



HAL
open science

L'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dans le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes

Yona Duperier

► To cite this version:

Yona Duperier. L'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dans le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03669539

HAL Id: dumas-03669539

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03669539>

Submitted on 16 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Clermont Auvergne
UFR de Médecine et des Professions
Paramédicales
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

Yona
DUPERIER

Mémoire pour le Diplôme
d'État en Ergothérapie

**L'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute au sein
d'un programme d'Éducation Thérapeutique du
Patient (ETP) dans le maintien en lieu de vie des
personnes alcoolodépendantes**

*Sous la direction d'Audrey SIMON, Ergothérapeute au Centre Hospitalier
Universitaire (CHU) de Saint-Etienne*

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à Audrey Simon qui, à travers sa disponibilité, ses relectures et conseils précieux m'a accompagnée et soutenue tout au long de ce travail de recherche en me partageant son expérience.

Je remercie les personnes ayant accepté de participer à ma recherche pour le temps qu'elles m'ont accordé ainsi que le partage de leur expérience et ressentis personnels.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour leur accompagnement dans la réalisation de ce mémoire mais aussi tout au long de mon cursus.

Je souhaiterai aussi remercier mes différentes tutrices de stage qui ont contribué de près ou de loin à ce travail à travers leurs conseils, leur partage d'expérience et leur écoute.

Enfin, je remercie grandement ma famille et mes amis pour leur soutien constant tout au long de ces trois années de formation, leurs corrections et leurs encouragements.

Sommaire

Sommaire	1
Liste des abréviations	3
Introduction	4
1. Contexte et justification de l'étude :	6
1.1 Connaissances sur le sujet :	6
1.1.1 Addiction	6
1.1.1.1 Définition et classification	6
1.1.1.2 Critères de diagnostic.....	6
1.1.1.3 Types d'addiction	8
1.1.1.4 Facteurs de vulnérabilité	9
1.1.1.5 Installation de l'addiction	10
1.1.2 Alcool-dépendance	10
1.1.2.1 Définition	10
1.1.2.2 Épidémiologie	11
1.1.2.3 Rôle social de l'alcool.....	11
1.1.2.4 Comorbidités en alcoologie	12
1.1.2.5 Conséquences médicales	13
1.1.2.6 Conséquences familiales et sociales	13
1.1.2.7 Prise en charge globale.....	14
1.1.2.8 Dispositifs d'accompagnement.....	15
1.1.2.9 Échelles de mesure :.....	16
1.1.3 Ergothérapie en addictologie :	17
1.1.4 Éducation Thérapeutique du Patient.....	18
1.1.5 ETP en addictologie	19
1.2 Enquête exploratoire	20
1.3 Question de recherche	21
1.4 Cadre éthique.....	22
2. Méthodologie :	23
2.1 Choix de la méthode	23
2.2 Population	23
2.3 Élaboration de l'outil	24

2.4	Mode d'analyse des données	27
2.5	Limites de la méthode	28
3.	Résultats :	29
3.1	Analyse longitudinale	29
3.1.1	Participant A.....	29
3.1.2	Participant B.....	30
3.1.3	Participant C	30
3.1.4	Participant D	31
3.1.5	Participant E.....	32
3.2	Analyse transversale	33
3.2.1	Parcours et attentes	33
3.2.2	ETP et ergothérapie	34
3.2.3	Résultats et impact au domicile	35
4.	Discussion	37
4.1	Intérêt de l'ETP auprès de la population alcoolodépendante.....	37
4.2	Apport de l'ergothérapie au sein d'un programme ETP pour personnes alcoolodépendantes	38
4.1	Besoins demeurant après l'intervention ETP	41
4.2	Réponse à la question de recherche	41
4.3	Critiques et limites de l'étude	43
4.4	Apports et perspectives.....	44
	Conclusion	46
	Références bibliographiques	47
	Annexes	50
	Annexe I. Critères de dépendance à une substance selon le DMS-V	50
	Annexe II. Critères de dépendance selon la CIM-10	51
	Annexe III. Enquête exploratoire à destination des ergothérapeutes	52
	Annexe IV. Synthèse des résultats de l'enquête exploratoire.....	53
	Annexe V. Questionnaire écrit à destination de personnes alcoolodépendantes ..	56
	Annexe VI. Réponses au questionnaire écrit.....	61

Liste des abréviations

AA : Alcooliques Anonymes

AESP : Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAM : Société Américaine de Médecine Addictive

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

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

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel

DETA : questionnaire Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} édition

ELSA : Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNL : Programmation NeuroLinguistique

SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés

SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

Introduction

Durant ma première année de formation, je découvre lors de mon stage en clinique psychiatrique la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'usage de substance et plus particulièrement, la population alcoolodépendante. Bien des personnes que je rencontre ont déjà été hospitalisées à plusieurs reprises.

