que nous, notre façon de poser les cadres, y a aussi la façon dont le patient va utiliser les outils qu’on lui donne » (Ergo A – 1.80-81).

Les entretiens vont donc globalement dans le sens de mon cadre théorique. Une activité est donc thérapeutique si il y a un thérapeute ; un ergothérapeute dans notre cas. Il faut aussi qu’il y ait une relation thérapeutique qui se mette en place, un cadre thérapeutique et des objectifs thérapeutiques pour que la prise en charge soit adaptée au patient, à ses capacités, à ses envies et que ce qu’on lui propose lui convienne. Comme l’a dit l’ergothérapeute A, si le patient ne s’implique pas dans la prise en charge, le thérapeute peut tout essayer, la prise en charge ne sera pas optimale ou même ne marchera pas du tout.

Nous avons parlé de l’activité thérapeutique en général. J’avais donc demandé si, pour les ergothérapeutes que j’ai interrogées, les médiations corporelles répondent à ce qui a été énoncé à la question d’avant. L’ergothérapeute A, par exemple, dit qu’elle a un cadre thérapeutique pour pratiquer ces médiations : « moi j’ai un cadre thérapeutique régulier, des horaires, un engagement, une prescription [...] » (Ergo A – 1.48-49), « moi je le fais dans un cadre si tu veux où je propose au patient de découvrir une technique suffisamment répétitive, heu, pour qu’il

puisse l'intégrer et devenir autonome » (Ergo A – 1.43 à 45). Elle pense d'ailleurs que le fait de permettre au patient de réutiliser ses méthodes chez eux fait partie de ce qui différencie en partie les ergothérapeutes des autres thérapeutes, notamment des psychomotriciens : « je vise à leur transmettre un outil. Et ça pour moi c'est ma position d'ergothérapeute » (Ergo A – 1.99-100).

L'ergothérapeute C, elle, pense que tout dépend du patient : « Du coup, ça dépend je pense de, de là où en est la personne et de... ben de ses... de ses défenses, de ses, de ses blocages quoi » (Ergo C – 1.51-52). On en revient alors à l'élaboration des objectifs thérapeutiques par rapport aux capacités et aux besoins du patient. On ne va pas choisir les mêmes activités pour tous les patients. Il faut les choisir en fonction d'eux ou les adapter à leur état actuel.

Certaines ont alors fait la différence entre l'utilisation des médiations corporelles par les ergothérapeutes et par les psychomotriciens. Comme écrit précédemment, l'ergothérapeute A a parlé de la notion d'apprentissage, le fait de pouvoir réutiliser chez eux ce que le thérapeute leur a montré. L'ergothérapeute C parle aussi de cela : « y a comme un... une recherche de transfert des acquis » (Ergo C – 1.59), « comment elle le réutilise pour avancer dans sa vie quotidienne et que ça lui donne de l'autonomie à ce niveau-là » (Ergo C – 1.62-63).

L'ergothérapeute A rajoute aussi que les ergothérapeutes, à la différence des psychomotriciens, pratiquent plutôt en groupe : « Mais moi déjà je pratique en groupe » (Ergo A – 1.96). Elle parle ensuite de l'utilisation de médiateurs en ergothérapie : « ça je pense que c'est aussi de ma position de, d'ergothérapeute, c'est les objets médiateurs » (Ergo A – 1.109), « en ergothérapie on a un tiers médiateur. On a un tiers médiateur c'est l'activité, absolument nécessaire. Or, quand t'es dans le corporel, c'est le corps. Donc il faut, il faut médiatiser. Alors soit c'est une technique, moi j'ai la technique que j'enseigne et les objets médiateurs. Heu... Les, la musique aussi est présente » (Ergo A – 1.116 à 119).

Pour l'ergothérapeute C les médiateurs sont la musique, les corps, ses consignes donc sa voix et parfois les objets médiateurs (Ergo C – 1.75 à 77).

A l'inverse l'ergothérapeute B n'utilise pas de musique ni d'objets médiateurs. Quand je lui demande si elle utilise de la musique ou des objets elle me répond : « Non. Je parle » (Ergo B – 1.50). « Je vais en fait faire une guidance » (Ergo B – 1.51). Le médiateur est alors sa voix. On peut aussi dire que le médiateur est sa technique (les outils de la méditation par la pleine conscience, des exercices de gestion du stress, du yoga...). Avec la guidance, les patients vont faire ce qu'elle dit de faire. Elle rajoute aussi « pour moi, le médiateur c'est l'attention » (Ergo

B – 1.60). Le médiateur est alors quelque chose de beaucoup plus abstrait. « les patients vont porter leur attention sur le corps, les sensations dans le corps, sur leurs émotions, sur leurs pensées, sur les sons » (Ergo B – 1.39-40). On en revient à la conscience du corps, des sensations, etc.

Dans mon cadre théorique j'avais supposé que dans les médiations corporelles, le médiateur était le corps d'où le terme « médiations corporelles ». J'avais également dit que le médiateur pouvait être la musique ou des objets médiateurs. Ces éléments sont apparus dans les entretiens mais il y en a eu d'autres également : la technique, la voix et l'attention.

Il reste donc à savoir si les ergothérapeutes trouvent un intérêt à utiliser les médiations corporelles dans la prise en charge de patients souffrant d'une addiction à l'alcool. Pour cela j'ai donc cherché à savoir quels objectifs thérapeutiques, quelle relation et quel cadre elles pouvaient mettre en place avec cette population. Par la suite j'ai voulu voir si les médiations corporelles peuvent répondre aux objectifs établis et quels effets elles avaient pu remarquer sur eux.

Mes recherches m'ont amené à penser que les médiations corporelles pouvaient être utilisées avec des personnes qui ont une addiction à l'alcool pour plusieurs raisons. Tout d'abord elles peuvent permettre de travailler la prise de conscience du corps, du schéma corporel, etc. Cela permet de prendre conscience de l'enveloppe corporelle, le « Moi-peau » qui est généralement altéré chez les patients addicts. Les médiations corporelles permettent également de développer l'introspection et de découvrir, ou du moins de prendre conscience des sensations ressenties. Cela pourra permettre ensuite de développer l'expression des patients. J'avais terminé en disant que les médiations corporelles pouvaient apporter des sentiments de détente, de bien-être et de lâcher-prise qui pourraient développer la confiance en soi et montrer aux patients qu'ils peuvent ressentir ces sensations d'une autre manière qu'en consommant la substance psychoactive. En effet, certains patients peuvent boire pour « améliorer leur humeur ». Mais les médiations corporelles peuvent aider à cela.

Ainsi, avec les dernières questions, j'ai pu voir si les ergothérapeutes avaient le même avis ou pas. Certaines ont parlé dans leurs objectifs de favoriser l'expression : « Je les aide à s'exprimer » (Ergo A – 1.138), « déjà favoriser l'expression » (Ergo C – 1.89). Elles ont également dit que développer la connaissance de soi, prendre conscience de son corps et de ses

sensations revenaient souvent dans les objectifs : « Donc tous les automassages se faisaient en position assise pour les aider vraiment à tenir, à avoir une conscience du corps, à revenir dans le corps » (Ergo A – 1.161 à 163), « Approfondir la connaissance de soi aussi » (Ergo B – 1.69). L'ergothérapeute C ne parle pas de la conscience de soi et de son corps dans les objectifs mais en parle après, pour dire que les médiations corporelles peuvent répondre aux besoins des personnes addictes à l'alcool : « Je pense que... que ça peut leur apporter beaucoup... Déjà au niveau de la conscience du corps, du... schéma corporel, de la prise de conscience des sensations que... qu'il peut ressentir... et y mettre des mots plus facilement. » (Ergo C – 1.168 à 171). Avec cette citation on peut se rendre compte que le fait d'avoir une meilleure conscience de son corps et des sensations que l'on ressent peut faciliter l'expression du patient.

Elles ont ensuite donné d'autres objectifs. L'ergothérapeute A, par exemple, parle de les valoriser (Ergo A – 1.138). La valorisation rejoint le travail de la confiance en soi. L'ergothérapeute C en parle aussi à la ligne 106, ainsi que l'ergothérapeute B « Tout un travail de revalorisation et de confiance en soi » (Ergo B – 1.77). L'ergothérapeute B parle aussi du travail sur la gestion des émotions (Ergo B – 1.68) et d'accompagnement dans la vie quotidienne (1.70). L'ergothérapeute C amène la même idée avec « le côté éducation thérapeutique » (Ergo C – 1.117). L'ergothérapeute A parle ensuite d'autres objectifs comme le fait « qu'ils s'occupent d'eux » (Ergo A – 1.159).

Elles ont également donné des exemples d'objectifs thérapeutiques tout au long des entretiens. Les trois ergothérapeutes veulent transmettre un outil, un savoir aux patients et leurs permettre ainsi d'être autonome pour réutiliser ces outils et gérer leurs émotions : « Je propose de découvrir une technique suffisamment répétitive, heu, pour qu'il puisse l'intégrer et devenir autonome » (Ergo A – 1.44-45), « Déjà quelles sont les informations que le corps lui donne, à quel moment. Heu... et puis comment il va avoir une action là-dessus pour du coup être autonome avec ces émotions qui peuvent le rejoindre sans crier gare » (Ergo B – 1.102 à 104), « de solliciter ou d'éveiller des... des aspects, des compétences, des capacités heu... qui vont l'aider à gagner en autonomie » (Ergo C – 1.9-10), « comment elle le réutilise pour avancer dans sa vie quotidienne et que ça lui donne de l'autonomie à ce niveau-là » (Ergo C – 1.62-63). Elles disent aussi que l'on peut apporter de la détente aux patients, apporter du plaisir qui passera par autre chose que l'alcool : « Mais il fallait quand même aussi heu... qu'ils puissent heu... intégrer quelque chose de l'ordre du plaisir... Dans autre chose que l'alcool quoi. » (Ergo A – 1.269 à 271), « On peut réapprendre à trouver du gout dans les choses banales » (Ergo B – 1.163-164), « leur montrer justement que... on peut trouver de la détente, du plaisir ou... autre... dans

des trucs autre que l'alcool... » (Ergo C – 1.204 à 206). Tous ces derniers exemples montrent des objectifs qui pourraient être établis par les ergothérapeutes même si elles ne les ont pas donnés clairement quand je leur ai demandé quels objectifs thérapeutiques elles établiraient avec des personnes souffrant d'addiction.

Certains objectifs ont été donnés par les trois ergothérapeutes, d'autres par deux des ergothérapeutes, d'autres encore n'ont été donnés que par une seule des ergothérapeutes comme on peut le remarquer dans le deuxième tableau de la partie Résultats. Néanmoins, les objectifs que j'ai relevés n'étaient pas seulement ceux qui ont été donnés dans la question des objectifs thérapeutiques qu'elles donneraient mais dans les entretiens en entier. On se rend bien compte alors de la difficulté des entretiens. Certaines idées peuvent arriver avant ou après la question qui concerne le sujet. Par exemple, si la personne interrogée a déjà répondu en partie avant, elle ne va pas redonner la même idée une deuxième fois.

Les entretiens se terminent avec leurs différents avis sur l'utilisation des médiations corporelles auprès de patients addicts à l'alcool. Les trois ergothérapeutes commencent donc par dire que ça apporte aux patients une meilleure conscience de leur corps : « Leur donner une... un sentiment de conscience plus solide de leurs corps » (Ergo A – 1.228), « ça peut leur apporter beaucoup... Déjà au niveau de la conscience du corps, du ... schéma corporel [...] » (Ergo C – 1.169-170). L'ergothérapeute B parle de la conscience du corps quand elle parle du travail sur la gestion du stress, de la revalorisation et de la confiance en soi : « Alors quand on travaille la gestion du stress on va notamment travailler sur le repérage de ce qu'il se passe pour le patient. Déjà quelles sont les informations que le corps lui donne, à quel moment. » (Ergo B – 1.101 à 103), « Et par rapport à la revalorisation, la confiance en soi. Souvent quand les patients sentent plus habiter leur corps... la confiance augmente » (Ergo B – 1.115-116). L'ergothérapeute C parle également des effets sur la confiance en soi : « ça a un effet sur la confiance en soi aussi » (Ergo C – 1.191-192), « et du coup, ça amène de la créativité, qui va influencer aussi le... la confiance en soi. » (Ergo C – 1.196-197).

Enfin elles parlent toutes d'effets de détente, de plaisir, de lâcher-prise que l'on peut remarquer chez ces patients : « Après je remarque toujours des effets de détente, d'évasion... » (Ergo A – 1.237), « Alors il se trouve, moi je vois un effet de détente assez impressionnant, un lâcher-prise. » (Ergo B – 1.137), « Après voilà... ça amène une certaine détente » (Ergo C – 1.198).

Ainsi, étonnement, elles concluent toutes leurs interviews avec la même idée que les médiations corporelles permettent de leur montrer qu'ils peuvent trouver du plaisir dans autre chose que l'alcool (Ergo A – 1.269 à 271, Ergo B – 1.163-164, Ergo C – 1.205-206).

- Réponse à l'objet de recherche

Je peux désormais répondre à ma problématique qui était « En quoi l'utilisation de médiations corporelles est une compétence ergothérapeutique pour la prise en charge de patients souffrant d'addiction à l'alcool ? ». Les réponses que j'ai eues lors de mes entretiens vont généralement dans le sens de mon cadre théorique. Certains éléments de réponses ont repris des notions de mon cadre théorique comme par exemple l'importance de l'élaboration d'objectifs thérapeutiques, le fait de créer une relation thérapeutique avec le patient ou encore l'importance de poser un cadre thérapeutique. Il y a également des éléments supplémentaires qui ont été rapportés par les ergothérapeutes notamment pour les différents médiateurs possibles dans les médiations corporelles. Mais leurs réponses ne sont pas allées contre mon cadre théorique.

Elles n'utilisent pas les mêmes types de médiations corporelles. L'ergothérapeute A parle de « thérapies corporelles d'automassage et de relaxation » (Ergo A – 1.43), l'ergothérapeute B utilise plutôt « les outils de la méditation par la pleine conscience » (Ergo B – 1.37). L'ergothérapeute C n'a pas dit clairement quelles médiations corporelles elle utilise pendant l'entretien, mais je sais qu'elle utilise différentes médiations corporelles comme l'expression corporelle, la relaxation et la sophrologie. Mais malgré l'utilisation de médiations corporelles différentes leur vision des choses est assez proche.

Les trois ergothérapeutes qui ont été interrogées ont donc expliqué ce qu'était une activité thérapeutique pour elles et ont fait le lien avec les médiations corporelles. Elles ont également parlé de ce que pouvaient apporter les médiations corporelles aux personnes qui ont une addiction à l'alcool. Et même si elles n'utilisent pas les mêmes techniques et qu'elles ne les proposent pas de la même manière, elles y trouvent toujours un intérêt dans la prise en charge pour travailler tel ou tel objectif. C'est donc une médiation qu'elles utilisent comme une autre. Pour elles, les médiations corporelles ont tout autant leurs places dans la prise en charge ergothérapeutique. Deux d'entre elles les utilisent systématiquement quand la troisième utilise les médiations corporelles selon ce qu'elle veut faire travailler aux patients. L'ergothérapeute A dit même : « Si je suis venue au travail corporel aussi bien pour les addicts que pour les autres,

c'est que pour moi, c'est ce qui va avant le travail manuel ou expressif. Pour moi, le travail corporel c'est la base. Si tu ne travailles déjà pas le être dans ton corps, tu peux pas faire le reste. » (Ergo A – l.165 à 168).

- Discussion autour des résultats et critiques du dispositif de recherche

Tout d'abord, l'interview de l'ergothérapeute A a dû être fait deux fois. Et même si, globalement, les idées qui ressortent du deuxième entretien sont très proches du premier, ses réponses ont pu être influencées comme elle connaissait déjà, à peu près, les questions.

De plus, lors des entretiens, surtout avec l'ergothérapeute B, j'ai pu remarquer que pour un même terme, on pouvait ne pas avoir la même définition. Le fait de devoir répondre de but en blanc, sans vraiment avoir le temps de la réflexion comme on pourrait l'avoir à l'écrit, peut aussi influencer les réponses. L'ergothérapeute A m'a dit, par exemple, à la fin de l'entretien, qu'elle préférerait répondre à des questions écrites car cela lui donne le temps de réfléchir et que, comme elle a tendance à digresser quand elle parle, à l'écrit c'est plus facile de rester sur la question de base, et de revenir sur une question si elle a de nouvelles idées. En effet, comme je l'ai dit précédemment, on trouve des éléments de réponse à une question tout au long des entretiens.

Je me suis également rendue compte, en faisant passer les entretiens, que la formulation des questions aurait pu être mieux, ou que l'ordre des questions aurait pu être organisé différemment selon les réponses des ergothérapeutes. Par exemple, j'ai d'abord demandé quels objectifs thérapeutiques elles planifieraient avec des personnes qui ont une problématique alcoolique puis j'ai demandé si elles mettraient en place une relation thérapeutique et un cadre thérapeutique particulier avec cette population. Cela paraît logique étant donné que le cadre et la relation peuvent changer selon les objectifs thérapeutiques qui sont établis. Mais je pense qu'il aurait été plus facile de répondre à la question suivante (c'est-à-dire savoir si elles pensent que les médiations corporelles répondent aux besoins des personnes alcooliques) si elles venaient de parler des objectifs thérapeutiques qu'elles choisiraient avec des patients addicts à l'alcool.

Puis, je n'ai pas pu avoir plus de trois entretiens. En effet, il n'est pas évident de trouver des ergothérapeutes qui exercent en psychiatrie, qui travaillent ou ont travaillé avec des personnes qui ont une problématique alcoolique et qui ont été formés aux médiations corporelles et qui

les utilisent pour leurs prises en charge. Il faut également que les personnes qui entrent dans les critères d'inclusion répondent aux mails et coups de téléphone et qu'ils acceptent de nous consacrer du temps pour faire un entretien.

Pour mes recherches je n'ai donc eu que des réponses d'ergothérapeutes qui utilisent ou ont utilisé les médiations corporelles avec des personnes alcooliques. Si j'avais interrogé des ergothérapeutes qui ne sont pas formés à ces médiations, la conclusion aurait pu être totalement différente.

Enfin, cette recherche amène à se demander si ce sont juste les médiations corporelles qui font diminuer la consommation d'alcool. Au final, quand on regarde les objectifs thérapeutiques établis par les ergothérapeutes interrogées, pour des patients qui ont une problématique alcoolique on se rend bien compte que ce n'est pas l'objectif « diminuer la consommation d'alcool » qui ressort le plus, une seule ergothérapeute a donné cet objectif-là. Ce n'est donc pas cela qui est travaillé en premier lieu. On cherche alors à travailler sur **l'origine** de l'addiction, que ce soit dû à une angoisse importante, à un mal-être ou à une pathologie comme la psychose par exemple. Les ergothérapeutes, avec les médiations corporelles ou avec d'autres médiations, vont travailler sur tout une dynamique qui va peut-être diminuer ensuite la consommation d'alcool. Par exemple, l'ergothérapeute va utiliser les médiations corporelles pour diminuer l'angoisse d'un patient. On sait que parfois, un patient va boire pour diminuer l'angoisse qu'il ressent. Ainsi, le fait d'apprendre ou de réapprendre au patient comment diminuer cette angoisse pourra peut-être l'amener à réduire sa consommation d'alcool. Néanmoins, dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, il est dit « l'objectif du traitement d'un mésusage de l'alcool est d'abord l'amélioration de la qualité de vie des personnes », mais ce même paragraphe se termine par : « C'est pourquoi le traitement cible généralement d'abord ce changement de consommation et sa stabilisation »¹⁴. On peut se demander alors si l'objectif premier doit être la diminution de la consommation ou la réduction du trouble à l'origine de l'addiction. On peut remarquer aussi que les ergothérapeutes interrogées n'utilisent pas que les médiations corporelles. Elles parlent de jeux thérapeutiques, d'ateliers écriture, de cuisine ou d'autres activités qui n'ont pas de liens avec le corps. On voit donc bien que la prise en charge ne passe pas que par des médiations corporelles, mais que toutes les activités et médiations utilisées se complètent.

Tout ceci m'amène donc à de nouvelles perspectives de recherche.

- Transférabilité, apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats

Ce mémoire de recherche montre que les médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes au même titre que des activités à médiations créatives ou autre, et montre également l'intérêt que l'on peut trouver à utiliser les médiations corporelles dans la prise en charge des patients souffrant d'une addiction à l'alcool. Cette étude peut donc amener à développer l'utilisation de médiations corporelles en ergothérapie. En effet, tous les instituts de formations en ergothérapie ne sensibilisent pas forcément les élèves à ces médiations corporelles. Cela peut également encourager les ergothérapeutes à se former à ce type de médiation dans le cadre de la formation continue qu'ils travaillent en psychiatrie ou en rééducation fonctionnelle.

Néanmoins, la population que j'ai choisie n'est pas forcément la plus représentative par rapport aux pathologies que l'on peut trouver dans les établissements psychiatriques. Et même si certains patients ont un trouble addictif à l'alcool en plus d'une psychose ou d'un autre trouble psychiatrique, l'addiction n'est pas forcément prise en compte au premier plan de la prise en charge.

Des perspectives de recherches peuvent donc être élaborées :

Il pourrait être intéressant d'interroger plus d'ergothérapeutes en diminuant les critères d'exclusion. Soit en interrogeant des ergothérapeutes qui n'utilisent pas les médiations corporelles pour voir si eux y verraient un intérêt, soit en s'intéressant à une autre population par exemple.

Une recherche pourrait donc être faite pour des patients atteints d'une autre addiction (cigarette, drogue, jeux, sexe...). Selon l'addiction, on pourrait se rendre compte, ou pas, que les médiations corporelles n'apportent pas les mêmes effets ou qu'il faut mettre en place des objectifs, une relation et un cadre thérapeutiques différents. En effet, l'ergothérapeute A expliquait qu'avec des patients addicts à l'alcool, elle n'organise pas ses séances de la même manière qu'avec d'autres pathologies. Ses séances sont composées globalement de deux parties. Ainsi, avec des patients alcooliques le temps de chaque partie n'est pas le même qu'avec d'autres patients. Une recherche supplémentaire pourrait donc être faite pour mettre en évidence d'autres caractéristiques de ce genre.

Il pourrait également être intéressant de voir l'intérêt et l'effet des médiations corporelles en général sur des pathologies différentes de l'addiction. Un lien pourrait aussi être fait avec les troubles concomitants. Nous avons vu, par exemple, que des personnes schizophrènes boivent pour trouver une explication à leurs hallucinations. Une étude comparative pourrait alors être faite pour montrer la différence entre la prise en charge au premier plan d'un trouble psychiatrique et d'une addiction.

Enfin, lors de mes entretiens j'ai parfois demandé ce qui différencie les ergothérapeutes des psychomotriciens par rapport à l'utilisation de médiations corporelles. Il serait donc intéressant de creuser d'avantage cette question. Une recherche pourrait donc être faite pour interroger des ergothérapeutes et des psychomotriciens voire même des infirmiers qui travaillent en psychiatrie et qui utilisent ces médiations. Cela permettrait de mettre concrètement en évidence des différences dans l'approche, les principes, l'organisation, le déroulement des prises en charge et de l'utilisation des médiations corporelles par ces différentes professions.

- Apports pour ma pratique professionnelle

Je termine mon mémoire avec les apports personnels de ce travail. Tout d'abord l'élaboration du mémoire m'a permis d'expérimenter la démarche de recherche.

Il m'a aussi permis de développer mes connaissances par rapport à l'addiction, le fonctionnement de la dépendance, les différents mécanismes de l'addiction etc.