Ceci m'amène à m'interroger quant à l'organisation du retour à domicile après un séjour en psychiatrie, le maintien de ces personnes à domicile et le suivi post-hospitalisation qui leur est proposé. Ces dimensions n'étant pas ou peu abordées au cours de mon stage, je me questionne également sur la place et le rôle que joue l'ergothérapeute dans cet accompagnement.

Actuellement, la prise en charge en psychiatrie s'oriente davantage vers des méthodes préventives et ambulatoires devant les coûts et moyens nécessaires aux hospitalisations complètes. (Bouric ; Beaumont, 2011)

Je me suis alors questionnée sur les moyens actuellement utilisés par les ergothérapeutes pour prendre en charge les personnes alcoolodépendantes. Il m'est apparu que l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) était un des moyens utilisés par les ergothérapeutes pour préparer le retour à domicile des patients.

L'objectif de cette recherche est alors de comprendre en quoi l'intervention de l'ergothérapeute en ETP permet de favoriser le maintien à domicile des personnes alcoolodépendantes.

Dans un premier temps, une partie théorique présentera la pathologie étudiée et les différentes modalités de prise en charge de celle-ci. L'enquête exploratoire réalisée et menant à la question de recherche sera présentée.

Dans un second temps, la méthodologie utilisée pour répondre au questionnement sera explicitée ainsi que l'outil élaboré dans ce cadre.

Les résultats obtenus suite à l'interrogation de cinq personnes alcoolodépendantes ayant suivi un programme d'ETP avec l'intervention d'un ergothérapeute seront présentés.

Enfin, une analyse de ces résultats ainsi qu'une discussion seront effectuées afin de répondre à la question de recherche, identifier les limites que présente cette recherche et définir d'éventuelles perspectives et ouvertures.

1. Contexte et justification de l'étude :

1.1 Connaissances sur le sujet :

1.1.1 Addiction

1.1.1.1 Définition et classification

Les addictions sont décrites selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) comme « des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. » (INSERM, 2020)

Elles reposent « sur la consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues...) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux...) qui conduit à :

- Une perte du contrôle du niveau de consommation/pratique
- Une modification de l'équilibre émotionnel
- Des troubles d'ordre médical
- Des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale ». (INSERM 2020)

Cette pathologie est détaillée dans la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) et dans la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) qui sont des classifications internationales.

1.1.1.2 Critères de diagnostic

Le diagnostic de l'addiction peut s'effectuer en calculant un score à partir des différents critères proposés par les classifications internationales au cours des douze derniers mois. Concernant le DSM-V, au moins deux des critères suivants doivent être présents au cours de la dernière année pour parler d'addiction :

- « La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance

- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
- Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
- L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
- Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation connue d'une même quantité de la substance
- Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractérisé à la substance
 - La substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage » (DSM-V)

Lorsque deux à trois de ces critères sont présents, on parle alors de dépendance légère. Pour la présence de quatre à cinq critères, il s'agit d'une dépendance modérée et au-delà de 6 critères, la dépendance est qualifiée de sévère.

Pour parler d'addiction selon la CIM-10, « au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. » (CIM-10)

1.1.1.3 Types d'addiction

Il existe deux grands types d'addiction : avec et sans substance. Les addictions dites sans substance sont aussi appelées « addictions comportementales ». Les critères sont les mêmes que pour les addictions avec substance et elles peuvent concerner différents domaines comme les jeux, le sport, la nourriture ou encore le sexe et les achats. (INSERM, 2020)

D'après l'INSERM le type d'addiction le plus courant est celui avec substance psychoactive, qu'elle soit réglementée ou illicite. Une substance psychoactive, « [...] lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les

fonctions cognitives ou l'affect ». (OMS, 2021) Elle présente un effet psychoactif agissant sur le circuit de la récompense et modifiant l'humeur, le comportement, les perceptions ainsi que l'activité mentale. De plus, il existe un effet addictogène induisant la dépendance. Ceci implique une tolérance progressive au produit et l'apparition d'un syndrome de sevrage. La nocivité et la toxicité de la substance induisent des dommages immédiats et/ou différés et varient en fonction du produit. (Rozaire et al., 2009)

1.1.1.4 Facteurs de vulnérabilité

Il existe différents facteurs de vulnérabilité pouvant induire une addiction chez une personne. Ils sont d'ordre individuels, environnementaux et liés au produit.

Au niveau de l'individu, on retrouve des facteurs prédisposant comme le sexe masculin et l'initiation précoce au comportement ou à la consommation du produit. La personnalité du sujet entre également en jeu, on retrouve un risque plus important de développer une addiction chez les personnes anxieuses, introverties ou en recherche de sensations fortes.

Le fonctionnement neurobiologique (activité des neurotransmetteurs) joue également un rôle dans l'apparition de l'addiction. Ainsi, le dérèglement des systèmes dopaminergique, cannabinoïde ou sérotoninergique constitue une vulnérabilité chez les sujets concernés. Ces différences individuelles découlent directement de facteurs génétiques. En effet la présence de certains allèles des gènes impliqués dans le métabolisme des drogues ou dans le mécanisme de neurotransmission du circuit de la récompense constitue un facteur de vulnérabilité.