J'ai également pu comprendre d'avantage l'importance du processus du soin en ergothérapie et de l'utilisation d'activités thérapeutiques avec tout ce que cela induit :

- Un ergothérapeute formé.
- L'élaboration d'objectifs thérapeutiques adaptés, personnalisés et évolutif au fur et à mesure que le patient progresse.
- La mise en place d'une relation thérapeutique basée sur l'empathie et l'écoute tout en sachant garder une bonne distance thérapeutique. Tout ceci dans le but que le patient puisse avoir confiance en son thérapeute et qu'ils puissent créer une alliance thérapeutique.
- Un cadre thérapeutique contenant et sécurisant pour le patient.

- Un choix d'activités et de médiations adaptés aux objectifs thérapeutiques établis pour le patient et qui conviennent également aux envies et besoins de celui-ci.

Nous avons pu expérimenter quelques médiations corporelles à l'institut de formation en ergothérapie de Marseille. Néanmoins ce mémoire m'a permis de mieux comprendre ce que ces médiations peuvent apporter aux patients, ce qu'elles peuvent faire travailler (à quels objectifs thérapeutiques elles peuvent répondre)... Et j'ai également pu me rendre compte, par les exemples donnés par les ergothérapeutes que j'ai interrogés, qu'avec les médiations corporelles il est possible de voir de nombreux effets sur les patients, et cela de manière relativement rapide. Ces effets sont apparemment remarqués par d'autres professionnels de santé.

J'étais très intéressée par l'utilisation de médiations corporelles avant de faire ce mémoire. Ce mémoire a confirmé mon intérêt pour ces médiations. Je compte donc me former d'avantage aux médiations corporelles une fois mon diplôme d'ergothérapeute obtenu afin de pouvoir proposer et maîtriser cette approche.

Bibliographie

- ¹ Inserm. Addictions. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>. Consulté le 29-04-15.
- ² Fédération Française d'Addictologie. Livre Blanc de l'Addictologie Française. [En ligne]. http://addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf. Consulté le 29-04-15.
- ³ Véléla D. Toxicomanie et conduites addictives. Paris : Heures de France ; 2005, 385 p.
- ⁴ Acier D. Les addictions. Bruxelles : De Boeck ; 2012, 142 p.
- ⁵ Adès J et al. Jeux de hasard et d'argent : contextes et addictions. Paris : Inserm ; 2008, 479 p.
- ⁶ Organisation Mondiale de la Santé. Syndrome de dépendance. [En ligne]. http://who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/. Consulté le 20-04-15.
- ⁷ Morel A et Couteron J-P. Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner. Paris : Dunod ; 2008, 323 p.
- ⁸ Lejoyeux M. Addictologie. 2eme édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013, 376 p.
- ⁹ Chagnon J-Y et Cohen de Lara A. Les pathologies de l'agir chez l'enfant : Approche clinique et projective. Paris : Dunod ; 2012, 208 p.
- ¹⁰ Aubin H-J et al. Alcool : abstinence et / ou réduction ?. Santé mentale. 2014 ; 192 : 21-84.
- ¹¹ Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. 2013. [En ligne]. <http://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/>. Consulté le 12-05-15.
- ¹² Papet N. Addictions Q45. [En ligne]. <http://senon.pagesperso-orange.fr/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Les%20addictions.pdf>. Consulté le 23-11-15.
- ¹³ Meunier D et Bohelay S. La réduction du risque alcool en Europe. Actal : Alcool et jeunes : univers, usages, pratiques. 2012 ; 11 : 13-15.

- ¹⁴ Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement : recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- ¹⁵ Caire J-C. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. Bruxelles : De Boeck ; 2008, 358 p.
- ¹⁶ Varescon I. Les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques. Bruxelles : Mardaga ; 2009, 320 p.
- ¹⁷ Dodin V. Guérir les addictions chez les jeunes. Perpignan : Artège ; 2004, 291 p.
- ¹⁸ Célestin-Lhopiteau I et Thibault-Wanquet P. Guide des pratiques psycho-corporelles. Paris : Masson ; 2006, 260 p.
- ¹⁹ Launois M. Ergopsy. [En ligne]. <http://www.ergopsy.com/index.html>. Consulté le 10-02-16.
- ²⁰ Gaudriault P et Joly V. Construire la relation thérapeutique. Paris : Dunod ; 2013, 240 p.
- ²¹ Odier G. Carl Rogers – être vraiment soi-même. Paris : Eyrolles ; 2012, 204 p.
- ²² Bourdin D. La psychanalyse : de Freud à aujourd'hui. Rosny : Bréal ; 2007, 317 p.
- ²³ Berger M. Le travail thérapeutique avec la famille. 2^{ème} édition. Paris : Dunod ; 2012, 304 p.
- ²⁴ Brun A et al. Manuel des médiations thérapeutiques. Paris : Dunod ; 2013, 416 p.
- ²⁵ Gosling P et al. Psychologie sociale : l'individu et le groupe. Paris : Bréal ; 1996, 220 p.
- ²⁶ Ministère en charge des affaires sociales et de la santé. Diplôme d'état d'ergothérapeute. [En ligne]. <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82>. Consulté le 03-04-16.

Annexes**Annexe 1 : Matrice du questionnaire de la pré-enquête exploratoire**

Travaillez-vous en santé mentale ? *

- Oui
- Non

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Médiations recommandées dans : "Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement : recommandation de bonne pratique" Société Française d'Alcoologie

- Artistique
- Créative
- Corporelle
- Aucune
- Autre :

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions? *

- Oui
- Non

Merci de préciser votre réponse : *

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ? *

- Oui
- Non

Merci de préciser votre réponse : *

Annexe 2 : Réponses au questionnaire de la pré-enquête exploratoire

Réponse 1 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Non

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Oui mais je pense que le psychométricien est plus apte que nous à répondre à cette prise en charge.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

La sophrologie

Réponse 2 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Non

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Non

Merci de préciser votre réponse :

Je ne veux pas vraiment dire non mais je ne sais pas. En effet je ne me rends pas bien compte de l'impact de ce genre de médiation avec ces populations.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Non

Merci de préciser votre réponse :

J'ai beaucoup de difficultés à comprendre en quoi ces méthodes relèvent de l'ergothérapie. (C'est mon ressenti d'une manière générale pour toutes les approches en psy autres que l'approche systémique/interactionnelle)

Réponse 3 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Artistique, Créative, Corporelle, sociale et ludiques

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Oui si elles sont couplées à des médiations autres, et si elles sont suffisamment encadrées. La plus part des addictions en santé mentale ont un but anxiolytique et de remplissage. Les troubles corporels associés peuvent amplifier et participer aux comportements d'addiction, une prise en charge concomitante peut alors être utile.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

L'ergothérapeute prend en charge le patient d'une façon holistique, son corps autant que son esprit et son lieu de vie. En psychiatrie bien que les psychomotriciens aient un peu le monopole du corps il serait absurde de séparer psychés et corps dans une profession qui se dit de prise en charge globale.

Réponse 4 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Artistique, Créative, Corporelle

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Le suivi thérapeutique en addictologie consiste en partie à aider les personnes à extérioriser et exprimer et accueillir leurs ressentis et émotions. Le corps favorise le lâcher-prise, l'expression et le vécu des émotions, qu'elles soient reconnues ou non.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

L'expression corporelle est un outil d'évaluation et de connaissance de soi.

Les médiations corporelles permettent d'expérimenter le ressentis, le vécu et la gestion des émotions.

Le corps étant à la fois le support et le messager du vécu émotionnel, il me semble indispensable qu'un ergothérapeute l'observe et l'utilise dans la prise en charge globale de la personne.

Réponse 5 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Artistique, Corporelle

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

A mon sens, l'addiction est un symptôme, une manière de chercher à apaiser ou contenir une souffrance psychique. Il peut concerner des personnes souffrant de psychoses ("boire pour remplir un vide ou apaiser des angoisses" par ex) ou de névroses ("boire pour oublier un évènement traumatique, ou encore lutter contre l'isolement, ou pour tenter de masquer un manque d'estime de soi...")

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Je pense que tu peux t'appuyer sur la présentation que j'ai faite à la semaine de conférence de l'IFE. Si tu veux que je redéveloppe, n'hésites pas à me recontacter.

Réponse 6 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Créative, Corporelle, manuelle

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

J'ai personnellement animés de telles séances lors de mon bref passage de 4 ans, en addictologie. Mon travail est centré sur les automassages et la relaxation profonde.

Les automassages permettent aux patients de revenir à la conscience de leur corps propre, de leurs sensations et d'être en pleine conscience d'eux-mêmes. Avoir une meilleure conscience de soi est importante pour des personnes addictées, cherchant, pour certains, les limites, au sens des état-limites ou au sens de la tolérance de leur corps.

Prendre soin de soi est un des processus qu'ils peuvent découvrir avec de telles méthodes, à condition qu'elles soient proposées comme permettant un apprentissage progressif, en vue d'une autonomie et non pas en demeurant dans une dépendance au thérapeute.

Le travail de la respiration permet également de retrouver, dans un premier temps, une maîtrise (illusoire mais nécessaire au départ) pour ensuite, pouvoir tolérer et apprécier le lâcher prise.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Non

Merci de préciser votre réponse :

La médiation corporelle nécessite, avant tout, une expérience et un vécu personnel. Mais il est nécessaire aussi, de posséder une autre formation pour pratiquer de telles méthodes. Cela

dépend donc des personnes et de leur formation, ainsi que des choix institutionnels. Selon les institutions, les thérapies corporelles sont proposées par des psychomotriciens, des relaxologues ou des ergothérapeutes formés.

Réponse 7 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Créative, Corporelle, jeux de préventions, travail de la balance décisionnel, approche des lieux à risques...

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

La dévalorisation et la mésestime de soi est l'une des pierres fondatrices de la pathologie. Au cours des années, cette dévalorisation va jusqu'au dégoût de son propre corps, qui prend trace des conséquences de cette hygiène de vie. Re-découvrir et reprendre confiance en son propre corps est un axe très régulièrement abordé dans les centres.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Non

Merci de préciser votre réponse :

Quelle placement adopté face à des psychomotriciens beaucoup plus formés dans ce genre de démarche de soins ? Somme toute, oui l'ergothérapeute peut mettre en place des activités de ce type.

Mais est-il le mieux placé pour le faire?

Réponse 8 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Créative, Corporelle, cuisine

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Bcp de symptômes en addictologie s'exprime par le corps.

La sensation de vide intérieure est souvent présente et le travail de prise de conscience du corps peut aider à tisser ce vide.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Il se trouve que bcp de médiations demandent une formation complémentaire, alors pourquoi pas des formations corporelles.

Pour habiter son environnement un des préalables est d'habiter son corps.

J'utilise les techniques de méditation de la pleine conscience avec mes patients. Techniques qui permettent une qualité de présence au présent meilleure et de fait une augmentation de la qualité de la vie.

Réponse 9 :

Travaillez-vous en santé mentale ?

Oui

Si oui, vous utilisez des médiations de type :

Créative, Expressives et de réinsertion

Pensez-vous que l'utilisation de médiations corporelles pourrait être utile dans la prise en charge d'addictions?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Le corps est souvent transformé à cause de la consommation d'alcool. L'image et l'estime de soi sont détériorées. Il y a aussi un repli, un enfermement important.

De plus, j'ai pu observer que pour certains l'expression créatives ou l'écriture ne sont pas facile et donc proposer l'utilisation d'autres médiations expressives me paraîtrait leur convenir.

Enfin, les médiations corporelles permettent de ressentir et de vivre de nouvelles expériences de manière plus importante qu'à travers les autres types de médiations.

Pensez-vous que les techniques de médiations corporelles peuvent être utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre des compétences ergothérapeutiques ?

Oui

Merci de préciser votre réponse :

Oui cela me semble de notre ressort.

Tout d'abord, nous sommes formés à l'animation d'ateliers et de groupes thérapeutiques. Nous avons un bagage théorique qui nous le permet (ex: dynamique de groupe, relations psychodynamiques...).

Par contre, Il me semble primordial d'avoir expérimenté nous-même les médiations que nous utilisons avant de les utiliser comme outil thérapeutique et d'être à l'aise avec celles-ci.

C'est pourquoi, j'ai l'intention de me former d'avantage avant de proposer ce type de médiation dans le service. Lorsque j'en ai parlé dans le service, j'ai tout de suite été encouragée dans ce projet.

Annexe 3 : Les entretiens

Ergothérapeute A :

Cette ergothérapeute travaille en psychiatrie en intra-hospitalier et a, avant cela, travaillé quelques années dans un service d'addictologie et quelques années dans un CATTP. L'entretien a duré 27 minutes.

[...]

Alors, qu'est-ce qui, selon vous rend une activité thérapeutique ?

Alors (rires)... Une activité thérapeutique pour moi, c'est une activité... Pour moi il y a une distinction entre l'activité occupationnelle et thérapeutique. Donc, heu, je vais commencer par l'occupationnel. Pour moi l'occupationnel c'est permettre au patient de s'occuper dans une
 5 activité plaisante et de loisir... Heu, dans la mesure où ça lui permet de ne pas penser à ses problèmes, d'oublier, d'être concentré sur son activité. Heu, et... Voilà. Et à la limite de pouvoir le reproduire à l'extérieur, d'en faire une activité de loisir. Donc pour moi, ça c'est occupationnel. Heu... L'ergothérapie peut être dans une dimension occupationnelle c'est thérapeutique au sens où... Heu... ça fait du bien au patient mais c'est un niveau de, c'est un
 10 premier niveau de thérapie j'ai envie de dire. Alors que pour moi, une thérapie tout au moins en psychiatrie qui... qui est plus approfondie c'est vraiment une activité alors déjà qui... a du sens pour le patient, qui se fait aussi dans un cadre thérapeutique, heu c'est-à-dire avec un temps particulier, un espace particulier, une prescription médicale. Heu... c'est ce qui permet aussi au
 15 patient, alors si on est vraiment branché psychodynamique, c'est ce qui va permettre au patient de s'exprimer, de se découvrir donc là ce n'est pas oublier ses soucis mais au contraire les transformer, les projeter à l'extérieur, travailler d'une autre façon sur sa vision des choses et sa vision du monde et pas s'occuper pour oublier.

Pour moi le.... Y a un bienfait thérapeutique de s'occuper pour oublier mais ce n'est pas de la thérapie au sens de la psychothérapie médiatisée pour comprendre ce qu'il se passe dans l'intra-
 20 psyché du patient. Ça c'est valable surtout pour les gens névrosés, addictés, pour les psychotiques je dirais pas la même chose. Pour les psychotiques je dirais à ce moment-là que la dimension occupationnelle de l'activité au sens premier du terme à savoir « agir sur la réalité », ça c'est thérapeutique. A ce moment-là. Parce qu'on rentre dans une dimension d'action sur la réalité, de cognition, de concentration etc. Et là l'occupation au sens strict du
 25 terme à savoir agir sur une activité, devient thérapeutique pour ces patients-là.

Voilà. Mais c'est pas pour oublier, enfin en tout cas heu... Pour les patients psychotiques c'est pas pour oublier leurs soucis mais pour les concentrer sur la réalité.

D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres éléments qui peuvent rendre une activité thérapeutique ?

30 ... Alors, j'ai parlé du cadre, de la prescription... Ben il faut une présence d'un thérapeute. Voilà, une présence fiable et permanente. C'est-à-dire que tu ne peux pas d'une séance à l'autre changer de thérapeute. Ça va créer également une relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute. Si tu as par exemple une activité par exemple, je sais pas, mettons une activité gymnastique, si c'est l'activité qui prime au sens occupationnel pour que le patient il bouge un
35 peu et fasse des choses, y a un infirmier une fois, un ergo une autre fois. L'activité gymnastique continue parce qu'il y a plusieurs personnes qui passent. Ça effectivement c'est de la co-animation, c'est partagé. C'est... pas tout à fait une position thérapeutique au sens où il faut un thérapeute référent pour qu'il y ait vraiment une thérapie qui puisse se passer.

D'accord. Donc vous m'avez parlé de cadre, de relation, de l'importance d'un thérapeute.
40 **Vous m'avez déjà un peu répondu avec la présence du thérapeute mais, est-ce que vous pensez que les médiations corporelles peuvent répondre à toutes ces exigences ?**

La même chose heu... Il y a des niveaux différents. Tu peux faire, par exemple moi j'utilise des thérapies corporelles d'automassage et de relaxation. Moi je le fais dans un cadre si tu veux, où je propose au patient de découvrir une technique suffisamment répétitive, heu, pour qu'il
45 puisse l'intégrer et devenir autonome. Heu... ça c'est un cadre si tu veux, c'est presque de l'éducation thérapeutique au sens où je leur transmets quelque chose, ils apprennent quelque chose, ils l'utilisent ensuite. Alors après, le niveau de profondeur de thérapie qu'ils vont atteindre... Moi j'ai un cadre thérapeutique régulier, des horaires, un engagement, une prescription donc ça ressemble à une thérapie mais si tu veux si j'ai des patients qui viennent
50 avec l'intention de régresser, de dormir, de s'occuper, de ne pas penser ben ils vont pas atteindre un niveau si tu veux, de conscience d'eux-mêmes et d'expression d'eux-mêmes très profond. Et là du coup, c'est l'engagement du patient qui va faire qu'il ne fait que s'occuper et ne vient chercher que de la régression et que à dormir et que à pas penser. Ça je n'ai pas d'action dessus. J'aurais beau amener ce que je veux moi comme heu... question ou ouverture au travail, si le
55 patient il dort, le patient il dort (rires). Donc c'est bien que l'activité choisie soit signifiante et significative pour le patient et qu'il y trouve un sens, que les objectifs thérapeutiques lui parlent sinon heu... il viendra pas pour les bonnes raisons.

Après, en thérapie corporelle, si le patient en a les capacités, il va entrer en conscience de lui-même, il va écouter ses sensations, il va en parler, il va faire des liens, il va essayer de travailler
 60 peut-être sur une vision des choses, il va essayer de travailler sur une zone douloureuse, il va se rendre compte que quand il se masse ou que quand il respire ça apaise son angoisse. Donc il va intégrer la fois suivante, ou quand il sera angoissé même seul il pourra le reproduire. Et là on est dans quelque chose qui est dans le domaine de la thérapie avec intégration...

Donc si tu veux, moi... y a des niveaux, nous on peut essayer de distinguer les niveaux, qu'est-
 65 ce qui est occupationnel, qu'est-ce qui est thérapeutique. Ça c'est, nous notre façon de poser les cadres. Donc par exemple, tu fais un, moi j'ai un atelier de jeux thérapeutiques qui est porte ouverte, les patients s'inscrivent pas, ils viennent où ils viennent pas parce qu'on a discuté avec l'institution et que c'est un lieu si tu veux, qui est entre l'occupationnel et le thérapeutique. Ben j'ai pas les mêmes prétentions d'aller dans la profondeur parce qu'il n'y a pas de confidentialité
 70 et de sécurité. Donc les patients ils vont jouer et rester dans le ludique. Alors qu'on ferait ce même atelier avec une porte fermée, avec un engagement et un horaire, il se passerait d'autres choses. Et ça les patients le sentent très bien. J'en ai eu la preuve parce que j'ai eu un groupe de thérapie lundi après-midi avec les mêmes patients que j'avais en jeux. Ils étaient tout à fait capables de distinguer que porte ouverte avec n'importe qui qui vient, on dit pas les mêmes
 75 choses que porte fermée en confidentialité, avec un seul thérapeute, avec un... un endroit plus tranquille, un cadre plus tranquille. Donc ça c'est nous, notre façon de poser nos cadres.

Mais après, y a aussi le patient de l'autre côté. Il va s'engager à un niveau... Ma collègue par exemple elle a un atelier qui s'appelle « expression créative » et ben, quand elle parle de ça en réunion de synthèse, parfois elle va dire ce patient-là il joue, ce patient-là il s'occupe, ce patient-
 80 là il introspecte. Tu vois. Donc ça va être aussi la thérapie, y a pas que nous, notre façon de poser les cadres, y a aussi la façon dont le patient va utiliser les outils qu'on lui donne. Si il les utilise pour dormir en relaxation, c'est pas de la thérapie corporelle, c'est de la détente et ça peut faire du bien et ça peut être thérapeutique. Mais c'est pas de la thérapie psychocorporelle profonde. Voilà. Et puis ça, ça dépend aussi du patient. Moi je pourrais mettre toutes les qualités
 85 que je veux dans mon cadre, si l'autre en face il veut dormir (rires)... voilà, toutes les techniques que je peux utiliser n'y changeront rien.

Et donc par rapport à un autre professionnel, comme un psychomotricien par exemple, qu'est-ce qui fait que l'ergothérapeute peut utiliser ces médiations ?

- Pour moi justement heu... c'est ce que j'ai commencé un petit peu à amorcer, à te dire. Heu...
- 90 Une psychothérapie à médiations corporelles comme peuvent faire les psychomotriciens nécessite un engagement, heu... de régularité, d'aller au bout de la thérapie, nécessite... généralement aussi une supervision, un travail personnel pour comprendre ce qu'il se passe dans la thérapie et généralement nécessite une thérapie en individuel. Voilà. Donc un psychomotricien il va, il va généralement travailler comme ça.
- 95 Heu... Un ergothérapeute, alors en tout cas je peux parler de ce que moi je pratique, pas forcément de ce que font les autres ergothérapeutes, mais moi déjà je pratique en groupe. Heu, je pratique avec une visite d'autonomie rapide, donc je ne veux pas faire une thérapie des profondeurs corporelles pour savoir heu... ce qui se passe dans leurs psychismes, heu, même si certains l'expriment. Mais c'est pas ce que moi je vise. Je vise à leur transmettre un outil. Et ça
- 100 pour moi c'est ma position d'ergothérapeute. Je vise à leur transmettre un outil que... que j'ai constitué petit à petit. Qui se fait à travers l'apprentissage d'une méthode assez similaire à chaque séance. Y a un livret qui reprend cette méthode-là et un CD, ça je leur donne. Ils peuvent me ramener un CD vierge, en échange des CDs ils peuvent continuer cette méthode-là. Donc y a une notion d'apprentissage.
- 105 Un psychomotricien, je ne pense pas qu'il ait cette notion d'apprentissage... heu... d'une méthode. J'ai souvent plus trouvé ça chez les ergothérapeutes.

Oui, la recherche de l'autonomie du patient.

- Oui, tout à fait. Et puis ce que je rajoute aussi, heu je m'en suis rendue compte au fil des années et ça je pense que c'est aussi de ma position de, d'ergothérapeute, c'est les objets médiateurs.
- 110 Les autres thérapeutes peuvent utiliser aussi des objets mais moi j'ai vraiment à cœur d'utiliser le heu... Les bouliers de massage, les balles de massage, les objets qui permettent de masser parce que justement on est moins dans la dimension du corps à corps, du corporel.
- Déjà j'ai développé les automassages parce que je suis pas kiné et que ma chef étant kiné, elle s'est chargée de me rappeler les limites de mes compétences (rires). Donc à ce niveau-là c'était
- 115 déjà très cadré. Et puis aussi parce que, on s'est, je me suis progressivement rendue compte, dans tout ce qui est, en ergothérapie on a un tiers médiateur. On a un tiers médiateur c'est l'activité, absolument nécessaire. Or, quand t'es dans du corporel, c'est le corps. Donc il faut, il faut médiatiser. Alors soit c'est une technique, moi j'ai la technique que j'enseigne et les objets médiateurs. Heu... Les, la musique est présente aussi. Si tu veux, à chaque fois y a des

120 tiers qui font qu'on n'est pas dans le corps à corps. Moi si je me posais en individuel avec le patient, sans musique, sans objet, sans technique, à lui demander par exemple de faire de l'expression corporelle, d'exprimer ce qu'il ressent, là je serais dans de la thérapie psychocorporelle individuelle. Alors... il faut s'en donner les moyens OK, mais c'est pas quelque chose qu'on peut faire en sortant tu vois, d'un, d'une école d'ergothérapie... Voilà. Ça

125 je pense que la thérapie à plus long court, en individuel et approfondi, faut une autre formation que ce qu'on a. Par contre, nous, proposer de s'asseoir, d'écouter de la musique, de dessiner à partir de la musique, ben on n'empiète pas chez les musicothérapeutes. Proposer d'intégrer une méthode de gymnastique douce ou de respiration ou de relaxation heu... qui permet au patient d'être à l'écoute de son corps en essayant de l'autonomiser rapidement pour moi... voilà c'est,

130 je pense que j'ai... personnellement que j'ai vraiment changé les, ce qu'on m'a appris... de cette façon-là, parce que je suis ergo. Tu vois avec cette intention que le patient... qu'il se l'approprie.