Au niveau du produit, l'installation de l'addiction va dépendre du pouvoir addictogène de la substance ou du comportement. Effectivement, ce dernier va définir la vitesse de mise en place de l'addiction. Le statut légal et social du comportement ou de la substance entre aussi en jeu.

Au niveau de l'environnement, les facteurs socioculturels (situation précaire, culture...) et facteurs familiaux peuvent également favoriser l'apparition d'addiction. On ajoutera aussi le rôle de l'entourage proche de l'individu ainsi que ses événements de vie. (INSERM, 2020; Varescon, 2010)

1.1.1.5 Installation de l'addiction

L'installation d'une addiction chez un individu se fait selon trois étapes.

La première consiste en l'implication du circuit de la récompense. Ce dernier est activé par la consommation de la substance ou par la pratique du comportement qui va entraîner une libération de dopamine. La répétition de ce mécanisme va mener à un conditionnement de l'individu entraînant ainsi une libération de dopamine par anticipation. Il s'agit là de la recherche de plaisir. C'est par ce mécanisme que s'installe l'accoutumance au produit ou au comportement et le manque lors de l'absence de ces derniers.

L'étape suivante consiste en l'installation d'un état émotionnel négatif. Au fil de la consommation, la libération de dopamine se fait de plus en plus faible et la répétition de ce phénomène entraîne alors l'apparition d'une dysphorie chez le consommateur. La consommation n'a alors plus pour but le plaisir mais la disparition des émotions négatives.

Enfin, la dernière étape correspond à la perte de contrôle, aussi appelée craving. Certaines capacités sont alors modifiées chez le sujet : l'autorégulation et les capacités de résistance et de prise de décision sont altérées. Ces modifications vont alors mener à des rechutes fréquentes lors des tentatives d'arrêt de la consommation. (INSERM, 2020)

Ainsi l'addiction la plus courante, avec celle au tabac, est l'alcoolodépendance que j'ai pu rencontrer à de nombreuses reprises lors de mon stage en psychiatrie. C'est alors sur cette pathologie que j'ai décidé d'axer ma recherche. En effet, celle-ci m'a beaucoup questionné en raison de l'omniprésence de l'alcool dans notre culture et donc de la difficulté à maintenir une consommation raisonnable de cette substance.

1.1.2 Alcoolodépendance

1.1.2.1 Définition

Magnus Huss, un médecin suédois, a été le premier à introduire la notion d'alcoolisme en 1849. Ce terme sera par la suite défini en 1951 par le Docteur Fouquet comme « la perte de la liberté de ne pas boire ». Il définit alors trois grandes catégories d'alcooliques : les alcoolites ou alcooliques primaires, les alcooloses ou alcooliques secondaires et les somalcooloses ou alcooliques chroniques.

De nos jours, le terme d'alcoolodépendance a remplacé celui d'alcoolisme et il est décrit par la Société française d'alcoologie comme « un mésusage d'alcool caractérisé par la perte de la maîtrise de la consommation » (Smaniotto et al., 2010). La société américaine de médecine addictive (ASAM) considère l'alcoolodépendance comme « une maladie primaire et chronique du cerveau caractérisée par le dysfonctionnement d'un certain nombre de circuits neuronaux » (Benyamina, 2015).

Un verre d'alcool standard en France correspond à 10 grammes d'alcool. Ainsi, les dernières recommandations de Santé publique France (2019) préconisent de ne pas excéder 10 verres standards d'alcool par semaine et 2 verres standards d'alcool par jour. Il est également recommandé d'avoir des jours sans consommation d'alcool au cours de la semaine. En effet, la consommation d'alcool constitue, en France et dans le monde, un enjeu de santé publique majeur.

1.1.2.2 Épidémiologie

Au niveau mondial, la consommation d'alcool constitue la troisième cause de mortalité évitable derrière le tabac et la pollution. En 2015 elle était responsable de 41 000 décès sur notre territoire dont une majorité par maladies cardiovasculaires et digestives malgré une diminution de la consommation depuis 1961. Les français de plus de quinze ans consommait en moyenne et par an 11,7 litres d'alcool pur en 2017 (Santé Publique France).

D'après le rapport global de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2018, 283 millions de personnes dans le monde seraient atteintes d'un trouble de l'usage de l'alcool avec une prévalence plus importante chez les hommes et en Europe et Amérique. (OMS, 2018)

1.1.2.3 Rôle social de l'alcool

Comme évoqué précédemment, la consommation d'alcool en France a connu une diminution depuis les années 50 liée en partie à la baisse de consommation de vin.

La consommation quotidienne a été réduite de moitié au profit d'une consommation plus occasionnelle en hausse notamment chez les plus jeunes. Notre pays reste néanmoins parmi les plus grands consommateurs mondiaux.