Du coup, auprès de patients souffrant d'addiction à l'alcool, quels objectifs thérapeutiques vous établiriez ?

135 Heu... De façon générale, pour les patients addicts, quand j'ai travaillé dans ce service-là pendant quelques années, heu... Les objectifs que j'avais, je proposais deux séances. Heu... Y avait une demande très claire qui avait été faite, heu... de deux thérapeutes différents. Y en a un qui voulait que je les valorise et l'autre qui voulait que je les aide à s'exprimer. Comme les deux me paraissaient intéressants, la première séance je proposais... de découvrir l'expression

140 de soi. Donc généralement je faisais ça en groupe de façon ludique pour leur permettre de pouvoir parler d'autre chose que de l'alcool mais de découvrir que... faire des choses ça pouvait avoir du sens... ça pouvait donner du sens, voilà. Alors... pas forcément en parlant de leur vie mais qu'il pouvait y avoir du sens. Si je te donne un exemple, on faisait des dessins collectifs... Mettre des titres, en discuter et là... tout d'un coup les patients disaient mais c'est incroyable

145 tout ce qu'on peut trouver à projeter, c'est incroyable tout ce qu'on peut trouver à dire et qui peut avoir du sens dans quelque chose qui ressemblait à rien au départ. Pour moi, l'expression c'est ça. Essayer de dégager quelque chose qui donne du sens à de l'informel, à du magma, à des choses comme ça qui sortent et qui sont pas forcément très organisées.

Et la seconde séance donc c'est. Alors la première séance était groupale et pour moi il fallait

150 qu'ensuite la deuxième séance soit personnalisée. C'est-à-dire que les patients, au lieu que je, moi les anime... dans une démarche... intentionnelle d'expression, c'était comment eux se

positionnent, ont envie de faire quelque chose donc de passer par un objet, heu... plus manuel... de façon à ce qu'ils reprennent le projet à leur compte et à ce qu'ils se séparent de l'illusion groupale et du groupe. Donc pour moi voilà. Donc pour moi c'était vraiment qu'ils puissent s'exprimer, découvrir l'expression sans danger, qu'ils puissent s'extraire du côté fusionnel, dépendant et groupal, qu'ils puissent affirmer leur distinction et faire un projet personnel... ça c'était en ergothérapie un peu plus... expression ou manuelle.

Et quand je leur proposais d'être en thérapie corporelle là c'était très clairement pour qu'ils se prennent en main, au propre et au figuré, qu'ils s'occupent d'eux. Ça se passe en position assise parce que sinon alors là pour le coup ils régressaient et dormaient tous. Donc là on a travaillé assis avant de faire un petit peu de travail allongé juste à la fin. Donc tous les automassages se faisaient en position assise pour les aider vraiment à tenir, à avoir une conscience du corps, à revenir dans le corps. Moi je leur dis souvent en blaguant « être bien dans sa peau c'est déjà être dans sa peau », à savoir ne pas penser à autre chose, mais être dans le corps et la sensation. Pour moi c'est vraiment les aider à s'incarner et... si je suis venue au travail corporel aussi bien pour les addicts que pour les autres, c'est que pour moi, c'est ce qui va avant le travail manuel ou expressif. Pour moi, le travail corporel c'est la base. Si tu ne travailles déjà pas le être dans ton corps, tu peux pas faire le reste.

Alors par contre, les ergothérapeutes qui n'utilisent pas le travail corporel, tu peux aider les gens à être dans leur corps et dans leurs sensations en les aidant à être dans l'instant présent et dans ce qu'ils font. Et tu es déjà un petit peu plus, au dehors de toi, un petit peu plus dans la projection alors que le corporel t'es vraiment dans le, l'espace profond et intérieur.

Et donc auprès de cette population, est-ce que vous mettez en place une relation et un cadre particulier ?

Ça rentre un peu dans ce que je viens de te décrire. Moi, si j'ai mis en place ce dispositif-là c'est parce que j'avais repéré qu'il fallait vraiment qu'ils passent par l'illusion groupale, on est bien, on est tous ensemble, on fait quelque chose, c'est pas dangereux youpi on peut parler de soi et puis ensuite on se sépare, on passe justement du « on » ou « nous » dans le groupe et puis après au « je ». Tu vois pour qu'ils puissent arriver à dire « je », « moi je », « moi j'ai envie de ça ». Alors y en a qui restaient collé aux autres mais « moi j'ai envie de ça », « moi je veux faire ça », moi j'ai laissé ça comme trace. Voilà. C'était vraiment une expérience de... passage du « nous » au « je » pour qu'ils puissent se séparer et... s'identifier plus clairement.

Après faut savoir que... dans ce dispositif-là, j'avais que deux séances. Donc c'est rien du tout. C'est vraiment qu'une toute petite goutte d'eau (rires) au milieu d'un océan de... de vie et
 185 d'alcool et de tas d'autres problèmes à côté. Je pense que pour ces patients-là... Moi j'avais repéré que pour ces patients-là, il y avait trois, trois niveaux. Il y avait des patients qui avaient vraiment des troubles cognitifs majeurs et massifs et donc ces patients-là j'aurais été plutôt du côté... ce que je n'avais pas le temps de faire mais je pense que j'aurais plutôt été du côté de la
 190 la récupération. J'avais un tiers de patients qui avaient plus besoin d'être valorisé. C'est-à-dire d'avoir le sentiment de pouvoir agir sur quelque chose et d'avoir un sentiment de valeur alors qu'ils n'en avaient plus du tout. Et puis j'avais un tiers de patients qui étaient suffisamment cortiqué pour pouvoir faire une psychothérapie. Et cela je les repérais dans la première séance où... tout d'un coup dans l'expression groupale, ceux-là ils repéraient des choses, ils faisaient
 195 des liens avec leurs vies, ils disaient « mais tient ça, ça a du sens » alors que d'autres ils étaient là, ils regardaient le dessin, ils mettaient un titre et puis ben ils avaient pas grand-chose à en dire parce que ça représentait pas quelque chose de concret. Ou alors ils cherchaient « ah ben ça c'est un bateau, ben ça c'est un machin ». Et puis tu voyais tout de suite les niveaux des patients. Ceux qui pouvaient introspecter, imaginer, associer et ceux qui vraiment, dans la
 200 dégradation et alors cela... ben soit tu travailles le... les fonctions exécutives et les cognitions, soit tu travailles la valorisation. Mais tu vois y avait vraiment deux voire même trois niveaux différents.

Je leur disais régulièrement « à la sortie ce patient-là, il faut qu'il aille dans un groupe pour se valoriser, s'exprimer heu... au sens de... de... s'affirmer dans un groupe. Tu vois heu...être un
 205 peu coucouné et se valoriser. Il faudrait qu'ils fassent un peu de rééducation cognitive ou alors envoyez-le en psy ou chez un psychothérapeute, il faut qu'il travaille vraiment le sens de pourquoi il boit ». Alors que certains, le sens de pourquoi il boit, tu peux attendre longtemps hein (rires).

Mais donc vous, vous utilisiez systématiquement les médiations corporelles ?

210 Oui, oui, oui. Heu... A un moment donné, quand j'ai bossé avec eux. Après si tu veux, quand j'ai été embauché là-bas c'était pour l'ergothérapie expressive et manuelle. Je les ai aidés pour la relaxation parce qu'ils manquaient de thérapeutes mais... je n'avais pas le choix. Moi si j'avais eu le choix j'aurais fait ça en priorité, plus l'ergothérapie expressive et manuelle. Les

trois me semblent nécessaires. Mais si j'avais eu véritablement le choix, c'était le travail
215 corporel en priorité.

Et donc, face à des personnes addictes à l'alcool, est-ce que vous avez remarqué quelque chose en particulier avec l'utilisation de médiations corporelles ?

Heu... ça dépend si tu veux de... Heu... Si un jour tu bosses en addictologie, lie un excellent
bouquin de Michèle Monjauze, *la part alcoolique du soi*, où elle explique si tu veux, les
220 différentes façons que les patients ont de boire. Certains c'est pour oublier, certains c'est pour
se diluer, certains c'est pour revivre une expérience heu... traumatique mais pour la dépasser,
certains c'est pour essayer de tenir le coup et de tenir bon... Donc si tu veux, selon les... selon
les patients, la thérapie corporelle ne travaillait pas la même chose...

Repose-moi ta question du coup (rires) ?

225 **Oui, heu, avec cette population est-ce que vous avez remarqué des effets particuliers en utilisant les médiations corporelles ?**

Alors, ça les... Moi ce que je cherchais à faire, justement après avoir lu ce bouquin-là, heu...
C'était les solidifier. Leur donner une... un sentiment de conscience plus solide de leur corps.
C'était vraiment dans ce sens-là que je travaillais. Eux, par contre ce qu'ils avaient envie de
230 faire c'était de régresser, se diluer, roupiller (rires). Ne pas être présent, oublier. Tu vois.

Et moi justement, j'allais un peu contre ça. Donc il fallait que je fasse du donnant-donnant, à
savoir, la première partie c'était solidifier, être en pleine conscience. La seconde partie était un
peu plus régressive. Et là bon, voilà, si ils dormaient, ils dormaient. Mais moi je continuais par
exemple à parler beaucoup heu... et à ne pas les laisser simplement... béatement écouter la
235 musique parce que sinon là tout le monde dormait. Donc je continuais à parler, pour essayer de
maintenir une conscience à minima dans leurs... dans leurs esprits.

Après je remarque toujours des effets de détente, d'évasion... Le travail corporel... le travail
d'automassage fait une enveloppe rassurante, ça leur donne la sensation d'avoir une meilleure
conscience de leurs limites donc si tu veux... plus t'as une meilleure conscience de tes limites,
240 plus t'es en sécurité intérieure, plus tu peux lâcher. Donc une fois qu'ils étaient un peu plus
consolidés, tu vois avec une... une sensation de tension musculaire... Ils aimaient bien aussi la
gymnastique comme ça parce que ça leur permettait d'être en, en muscle, en tension, en volonté,
le fait d'avoir une action. Heu... Le, le lâcher-prise est... Est toujours plus difficile parce que

plus régressif, agréable pour certains heu... mais diluant. Donc si tu veux après ça dépendait
245 vraiment de la façon d'être de chacun.

Diluant, donc si ils recherchaient ça ben ils aimaient bien. Par contre si... Mais généralement...
c'est vrai que les patients addictés ils aiment bien quand même... ils, ils apprécient et ils
recherchent la notion de perte de contrôle. Puisque quand tu bois, tu perds le contrôle. Moi
250 quand j'ai des patients en psychiatrie qui sont un peu obsessionnels et qui sont dans la maîtrise
et le contrôle, ils apprécient pas ça justement, la relaxation et le lâcher-prise parce que ça flotte.
Alors que les patients addictés eux, ça flotte heu... voilà, ça, ça leur pose aucun soucis (rires).

J'ai des collègues qui justement, proposaient heu... parce qu'on était plusieurs donc à
intervenir, et ils leur été proposé à un moment donné, la première semaine, quand ils étaient pas
encore suffisamment sevrés heu... Enfin ils étaient sevrés mais ils étaient encore... imprégnés
255 si tu veux, d'alcool. Les premières séances étaient en position assise mais carrément sur une
chaise pour leur éviter d'être complètement en état de... de sommeil hein.