En effet, l'alcool demeure très présent dans la culture française d'un point de vue culinaire et festif étant synonyme de convivialité et d'intégration sociale. La majorité des jeunes consommant de l'alcool le fait dans un contexte festif lors de sorties ou réunions entre amis. Effectivement, l'alcool désinhibe et rend alors le rapport à l'autre plus accessible. Cette consommation permet chez certaines personnes d'être plus à l'aise au sein de la société, de se sentir plus intégré ou encore de réduire les angoisses.

Cette présence majeure de l'alcool au sein de notre société explique alors en partie la difficulté du maintien de l'abstinence et par conséquent les nombreuses rechutes lors du traitement de l'alcoolodépendance. (Obradovic, 2015)

1.1.2.4 Comorbidités en alcoologie

L'alcoolodépendance est une pathologie dont la prise en charge s'avère complexe aux vues des nombreuses comorbidités psychiatriques présentes. En effet il a été prouvé, notamment dans l'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NERSAC), qu'en population générale les troubles psychiatriques sont plus courants chez les personnes atteintes d'une alcoolodépendance et que l'addiction à l'alcool était retrouvée plus fréquemment chez les patients présentant des troubles psychiatriques.

Cette étude recense la fréquence des troubles psychiatriques au cours des 12 derniers mois chez des patients alcoolodépendants. Il apparaît alors que plus d'un quart d'entre eux présente des troubles anxieux primaires ou troubles dépressifs. De plus, ces patients ont souvent des poly addictions associant alcoolodépendance et addiction à d'autres substances. Enfin, 40% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool présentent un ou plusieurs troubles de la personnalité ce qui est nettement supérieur aux tendances en population générale.

Concernant les troubles dépressifs, ceux-ci peuvent être induits par la consommation d'alcool ou encore être primaires et mener à l'alcoolodépendance.

Enfin, ces deux troubles peuvent également être favorisés par des facteurs communs. (Dervaux, Laqueille 2018 ; Grant et al., 2004)

1.1.2.5 Conséquences médicales

La consommation d'alcool comporte de nombreux risques et a des répercussions biologiques. En effet, elle augmente le risque de cancer notamment ceux de la bouche et gorge, de l'œsophage, du foie, du côlon et du sein. Le risque de maladies cardiovasculaires est également multiplié de par l'élévation de la pression artérielle. Enfin, la consommation d'alcool constitue la première cause de cirrhose qui est une maladie chronique du foie. (OMS, 2021)

De plus, l'alcoolodépendance a de nombreuses conséquences neuropsychologiques qui peuvent induire l'apparition de troubles cognitifs. En effet, il existe une atteinte des fonctions attentionnelles et exécutives se traduisant par un ralentissement idéomoteur et un syndrome dysexécutif. Ensuite, le traitement des informations visuospatiales est également altéré et constitue un des troubles les plus importants. On constate une atteinte de la mémoire épisodique chez un tiers des patients alcoolodépendants ainsi que de la méta mémoire. Sur le plan émotionnel, il existe une alexithymie impactant la reconnaissance et l'expression d'états émotionnels chez 63% des patients alcoolodépendants. Enfin, on note un ralentissement psychomoteur pour les tâches à composante motrice. (DSM-V ; Ritz, 2012)

1.1.2.6 Conséquences familiales et sociales

En plus des conséquences médicales, une consommation excessive d'alcool peut avoir de lourdes conséquences sociales et familiales et ainsi impacter le quotidien de la personne. Effectivement, l'alcool induit bien souvent un comportement agressif augmentant la fréquence d'incivilités, agressions et autres violences (conjugales ou domestiques). Ces comportements peuvent alors mener à des séparations et à un éloignement progressif de l'entourage.

De plus, avec l'installation des troubles neuropsychologiques, on assiste à une baisse de concentration et donc de productivité au travail.

Par conséquent, on retrouve dans le milieu professionnel une augmentation des accidents et absences qui peuvent alors conduire à une perte d'emploi. (Beck, 2014 ; Hoertel, 2014)

Toutes ces conséquences, qu'elles soient médicales ou socio familiales, nécessitent une prise en charge multidisciplinaire au sein de structures spécialisées.

1.1.2.7 Prise en charge globale

L'objectif principal de la prise en charge de l'alcoolodépendance constitue en l'arrêt encadré de la consommation ou réduction progressive et encadrée. Dans le cadre de la dépendance, il existe une prise en charge encadrée du sevrage ainsi qu'un traitement médicamenteux afin de maintenir l'arrêt ou la réduction de la consommation. Ce dernier repose essentiellement sur la prise de benzodiazépines. En effet le sevrage d'alcool comporte des risques de complications graves qui doivent être prises en charge comme le délirium tremens ou les crises convulsives. (AESP, 2016)

La prise en charge motivationnelle et psychosociale constitue un versant important du traitement. En effet, l'efficacité de cette dernière repose sur une modification des habitudes de vie et du comportement du patient. Il est alors important de travailler l'aspect motivationnel afin que le patient accepte sa pathologie, devienne acteur de sa prise en charge en entamant un processus de changement. Celui-ci est décrit par le modèle de Prochaska et DiClemente selon plusieurs phases.