**D'accord. Mais parce que vous quand vous dite que vous faisiez vos séances d'abord en
position assise c'était comment ?**

C'était assis au sol. Au sol comme première étape et ensuite en position allongée pour le temps
260 de relaxation et de respiration. Et si tu veux, moi mes séances heu... normalement duraient une
1h30, y a 40 minutes d'automassage et 20 minutes de relaxation. Avec les patients addictés
c'était 1h de séances donc y avait plutôt 35 à 40 minutes d'automassage et un quart d'heure
maximum de... de temps allongé en... en écoute de la respiration, en écoute des sensations
parce que sinon voilà si... C'était pas possible... pour eux... de tenir en conscience et en éveil
265 plus longtemps. Vraiment je te dis, cette recherche de régression... De régression, de dilution,
d'oubli quoi donc heu...

Alors à la fois tu peux pas leur dire « ben non, nous on veut que vous soyez plus »... Si, ils
faisaient. On leur proposait de la gymnastique donc quelque part on leur disait « nous on veut
que vous soyez aussi un petit peu plus tonique ». Mais il fallait quand même aussi heu... qu'ils
270 puissent heu... intégrer quelque chose de l'ordre du plaisir... Dans autre chose que l'alcool
quoi.

Ben écoutez, merci beaucoup pour vos réponses et le temps que vous m'avez consacré.

Mais de rien !

Ergothérapeute B :

Elle travaille dans un service d'addictologie depuis trois ans. L'entretien a duré 25 minutes.

[...]

Selon vous, qu'est-ce qui rend une activité thérapeutique ?

Heu... Alors... Vous commencez fort vous ! (rires) Qu'est ce qui rend une activité thérapeutique ? Heu... C'est le fait qu'on puisse rejoindre le patient là où il en est, dans son histoire et... l'emmener ailleurs, vers du changement.

5 Vers du changement d'accord. Et vous procéderiez comment ?

Heu. Je pense que c'est déjà dans le fait... dans les activités en fait. Moi je prends toujours un premier temps où je fais un tour de table avec les patients pour qu'ils disent un peu comment ils arrivent. Il y a déjà cette étape-là. Du coup ils se sentent en général accueillis et entendus dans leurs envies ou dans leurs pas envies de faire. Heu... Et après les patients rentrent assez
10 facilement dans les propositions que je peux leur faire. Mais la première chose c'est ce tour de table.

Moi je travaille ici, surtout avec des activités en groupe. En individuel je vais plutôt... je vais pas travailler avec des médiations artistiques. Après je sais pas quelle est votre définition de l'activité justement. Parce que en individuel je peux faire un entretien, ça peut être dans la
15 discussion ou dans un repérage de fonctionnement ou d'habitudes par rapport à l'addictologie, ça peut être un exercice corporel, un exercice de gestion du stress en leur apprenant des techniques pour qu'ils puissent les refaire chez eux.

Les activités de groupe en fait, à l'hôpital de jour d'addictologie, on a un programme et donc tous les lundis matin y a l'atelier d'écriture par exemple et tous les patients qui sont là le font.

20 ... Pour moi c'est vraiment d'accueillir le patient là où il en est qui va rendre l'activité thérapeutique. Vraiment le rejoindre et après l'emmener vers autre chose. Si il est pas entendu, ça sert à rien de l'emmener ailleurs, il ira pas et ce sera pas son projet.

Je pense vraiment que c'est la rencontrer et la relation qui va en découler qui va rendre ça thérapeutique. Peut-être notre attitude aussi, la manière dont on peut le soutenir, la manière dont
25 on l'écoute, la relation thérapeutique qu'on va créer.

Je pense au cadre aussi.

Comment vous définiriez le cadre ?

Le temps qu'on accorde au patient et ce qu'on y propose à l'intérieur du cadre que ce soit une discussion, une élaboration ou un exercice concret corporel ou dans les TCC... ouai je sèche
 30 (rires). Le cadre c'est aussi la présence qu'on va avoir, moi je travaille beaucoup à l'intuition, de ce que je ressens, ce que je vais pouvoir proposer au patient... Et le cadre ce sera donc le lieu où je suis. Des fois je suis dans la salle d'activité manuelle, parfois dans la salle d'activité physique. Je n'ai pas de bureau comme je suis arrivée la dernière et que toutes les salles étaient prises (rires).

35 Pour vous, qu'est ce qui peut faire office de média, de médiateur dans les médiations corporelles ?

Alors moi j'utilise ce qu'on appelle les outils de la méditation par la pleine conscience. La pleine conscience c'est heu diriger son attention délibérément, à un moment voulu, sans jugement de valeurs. Donc ça va être des exercices où les patients vont porter leur attention sur
 40 le corps, les sensations dans le corps, sur leurs émotions, sur leurs pensées, sur les sons qui les entourent et puis d'essayer comme ça de... du coup de mieux repérer ce qu'il se passe en eux, pour pouvoir désamorcer des tensions qui se mettraient en route... doucement et aussi pour mieux se connaître et du coup, réagir autrement par rapport à toutes ces choses-là qui peuvent se préparer dans le corps, dans les émotions, dans les pensées. C'est un travail en fait où le
 45 patient va prendre conscience un peu de comment il fonctionne, d'être plus attentif en fait aux informations que le corps va lui donner pour pouvoir mieux les gérer et pas se laisser entraîner dans des passages à l'acte de consommation.

Est-ce que pendant que vous faite ça vous utilisez de la musique par exemple, ou des objets ?

50 Non. Je parle. Heu... Les méditations, elles sont dirigées. C'est-à-dire que je vais... alors j'ai pas parlé de l'attention à la respiration mais ça en fait partie. Je vais en fait faire une guidance et le patient du coup va faire... ce que je lui dis de faire. Par exemple quand on fait le travail de porter son attention sur les sensations dans le corps on va commencer par les orteils et puis on va faire remonter jusqu'au sommet de la tête. L'attention sur la respiration, on peut le sentir
 55 dans les narines, on peut la sentir dans la cage thoracique et dans le ventre donc on va expérimenter des différents endroits où on peut sentir la respiration et le patient va choisir où il

la sent le mieux. Et du coup dans des moments de stress, d'émotions difficiles à gérer il pourra revenir à cette sensation-là de respiration pour se recentrer sur lui-même et du coup faire des choix plus justes.

60 Pour moi, le médiateur c'est l'attention. Ce sera du coup le fait de porter son attention... sur les sensations soit sur la respiration soit sur les émotions, sur les pensées, sur les sons. Effectivement ça va être au travers de ma voix mais ça va être aussi tout une technique que le patient pourra faire sans ma voix simplement avec son corps.

D'accord. Auprès de patients souffrant d'addiction à l'alcool, quels objectifs thérapeutiques vous pourriez mettre en place ?

65 Donc les objectifs pour la prise en charge de patients dépendants à l'alcool que je peux travailler en ergothérapie... alors heu... Ce que je note le plus souvent quand je fais mes bilans d'admission ça va être travailler la gestion des émotions, ça c'est très souvent. Heu... Approfondir la connaissance de soi aussi, souvent les patients ils savent pas trop. Ça va être
70 accompagner la vie quotidienne c'est-à-dire essayer de verbaliser à quel moment ils ont besoin de consommer, essayer de repérer des fonctionnements, quand est-ce qu'il y a de l'envie qui arrive et puis comment ils pourraient changer ces fonctionnements-là à trouver de nouvelles habitudes, être attentif à tel ou tel endroits pour ne pas rentrer justement dans des fonctionnements automatiques et puis ça va être aussi, essayer de trouver de nouvelles activités.
75 Souvent l'alcool prenait toute la place et du coup sans l'alcool il y a du temps qui se libère et comment occuper ce temps-là. Donc ça moi j'appelle accompagnement de la vie quotidienne. Et puis tout un travail de revalorisation et de confiance en soi.

Et est-ce que vous mettez en place une relation ou un cadre particulier avec cette population ?

80 Alors il y a le cadre de l'institution qui est mis en place. A savoir que quel que soit les patients... Chez nous les patients ils viennent d'abord deux semaines de suite et puis ils viennent de moins en moins. Ils viennent, je parle de l'hôpital de jour-là. Ils viennent cinq jours par semaine puis quatre ou cinq jours, puis trois jours, puis deux jours puis un jour par semaine puis une fois tous les quinze jours puis après ça s'arrête. Au maximum c'est sur quatre mois. C'est quelque chose
85 de dégressif comme ça sur quatre mois. Donc il y a entre cinq et douze patients par jour. Donc tous les patients qui sont là et qui n'ont pas d'autres rendez-vous viendront à l'activité thérapeutique. Donc lundi j'anime un atelier d'écriture, mardi après-midi je fais de la marche.

Ça c'est une autre médiation corporelle. Jeudi matin jeux de société, jeudi matin cuisine et le vendredi après-midi on va faire de la méditation en groupe. Et en plus de ça, je vois les patients
 90 une ou deux fois par semaine en individuel. En fonction de la priorité pour le patient c'est moi qui le verrait ou l'assistante sociale...

Et puis je les vois dans le cadre de groupe. Ça c'est mon cadre. Il m'arrive aussi de les voir en individuel. Je fais de l'écriture, du repérage, ça peut être aussi des exercices de la gestion du stress, de respiration ou quand il y a des douleurs, je fais aussi du yoga avec les patients pour
 95 travailler le dos. Le yoga ça fait partie des exercices des méditations, on fait des mouvements en conscience, donc c'est tout un travail du schéma corporel, on va faire des mouvements très lents pour prendre conscience des différentes parties du corps, habiter son corps. Ça je peux le faire aussi en individuel.

**Pensez-vous que les médiations corporelles peuvent répondre aux besoins des personnes
 100 addictes par rapport à tout ce que vous avez dit ?**

Alors quand on travaille la gestion du stress on va notamment travailler sur le repérage de ce qu'il se passe pour le patient. Déjà quelles sont les informations que le corps lui donne, à quel moment. Heu... et puis comment il va avoir une action là-dessus pour du coup être autonome avec ces émotions qui peuvent le rejoindre sans crier gare. Donc là oui. Donc si ça répond à
 105 l'objectif de gérer son stress.

Par rapport à l'accompagnement de la vie quotidienne c'est aussi important parce que ça va aussi lui donner des indices si il est plus à l'écoute de sensations agréables dans le corps. Il apprend à être à l'écoute de son corps. Donc il va aussi pouvoir se dire ben là dans ce cadre-là avec telle personne ben je me sens bien dans mon corps. Donc oui, dans l'accompagnement
 110 dans la vie de tous les jours ça va aussi lui donner des indices sur là où les lieux sont faits pour lui, là où ça va créer des tensions et du coup rajoute du stress.

Par rapport à la connaissance de soi, ben ça fait un peu partie aussi même si j'utilise d'autres outils. On va plus parler de son caractère, de ce qu'il aime, ce qu'il aime pas. Mais pas forcément en passant par le corps.

Et par rapport à la revalorisation, la confiance en soi. Souvent quand les patients sentent plus habiter leur corps... la confiance augmente. Parce qu'ils se sentent plus vivants, quelque part
 115 dans une autre dimension pas juste dans la tête ou dans les émotions.

Après par rapport à la marche, on peut travailler la confiance en soi. Souvent la marche au début les patients qui font beaucoup de canapé (rires) c'est du sport pour eux de se lever du canapé et
 120 d'aller marcher. Petit à petit ils se rendent compte que les montées vont plus leur faire peur.

Oui, qu'ils ont des capacités.

Voilà. Donc là oui, il y a tout un travail de... redynamisation. L'atelier marche est très important quand même aussi. Justement dans cette endurance-là à l'effort. Se redécouvrir. Le fait de pas se décourager tout de suite, d'aller au-delà d'un premier découragement, des choses comme ça.

125 **Du coup vous démarrez par l'atelier marche ou la méditation ou ça n'a pas d'importance ?**

Ben ça dépend. Si le patient arrive le mardi il va faire la marche, si il arrive le mercredi ben il aura d'abord la méditation. Ça c'est vraiment en fonction de comment le patient il arrive.