Tout d'abord la pré-contemplation durant laquelle la personne ne réalise pas avoir un problème de consommation. Nous avons ensuite la phase de contemplation où l'ambivalence se crée entre un changement de comportement et demeurer dans la situation problématique qui présente des bénéfices pour la personne. Puis vient la phase de détermination, la personne est alors prête à initier la démarche de changement et la planifie. Elle est suivie de la phase d'action qui constitue l'application concrète de la démarche de changement. Enfin, nous arrivons à la phase de maintien qui correspond à la consolidation du changement effectué. Celle-ci peut être suivie d'une rechute qui constitue une étape normale dans le processus de changement et non un échec. (Csillik, A. S., & Petot, J.-M, 2012)

Pour enclencher ce processus, des connaissances devront être apportées au patient sur sa pathologie et les traitements via l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par exemple. Les différentes phases du traitement vont permettre de prévenir les rechutes sur le long terme et donc maintenir l'abstinence ou la réduction de consommation du patient. (Benyamina, 2015)

La prise en charge des patients alcoolodépendants peut s'effectuer selon différentes modalités, en ambulatoire ou encore en hospitalisation complète dans différents types de structures.

1.1.2.8 Dispositifs d'accompagnement

Il existe donc différents types d'accompagnement pour les personnes alcoolodépendantes. Tout d'abord, il y a les structures spécialisées en addictologie :

- Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :

Ce dispositif est gratuit et anonyme, les patients sont accueillis, conseillés et évalués (évaluation médicale et psychologique). La prise en charge repose sur le versant médical, psychologique et social. Les CSAPA peuvent suivre les patients ou bien les réorienter vers un type de prise en charge plus adapté. Ils disposent de médecins, psychologues et professionnels socio-éducatif.

- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) :

Toujours anonymes et gratuits, ces centres sont ouverts à toute personne consommant une ou plusieurs substances psychoactives. Il est proposé un accueil collectif ou individuel pour informer et conseiller les usagers. Ces derniers sont aidés pour accéder aux soins, au logement, au milieu professionnel. Les CAARUD mettent également à disposition du matériel afin de prévenir les infections.

Ensuite, nous avons la filière hospitalière de soins en addictologie organisée en trois niveaux définis par la circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2017 :

- Niveau 1 : structures de proximité

Elles effectuent des consultations, des activités de liaison ainsi que des sevrages avec l'aide des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) participant au repérage précoce des addictions.

- Niveau 2 : structures de recours d'un territoire

Parmi elles on trouve les structures de court séjour proposant hospitalisation complète et accueil de jour spécialées en addictologie. Leurs missions restent les mêmes que celles des structures de niveau 1 mais en plus elles peuvent réaliser des soins résidentiels complexes.

Il y a également les services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) qui accueillent les patients après épisode aigu dans le but de maintenir leur abstinence. La prise en charge s'effectue sur le long terme avec une équipe pluridisciplinaire, il s'agit de réadaptation avec prise en compte des troubles cognitifs.

- Niveau 3 : structures de recours régional

Leurs missions sont les mêmes que celles des structures de niveau 2 mais elles assurent en plus des missions d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale. (Ministère de la Santé, 2008)

Afin d'optimiser les prises en charge ainsi que la réussite du traitement, il est important pour les praticiens des structures de première ligne de détecter l'alcoolodépendance le plus tôt possible. Il existe ainsi différentes échelles de mesures visant à dépister le trouble de l'usage de l'alcool.

1.1.2.9 Échelles de mesure :

Il existe différents tests standardisés pouvant être utilisés auprès des patients alcoolodépendants afin de détecter leur trouble le plus tôt possible et ainsi permettre une prise en charge précoce et adaptée.

Tout d'abord le questionnaire Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) mis au point par l'OMS afin de dépister un usage nocif de l'alcool. Il interroge le patient sur sa consommation au cours des douze derniers mois.

Le questionnaire Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE) évalue lui aussi la consommation d'alcool durant l'année passée mais également au cours de la vie du patient.

Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) explore la vie entière du patient afin de dépister un éventuel usage abusif de l'alcool. (HAS, 2020)

Ces échelles permettent notamment le dépistage précoce du trouble de l'usage de l'alcool et peuvent être utilisés par les membres d'une équipe pluridisciplinaire comme par exemple l'ergothérapeute.

1.1.3 Ergothérapie en addictologie :

« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (ANFE, 2020)

Les patients alcoolodépendants présentent des troubles biologiques, comportementaux et cognitifs. Ils nécessitent alors une prise en charge rééducative et réadaptative pluridisciplinaire.

L'ergothérapeute, visant à rendre ses patients les plus autonomes possible, a alors sa place auprès de personnes atteintes de dépendance en les rendant acteurs de leur soin et visant leur indépendance fonctionnelle et autonomie sociale. Ceci est réalisé par le biais d'activités significatives ou signifiantes. Les activités signifiantes font sens pour le patient et les activités significatives sont imprégnées d'un sens social donné par l'entourage. L'utilisation de celles-ci permet d'accroître la motivation et l'engagement du patient dans sa prise en charge.

L'ergothérapeute peut, grâce à son large champ de compétences, agir non seulement sur les troubles neurocognitifs et fonctionnels en proposant diverses activités de rééducation mais aussi sur les compétences sociales des patients et leur organisation au quotidien à travers des mises en situation écologiques, de l'ETP ou des groupes de parole.

Les compétences de l'ergothérapeute lui permettent par exemple « d'élaborer une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » (SIFEFF). Ceci peut être mis en pratique lors de la préparation et la mise en place du retour à domicile par la réorganisation de la vie quotidienne. Elle peut être effectuée à l'aide de bilans, de visites à domicile ou encore d'ETP. Le suivi après retour en lieu de vie est une étape primordiale au cours de laquelle l'ergothérapeute peut également agir. C'est en effet lors de cette phase que le risque de rechute et de ré-hospitalisation est le plus important. (Benyamina, 2015)

1.1.4 Éducation Thérapeutique du Patient

L'objectif de l'ETP est d'aider les personnes souffrant de pathologies chroniques et leurs proches à acquérir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur maladie au quotidien.

Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, l'ETP est considérée comme un droit du patient et bénéficie d'un cadre légal et d'un cahier des charges national : autorisation donnée par les Agences Régionales de Santé (ARS). (Lang et al., 2019)

Pour être autorisé, un programme d'ETP doit être composé d'une équipe pluridisciplinaire (obligation d'un médecin). Un Bilan Éducatif Partagé (BEP) doit être réalisé pour construire un programme de soin personnalisé et planifier les ateliers et séances. L'efficacité et l'impact du programme doivent ensuite être évalués. (Lang et al., 2019)

Pour pratiquer l'ETP, une formation de 40 heures ou une validation d'expérience est nécessaire. Afin de soutenir l'émergence de cette pratique, des Unités Transversales d'Éducation Thérapeutique du Patient ont été créés.

La formation est intégrée dans la formation initiale de certains professionnels de santé comme les ergothérapeutes, les enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), les pharmaciens.

L'ETP fait, depuis l'arrêté du 5 juillet 2010, partie intégrante de la formation initiale du Diplôme d'État d'Ergothérapeute. Cette formation de 40h permet alors aux ergothérapeutes de mettre en place et participer à des actions d'ETP.

Cette intervention aide la personne à acquérir des compétences lui permettant de gérer au mieux sa pathologie au quotidien. Ceci place le patient au cœur du soin en le rendant acteur de sa prise en charge. Le statut du patient est également valorisé par la reconnaissance de son expertise par rapport à sa pathologie chronique.

1.1.5 ETP en addictologie

L'ETP est destinée à occuper une place importante dans le système de soin français. En effet, l'hospitalisation complète étant un moyen très coûteux, nous avons actuellement tendance à nous tourner vers une prise en charge ambulatoire où l'ETP est utilisée pour préparer « l'après », c'est-à-dire le retour du patient dans son milieu de vie.

En addictologie, l'ETP est encore peu utilisée bien que les pathologies addictives soient considérées comme maladies chroniques et donc bénéficiaires de ce type d'intervention. En effet, en 2015-2016, moins de 4% des programmes d'ETP validés concernaient la psychiatrie. En comparaison, d'autres pays comme l'Allemagne ou la Suisse proposent cette pratique dans 84% de leurs établissements psychiatriques. (Lang et al., 2019) Bien que la mise en place d'une telle action puisse paraître contraignante et coûteuse, les bénéfices sont nombreux : patient actif dans son soin, relation thérapeutique renforcée, reconnaissance de l'expertise du patient. (De la Tribonnière et al., 2016)

Ce statut expert du patient est particulièrement intéressant car il constitue une approche différente du mode de prise en charge habituel dans le système de soin. Ce sont les patients eux-mêmes, par un partage expérientiel, qui mènent l'intervention. Le soignant n'a plus alors la position habituelle de sachant apportant des connaissances au patient. Ainsi est renforcée la position active de ce dernier dans sa propre prise en charge. Ceci constitue également un des objectifs poursuivis en ergothérapie.

Afin d'obtenir une vision plus précise de la pratique de l'ergothérapie au sein des différentes structures accueillant des personnes alcoolodépendantes, j'ai réalisé une enquête exploratoire à destination d'ergothérapeutes intervenant dans ce milieu.

1.2 Enquête exploratoire

Afin de préciser ma question de recherche, j'ai choisi de réaliser une enquête exploratoire à destination d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé avec des patients alcoolodépendants (Annexe III). Ce questionnaire a pour but de faire un état des lieux de la prise en charge de l'alcoolodépendance dans les différentes structures accueillant ce public.