Après dans la réunion pluridisciplinaire, moi je peux dire que ce patient il vienne surtout le
 130 vendredi parce que j'aimerais surtout le voir dans le cadre de cet atelier-là. Mais des fois c'est pas possible au niveau des places. Mais souvent je dis « là il se passe quelque chose pour le patient, ce serait bien qu'il vienne surtout ce jour-là ». Mais souvent le patient il dit « moi j'aime bien cet atelier, j'aimerais venir ce jour-là ». On n'est pas toujours d'accord (rires). Mais c'est pas grave, je peux faire des choses en individuel aussi.

135 **Et donc quand vous pratiquez les médiations corporelles auprès de cette population, est-ce que vous remarquez quelques choses en particulier, des effets notables... ?**

... Alors il se trouve, moi je vois un effet de détente assez impressionnant, un lâcher prise. Quelque chose d'une capacité du patient à se détendre. Mes collègues psychologues me disent que quand il y a un travail corporel en parallèle, le travail psychologique se fait plus rapidement.

140 **Ah oui, les effets sont mêmes remarqués par les psychologues !**

Oui, les patients arrivent plus vite à repérer un petit peu, heu, ce qui est mis en jeu dans leurs difficultés psychologiques du moment. Donc c'est quelque chose aussi qui... qui heu... a une influence sur le travail pluridisciplinaire. Il n'y a pas de psychomotricien chez nous, je suis la seule ergo, c'est une petite équipe (rires).

145 Et il se trouve que... moi je travaille surtout à l'hôpital de jour mais il arrive qu'il y ait des patients qui viennent en consultation ambulatoire, donc ils viennent juste pour un rendez-vous

avec moi. Donc je travaille avec les outils de la méditation de la pleine conscience et donc c'est souvent les psychologues qui m'adressent les patients. Ils se disent « ah ben là en passant par le corps, il pourrait se passer quelque chose ». Donc c'est pas vraiment une thérapie corporelle
150 mais je propose peut-être une meilleure connaissance d'eux-mêmes aux patients par ces biais-là. Et du coup c'est des choses qui vont pouvoir les aider à repérer des choses à travailler ailleurs.

Par rapport au travail des méditations, en fait les patients apprennent aussi à être d'avantage présents dans ce qu'ils font et du coup, si on prend l'exemple de boire un café, avec la pleine
155 conscience en fait, les patients vont apprendre aussi à prendre le temps de sentir les odeurs, de sentir le goût, de sentir la chaleur qui peut descendre dans la trachée et il y a quelque part une... un rapport au quotidien, à ces actes du quotidien qu'on fait tous les jours, qui va devenir différent, qui va prendre plus de saveurs avec le fait de développer les capacités d'attention. Les patients vont du coup, comme mettre de la consistance dans les choses qu'ils font tous les
160 jours de manière automatique, sans y prêter attention. Et du coup ça, ça rejailli aussi. Et ça je pense que c'est vraiment notre rôle d'ergothérapeute. Surtout pour des patients addicts qui sont soit dans de très fortes sensations soit très basses sensations, peut-être plus encore avec l'héroïne mais aussi avec l'alcool. On peut réapprendre à trouver du goût dans les choses banales.

165 **Avez-vous d'autres choses à rajouter ?**

Non... j'ai rien à rajouter si ce n'est vous souhaiter bon courage (rires).

Ben écoutez merci beaucoup.

Ergothérapeute C :

Cette ergothérapeute a toujours travaillé en psychiatrie. Elle a d'abord été quelques années en intra-hospitalier. Elle est maintenant en hôpital de jour depuis une dizaine d'année. L'entretien a duré 32 minutes.

[...]

Qu'est ce qui, selon vous, rend une activité thérapeutique ?

Bonne question (rires)... Heu... Pour moi, une activité thérapeutique c'est... Heu... C'est une activité heu, qui favorise la rencontre entre le patient et... le thérapeute, l'ergothérapeute puisque c'est nous. Heu la rencontre et la relation... Heu... qui est adaptée à la personne, à sa
 5 problématique, à ses capacités. Alors qui la met pas en échec ou... et à sa problématique de façon plus large, ben qui a du sens pour elle et... qui lui parle. Enfin je sais pas comment le dire autrement. Qu'il peut investir. Et surtout une activité thérapeutique c'est... à mon sens c'est une activité qui peut permettre au patient de... d'amorcer un changement en lui. Enfin de, de solliciter ou d'éveiller des... des aspects, des compétences, des capacités heu... qui vont l'aider
 10 à gagner en autonomie. Enfin ou à s'épanouir heu... personnellement. Le faire avancer, le faire évoluer sur son fonctionnement psychique et... et relationnel, enfin... sur ses capacités.

Est-ce que vous voyez d'autres éléments qu'en tant qu'ergothérapeute vous pouvez mettre en place pour rendre l'activité thérapeutique ?

Ben moi je trouve que le cadre c'est un bon outil pour... relier en fait l'activité à la relation.
 15 Pour que l'activité prenne sens et s'inscrive dans... dans une dynamique relationnelle. Je trouve que le cadre, c'est-à-dire ben est-ce que je vais la proposer en individuel, en groupe, combien de fois, combien de temps, est-ce que c'est ouvert, fermé, tout ça, ça fait que... heu l'activité va répondre ou non à des orientations thérapeutiques. Parce que par exemple, si... Heu ben je sais pas, je vais proposer heu... l'argile à une personne dépressive pour qu'elle s'exprime,
 20 qu'elle exprime ses conflits internes par exemple mais que c'est quelqu'un qui a pas du tout confiance en elle, qui est complètement inhibée. Si je la propose d'emblée en groupe, ben elle risque d'être encore plus inhibée, de pas oser s'exprimer devant les autres alors que si je commence en individuel, juste à favoriser la relation de confiance et du coup... voilà, pour la même activité, ça va pas répondre... enfin je pense, ça va pas avoir le même effet.

25 Un deuxième point, c'est que... je pense que la rencontre, avant de commencer un suivi, c'est-
 à-dire heu... en entretien, se présenter, s'intéresser à la personne, l'amener à verbaliser son
 vécu, son parcours et tout ça... ça met en avant, d'abord la rencontre et pas l'activité. Alors que
 si on commence par un atelier ouvert... de perles ou de je sais pas quoi (rires), sans s'être
 30 rencontré avant, heu ben ça... je pense que ça change les modalités de... enfin l'inscription de
 la relation.

Est-ce que vous pensez que les médiations corporelles ça répond à tous les éléments que vous avez donné ?

Ben ça répond... Ben ça dépend de la personne, enfin du patient. Du coup, y en a pour qui ça
 va pas être adapté et d'autres si. Par exemple, une personne heu... qui a des traits de personnalité
 35 hystérique heu... qui focalise... Enfin qui est trop dans la théâtralisation, qui passe tout par le
 corps que ce soit l'angoisse, ou la somatisation tout ça, peut-être que d'emblée, attaquer par les
 médiations corporelles, ça va peut-être pas être adapté. Enfin je pense, en fait je pense à une
 patiente quand je parle de ça. Parce que du coup, moi j'avais essayé heu... Elle était amputée,
 hystérique, enfin à faire des crises heu... style épilepsie mais qui n'en étaient pas, enfin comme
 40 dans les livres quoi. Et heu... et j'avais proposé heu pour essayer, une séance de... sophro ou
 juste relaxation allongée sur le dos et tout en individuel. Heu c'était impossible quoi, elle... tout
 de suite elle sentait ses douleurs, heu elle respirait plus. Enfin ça mettait trop l'accent sur heu...
 sur sa souffrance puisqu'il faut passer par le corps. Mais par contre, on l'a refait, on a réessayé
 quelques mois plus tard quand elle... enfin quelques, peut-être même quelques années plus tard
 45 (rires) quand elle était plus accessible dans la relation, qu'elle arrivait à... à exister autrement
 que par ses plaintes somatiques et à investir des activités tout ça. Là on a retravaillé sur le corps
 et là c'est super intéressant. Parce que là, du coup, on a travaillé sur la globalité du schéma
 corporel, enfin par rapport à son amputation, et à son angoisse aussi qu'elle... le fait que elle
 focalise pas sur sa respiration bloquée mais qu'elle apprenne à faire circuler heu... les
 50 sensations, le souffle dans tout le corps, tout ça. Et là, ça avait eu beaucoup d'effets positifs.

Du coup, ça dépend je pense de, de là où en est la personne et de... ben de ses... de ses défenses,
 de ses, de ses blocages quoi.

Et par rapport à un psychomotricien par exemple, qu'est qui nous différencie d'eux dans l'utilisation des médiations corporelles ?

55 Ben... j'ai encore discuté avec un stagiaire psychomot' aujourd'hui (rires). C'est difficile... Je
 pense que... enfin je pense que nous, à un moment, on... ramène heu... l'expérience
 médiatisée, enfin tout ce qui peut se passer autour de l'activité... à la, au fonctionnement
 général de la personne dans sa vie en fait, dans son rapport aux autres, dans sa vie quotidienne,
 enfin... heu... y a comme un... une recherche de transfert des acquis enfin de... on utilise ce
 60 support pour travailler des choses, pour que la personne se sente exister, pour qu'elle évolue...
 Mais ça va être amené, enfin je pense, à... ben du coup comment, comment elle s'en sert,
 comment elle le réutilise pour avancer dans sa vie quotidienne et que ça lui donne de
 l'autonomie à ce niveau-là.

Et après le psychomot', ben... à mon avis il cherche un peu ça aussi mais peut-être pas...
 65 Enfin... Je sais pas si il y aura un lien après, avec la vie quotidienne ou ses projets, son projet
 de vie ou... voilà. Et enfin c'est sûr qu'il va travailler le corps en lien avec la, le psychique.
 Enfin il travaille sur le corps pour améliorer le... le psychique aussi mais... mais peut-être pas
 en lien avec le projet de la personne ou... Voilà...

Après je reste un peu humble, je sais pas (rires). Y a des trucs, je pense, ça nous appartient pas
 70 forcément non plus. A nous ou aux autres d'ailleurs. Après tout dépend de la pertinence de
 l'observation clinique et de qu'est-ce qu'on en retire quoi. Ouai...

Ok. Alors question suivante. Quand vous utilisez les médiations corporelles, qu'est ce qui fait office de médiateurs ?

... Alors dans la médiation corporelle... Ben dans ce que... en tout cas dans la façon dont je la
 75 propose, je pense que y a... la musique, heu... ben les corps, enfin le... les consignes (rires).
 Heu, le médiateur... ben des fois y a aussi des objets comme la balle, y a des fois où ça m'arrive
 d'utiliser des masques ou des matières. Enfin genre heu... un morceau de tissus ou un carton.
 Enfin tu vois, et faire des mouvements avec le carton pour sentir la résistance de l'air ou alors
 avec le tissus pour sentir le flottement, la légèreté. Enfin, ça peut être aussi des objets médiateurs
 80 dans le travail corporel mais plus du coup qui favorisent la sensation... C'est plus des objets
 qui favorisent les sensations en fait... Et le rapport à l'espace ou le rapport à... heu... à l'autre
 ou à ses propres sensations. Par exemple si je travaille heu... enfin je sais pas, je me rappelle
 un exercice qu'on avait fait en formation heu... par exemple les yeux fermés avec un bout de
 tissus sur les yeux ou alors attaché avec un tissus à... en binôme tu vois, attaché l'un à l'autre
 85 et y en a un qui guide et l'autre qui suis. Du coup l'objet il sert plus de... enfin il sert vraiment

d'outil de... de relation ou de... pour matérialiser un... un rapport à l'espace et au temps je pense.

D'accord. Quels objectifs établiriez-vous auprès de personnes addictes à l'alcool ?

Par rapport aux patients addicts à l'alcool... Ben déjà heu... déjà favoriser l'expression...
 90 l'expression, enfin l'expression heu... qu'ils puissent verbaliser, mettre des mots sur leurs vécus, sur leurs histoires, sur leurs ressentis... Parce que je pense que... le fait d'avoir recours à... à l'alcool ou à une autre drogue c'est aussi peut-être une... incapacité de le verbaliser et du coup heu... ben essayer de... c'est une façon aussi d'essayer de... de faire avec mais sans pouvoir le mettre à distance. Donc peut-être voilà, proposer un temps d'expression heu... pour
 95 aussi comprendre heu du coup l'origine enfin... Déjà qu'est-ce qu'il cherche dans l'alcool parce que selon les personnes c'est différent. Y a qui vont chercher, enfin y a pour qui c'est un moyen de sociabilisation, de socialisation pardon. Heu genre, ben je bois pour faire la fête et pour me sentir plus à l'aise avec les autres parce que je suis... coincé. Heu... ou alors, je bois quand je suis seul pour apaiser mon angoisse ou oublier mes soucis ou enlever ma tristesse. Heu... enfin
 100 voilà aussi l'importance de verbaliser pour comprendre comment la personne elle utilise... enfin qu'est-ce qu'elle y cherche en fait... Pour comprendre en fait, quels symptômes ça vient couvrir parce qu'en fait l'alcool ça, c'est juste un moyen de... d'essayer de gérer un symptôme. Ça peut être l'angoisse, ça peut être la tristesse, ça peut être... voilà l'inhibition, la, le manque d'estime de soi... Donc je pense qu'on peut pas heu... faire l'économie de chercher d'abord
 105 quel est le souci de la personne en fait...

Donc ça... Ensuite... Ben travailler la confiance en soi, je pense. Heu... et puis ben tout un travail sur la... ben la dépendance, la relation de, de dépendance qu'ils instaurent avec ce produit. Mais du coup qui souvent se retrouve dans leur relation au monde tout court en fait. Ça peut être la dépendance à l'autre, la dépendance heu... ben après y a toute sorte de dépendance
 110 hein. Y en a qui sont dépendants au sexe, d'autres au jeu, d'autres à l'alcool mais du coup c'est un... c'est un problème de... Ben d'auton... c'est une difficulté à être autonome et... à se sentir capable d'exister seul... Enfin sans l'appui d'une... d'une substance ou d'un... d'une pratique ou d'une personne en fait. Donc c'est pour ça que je l'associe à la confiance en soi. C'est aussi pouvoir se dire ben peut-être que je peux trouver d'autres ressources en moi que... de m'en
 115 remettre à un produit ou à... Voilà, enfin je sais pas... Je pense. Ouai...

Y a d'autres objectifs qui vous viennent en tête ?

... Ben après par rapport à... Ben y a aussi tout le côté éducation thérapeutique je pense. Même si c'est pas trop mon dada (rires). Mais quand on est alcoolique faut apprendre aussi à s'alimenter heu... avec des... Heu des, des, des choses qui contiennent pas d'alcool. Heu éviter le vinaigre, éviter les civets (rires) heu... éviter aussi de se parfumer je crois. Enfin y a tout un truc comme ça où... où faut plus qu'une goutte d'alcool rentre dans ton corps. Donc je pense qu'il y a tout un côté heu... ouai éducatif... Apprendre à faire une vinaigrette sans vinaigre ou des choses comme ça. Heu... et ou alors aussi apprendre à faire ses courses heu... Tout le côté un peu comport... cognitivo-comportemental c'est-à-dire heu... arriver à aller faire ses courses sans être tenté de passer par le rayon alcool. Heu... ou arriver à passer dans la rue devant le bar sans s'y arrêter, enfin... voilà. Je pense heu... je pense que ça c'est tout un autre aspect. C'est vrai que j'ai commencé par l'aspect heu... plutôt psychodynamique mais je pense que y a tout le côté cognitivo-comportemental qui peut être intéressant aussi.

Et donc avec cette population est-ce que vous mettriez en place un cadre et une relation particuliers ?

Heu... Ben j'ai l'impression que avec ce genre de pathologie peut-être c'est important, enfin ça se fait beaucoup... Le travail de groupe avec l'identification aux autres heu... pouvoir entendre d'autres personnes dépendantes qui s'expriment, entendre leurs parcours, entendre qu'ils ont pu s'en sortir, ou pas d'ailleurs... Ou si ils rechutent et que voilà... le côté on est pas tout seul et... Enfin voilà, l'intégration dans un groupe avec peut-être la même problématique pour heu, pour favoriser... la verbalisation en fait. Pour aussi peut-être, atténuer le sentiment de honte ou de... la peur du jugement. Parce que c'est quand même... Bon peut-être toutes les maladies sont soumises au jugement de la société mais l'alcool, quelqu'un d'alcoolique, enfin surtout si c'est une femme... Je pense que y a quand même plus de préjugés sur les femmes alcooliques que sur les hommes. Enfin... Parce que les hommes ça faire genre heu... ça fait viril de boire mais heu... La femme bourrée ça passe moins bien quoi. Heu... Bon après ça dépend des sociétés hein, en Allemagne je crois qu'il y a plus de femmes bourrées que d'hommes (rires) mais... Mais je pense qu'il y a quand même heu, en tout cas en France, encore des...

Enfin tout ça, c'est vraiment des sensations que j'ai ou des... de ce que j'ai entendu ou vu tu vois. Parce que j'ai pas forcément bossé beaucoup non plus avec des patients alcooliques mais... C'est ce que j'ai compris de cette problématique en tout cas. Heu... Voilà, donc peut-être ouai... pour heu... enfin tu me demandais... enfin... le cadre.

Oui.

Donc peut-être... ouai favoriser la rencontre, la relation mais en même temps peut-être dans un
 150 premier temps travailler avec des gens de la même problématique. Mais après ça peut être
 intéressant de... ben justement de détacher la personne d'un groupe de personnes ayant la même
 problématique... Justement... Heu... pour pas qu'une dépendance au groupe heu... une
 identification aux autres trop importante se créée. Pour amener justement heu... la personne à
 s'identifier elle-même en tant que personne. Faut pas créer une dépendance au groupe quoi...
 155 Mais en ramenant la personne à... elle ou à des personnes qui ont une autre problématique...
 ben ça peut permettre de... se détacher du groupe de base et par extension se détacher plus
 facilement ensuite de... de la substance addictive.

Mais vous avez pu pratiquer les médiations corporelles avec des personnes addictes à l'alcool ?

160 Heu... Oui mais voilà... elles étaient pas que heu, alcooliques. En fait, moi je pense qu'une
 addiction peut pas heu... Peut pas être une pathologie seule. Je sais pas si c'est très clair... Je
 pense que l'alcoolisme c'est un symptôme d'un autre trouble. En tout cas moi, quand j'ai des
 patients qui ont des addictions heu... ils sont aussi psychotiques par exemple... Donc c'est
 plutôt la psychose que... qu'on va traiter... Ils boivent par exemple pour oublier leurs troubles
 165 ou... pour trouver une explication à leurs hallucinations.

Et donc est-ce que vous pensez justement, que les médiations corporelles peuvent répondre aux besoins de cette population ?

Oui mais comme j'ai dit tout à l'heure... ça dépend de la personne je pense. Je pense que... que
 ça peut leur apporter beaucoup... Déjà au niveau de la conscience du corps, du... schéma
 170 corporel, de la prise de conscience des sensations que... qu'il peut ressentir... et y mettre des
 mots plus facilement. En fait, souvent avec les personnes addictes à l'alcool ou autre heu... y a
 un gros problème de déni. Par exemple une fois... dans un ancien poste que j'avais, y avait des
 alcooliques ou anciens alcooliques qui étaient venus... Je me rappelle d'une qui parlait de ça,
 du déni... Elle avait un poste important de cadre... et elle disait qu'elle avait commencé à boire
 175 avec toutes les soirées, les pots, les repas etc... Et sans s'en rendre compte, elle s'était comme...
 automatisée. Elle disait que c'était sa main qui contrôlait tout... « Ma main prend un verre et
 je bois, ma main prend un autre verre et je bois etc ». Et à force, à force elle est devenue
 alcoolique. Et elle disait qu'elle s'en rendait pas compte...

Ça des fois même dans les institutions ça pose problème... Avec cette population y en a
 180 beaucoup qui disent « oui c'est un manipulateur, il ment », alors que... que c'est pas des
 mensonges intentionnels... ça fait partie de heu, du déni. Par exemple cette dame disait qu'elle
 s'était mise à raconter des mensonges énormes mais que... pour elle ça tenait la route. Elle
 disait par exemple le soir à son mari que... qu'elle allait faire le plein de sa voiture genre heu...
 cinq fois dans la soirée... C'est assez marrant d'ailleurs la métaphore d'aller faire le plein pour
 185 une personne alcooliques (rires). Mais pour elle, ça passait... Ou quand... son mari voyait la
 bouteille se vider sur la table et qu'elle disait heu... « non c'est pas moi »... Elle disait que
 voilà... elle se rendait même pas compte de l'énormité de ses mensonges. Heu... et... c'était
 quoi ta question déjà (rires) ?

**C'était, est-ce que vous pensez que les médiations corporelles peuvent répondre aux
 190 besoins des patients alcooliques ?**

Oui heu... donc j'ai parlé de la conscience du corps et tout... ça a un effet sur la confiance en
 soi aussi... heu... de se détendre aussi...

Ça leur permet aussi de... de s'affirmer en quelque sorte. Alors ça peut commencer par des
 mouvements en miroir mais après heu... ça doit devenir plus créatif... En gros, apprendre à
 195 faire un mouvement différent de son voisin pour ensuite décider de... de faire tel mouvement
 sur la musique parce que ça me fait penser à ça, parce que je ressens ça... Voilà... et du coup,
 ça amène de la créativité, qui va influencer aussi le... la confiance en soi.

Après voilà... ça amène une certaine détente et heu... tout ça, avec la conscience du corps aussi
 ça peut leur montrer qu'on n'a pas besoin de se remplir... que le corps a des limites et qu'à
 200 l'intérieur du corps ben... c'est rempli, y a des organes tout ça... Et y a pas besoin de boire
 pour le remplir. Ça peut montrer aussi par extension que... du coup... on peut trouver d'autres
 choses que l'alcool heu... que y a pas besoin de boire pour remplir le corps parce que y a déjà
 des choses à l'intérieur et que... je sais pas, qu'on peut trouver des moyens pour... diminuer,
 enlever l'envie. Les médiations corporelles ça les détend... ça peut heu... leur montrer
 205 justement que... on peut trouver de la détente, du plaisir ou... autre... dans des trucs autres que
 l'alcool... ça c'est vraiment pas mal je trouve. Ouai voilà...

Très bien. J'ai fini alors. Je vous remercie pour vos réponses.

Avec plaisir. J'espère que ça allait

Résumé et mots clefs :

Pour mon mémoire j'ai cherché à savoir en quoi l'utilisation de médiations corporelles est une compétence ergothérapeutique pour la prise en charge de patients addicts à l'alcool. Pour cela j'ai utilisé la méthode clinique. J'ai donc interrogé des ergothérapeutes qui utilisent ou qui ont utilisés les médiations corporelles avec des patients souffrant d'une addiction à l'alcool et analysé leurs propos. Ainsi, pour les personnes interrogées une activité est thérapeutique si elle est menée par un thérapeute, que celui-ci a établie des objectifs thérapeutiques adaptés et personnalisés et qu'il met en place une relation et un cadre thérapeutiques. Les médiations corporelles peuvent alors être utilisées au même titre que des activités créatives ou autre. Elles permettront alors de travailler de nombreux objectifs thérapeutiques dans la prise en charge de personnes souffrant d'une problématique alcoolique.

Mots clefs : Addiction – alcool – ergothérapie – médiations corporelles – activité thérapeutique – cadre thérapeutique – relation thérapeutique – objectifs thérapeutiques – compétences

For my thesis, I tried to find on what extend the use of body psychotherapies are part of occupational therapies for treating alcohol addicted patients. I followed the clinical methodology. I interviewed occupational therapists who implemented, or are currently using, body psychotherapies with such patients and I investigate these interviews to build my analysis. It is a therapeutic activity; if led by a therapist who can set adapted and personalized objectives through the therapy process. Along with a therapeutic relationship and a therapeutic framework with the patient. Following these requirements, body psychotherapies could be used for similar applications of creative activities or other technics. And so on, could be implemented on alcohol addiction treatments by working upon various therapeutic objectives.

Key words : Addiction – alcohol – occupational therapy – body psychotherapies – therapeutic activity – therapeutic framework – therapeutic relationship – therapeutic objectives – professional skills