Pour cela, j'ai cherché à recueillir les objectifs principaux dans la prise en charge ergothérapique des patients alcoolodépendants, les domaines posant le plus de problèmes lors de la réhabilitation-réadaptation psycho sociale et les moyens utilisés pour atteindre les buts fixés.

De plus, j'ai également voulu savoir si les ergothérapeutes participaient ou non au retour à domicile et au maintien à domicile des patients dépendants à l'alcool. En effet, ayant déjà effectué un stage en psychiatrie, j'ai pu rencontrer des personnes alcoolodépendantes qui avaient déjà effectué plusieurs séjours en milieu hospitalier. En discutant avec eux, je me suis aperçue qu'aucun d'entre eux n'avait bénéficié d'intervention à domicile après hospitalisation.

Cette enquête exploratoire a été partagée par mail aux contacts que j'avais déjà à ma disposition et via des groupes d'ergothérapeutes sur les réseaux sociaux. J'ai obtenu 16 réponses d'ergothérapeutes à mon enquête que j'ai pu analyser. La synthèse des résultats obtenus est disponible en annexe. (Annexe IV)

Les objectifs principaux de prise en charge sont le réinvestissement des activités de vie quotidienne, de loisirs ou socio-professionnelles, gagner en autonomie, améliorer les capacités cognitives, connaître et comprendre sa maladie et retrouver un lien social en favorisant l'expression et la resocialisation.

De plus, il ressort que les domaines de difficulté prédominants chez les patients alcoolodépendants sont : le versant cognitif à 40% et le versant social à 35%.

Différents moyens et outils sont mis en place par les ergothérapeutes durant la prise en charge de ces patients, dont les principaux sont : les médiations manuelles et créatives à 69% chacune, les médiations cognitives à 63%, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) à 63% et les mises en situation écologiques à 44%. Les bilans arrivent ensuite avec 38% et les médiations corporelles avec 25%.

Ensuite, concernant le retour à domicile, 44% des ergothérapeutes interrogés y participent. Pour ce faire, ils utilisent des groupes de parole, des visites à domicile, des mises en situation écologiques, des entretiens, des mises en place d'aides techniques ou humaines ou encore le relais avec d'autres structures.

Enfin, pour ce qui est du maintien à domicile, seulement 25% des ergothérapeutes interrogés y participent. Pour la moitié, ce suivi s'effectue via un service d'hospitalisation de jour, sinon il s'agit d'organisation de visite à domicile.

1.3 Question de recherche

Il apparaît dans l'enquête précédente que moins de la moitié des ergothérapeutes interrogés participent à l'organisation du retour à domicile des patients alcoolodépendants et très peu prennent part au maintien à domicile. Les seuls assurant ce suivi sont ceux travaillant dans des structures possédant un service d'hospitalisation de jour ou dans des structures spécialisées comme les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ou les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

Nous avons vu précédemment que le suivi après retour à domicile chez les patients atteint d'alcoolodépendance était primordial. Effectivement, le maintien de l'abstinence ou de la réduction de la consommation d'alcool une fois le patient à domicile, s'avère bien souvent compliqué sans suivi adapté.

Je me suis alors questionnée sur les moyens pouvant être mis en place avant le retour à domicile, permettant de prévenir les rechutes et ainsi pallier le manque de suivi une fois le patient dans son lieu de vie.

J'ai alors remarqué que les ergothérapeutes accompagnant le maintien à domicile utilisaient tous l'ETP qui est un moyen d'apporter au patient des connaissances sur sa pathologie et l'autogestion de celle-ci et ainsi prévenir les rechutes et ré-hospitalisations.

Ma question de recherche est alors la suivante :

En quoi l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient peut permettre le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes ?

1.4 Cadre éthique

Ce travail d'initiation à la recherche est soumis à un cadre éthique. Ainsi, il est indispensable que les données soient récoltées après avoir obtenu un consentement éclairé de la personne et qu'elles soient pseudonymisées. Ceci permet alors de préserver l'anonymat, la dignité et la vie privée des participants à l'étude.

Pour ce faire, un formulaire informatif de non-opposition est transmis aux personnes souhaitant participer à la recherche avant de les interroger. Celles-ci sont alors libres d'interrompre leur participation à tout moment.

2. Méthodologie :

2.1 Choix de la méthode

L'objectif de cette recherche étant de comprendre en quoi l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient pouvait permettre le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes, il semblait intéressant de recueillir l'avis de personnes alcoolodépendantes sur l'impact des programmes d'ETP et l'action de l'ergothérapeute. Effectivement, l'essence même de l'ETP étant de rendre les patients acteurs de leur prise en charge et de leur pathologie, il apparaissait important d'avoir leur point de vue.

Les données recherchées sont alors qualitatives. Dans ce cadre, le choix d'un questionnaire à questions semi-ouvertes comme méthode qualitative a été réalisé. En effet, cette méthode permet d'orienter l'étude en lui donnant une direction précise. La réalisation d'un questionnaire à questions semi-ouvertes permet néanmoins de laisser les participants s'exprimer librement quant aux sujets abordés, tout en leur donnant une ligne conductrice afin de structurer leur réflexion. La population cible étant des personnes alcoolodépendantes, le questionnaire écrit a été choisi. En effet, cette méthode semble plus rassurante et moins contraignante que les entretiens oraux pour des personnes qui peuvent avoir du mal à s'exprimer par rapport à leur pathologie et d'éventuels échecs dans leur processus de soin. Lors de la réponse à ce type de questionnaire, il n'y a pas d'enregistrement de voix ou d'image, ce qui aurait pu freiner la participation de certaines personnes à la recherche.

2.2 Population

Afin de recueillir les données qualitatives attendues dans cette étude, des personnes ayant été diagnostiquées alcoolodépendantes selon les critères du DSM-V ont été interrogées. Les participants devaient avoir suivi un programme d'ETP en rapport avec leur addiction à l'alcool, lequel devait comporter l'intervention d'un(e) ergothérapeute.

Ceci permettait alors de recueillir l'avis des personnes quant au programme suivi et à l'action de l'ergothérapeute, leur impact et les éventuels manques dans cette prise en soin.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être/avoir été diagnostiqué alcoolodépendant
- Avoir suivi un/plusieurs traitement(s) en milieu hospitalier
- Avoir bénéficié d'ETP incluant l'intervention d'un(e) ergothérapeute
- Si hospitalisation en cours, être déjà retourné à domicile après hospitalisation (hors permission)
- Ne pas avoir d'autres comorbidités psychiatriques

Ce dernier critère a été supprimé par la suite car, malgré le biais que représente la présence d'une autre pathologie psychiatrique, il réduisait grandement le nombre de participants à la recherche.

2.3 Élaboration de l'outil

Un questionnaire à questions semi-ouvertes a été réalisé afin de permettre au participant d'exprimer son point de vue sans restriction tout en étant guidé par les différentes questions. En effet, le questionnaire respecte une certaine chronologie et suit un ordre logique permettant au participant de structurer sa réponse.

Les questions établies devaient être précises et tournées avec soin. Effectivement, le questionnaire étant prévu pour être auto-administré, il n'y a pas de reformulation possible. Les questions devaient être alors suffisamment claires et précises pour espérer obtenir une réponse correspondant aux attentes.

Ainsi, un questionnaire unique (Annexe V) comportant treize questions a été réalisé en version informatisée disponible en ligne ou bien en format Word. Il a également été proposé un entretien téléphonique aux participants qui ne souhaiteraient pas répondre au questionnaire via informatique afin de toucher le plus grand nombre de personne possible mais aucun n'a choisi ce moyen. Un préambule informatif concernant le but de la recherche, les critères d'inclusion et l'anonymisation des réponses a été rédigé en début de questionnaire. Les questions composant le questionnaire étaient les suivantes.

Question 1 : Quel est votre sexe, âge, statut familial, statut professionnel ?

Cette question permettait d'établir le profil du participant tout en restant anonyme. Il s'agit d'une question d'amorce où la personne se présente elle et son environnement social/professionnel.

Question 2 : Depuis quand êtes-vous diagnostiqué(e) alcoolodépendant(e) ?

Cette question permettait de donner une idée de la durée de « l'expérience » de la personne avec sa pathologie et d'introduire la question suivante.

Question 3 : Quel a été votre parcours de soin ? Pouvez-vous décrire brièvement votre parcours de soin ?

Cette question donnait au participant l'opportunité de décrire son expérience avec le système de santé en décrivant les différentes prises en charge reçues, ce qui a fonctionné ou non et les types de soin reçus. En effet, l'impact d'un programme d'ETP peut différer selon les expériences passées des participants avec les soins en addictologie.

Question 4 : Dans quelle structure avez-vous pu bénéficier d'ETP et quels types de professionnels intervenaient ?

Cette question permettait d'appréhender la structuration du programme d'ETP reçu de manière globale à travers le type d'intervenant et la structure d'accueil/modalités d'hospitalisation.

Question 5 : Quels étaient vos objectifs et vos attentes vis-à-vis de l'ETP avant d'en bénéficier ?

Cette question était le moyen d'effectuer une comparaison entre les attentes de la personne en s'inscrivant au programme ETP et le résultat de ce dernier sur la vie quotidienne afin de voir si l'intervention s'était révélée efficace et avait apporté satisfaction.

Question 6 : Pouvez-vous décrire/présenter l'organisation, le contenu et les intervenants dans les séances ?

Comme dans la question 4, il s'agissait ici d'obtenir des informations concernant l'organisation du programme suivi. Plus de précisions étaient attendues ici quant au thème et contenu des séances et les personnes y intervenant.

Question 7 : L'ETP a-t-elle répondu à vos attentes ? Qu'est ce qui, pour vous, vous a le plus apporté ?

L'objectif de cette question était de mettre en lumière l'aspect du programme d'ETP qui a aidé le plus la personne répondante. Cela permettait de cibler les points importants pour la personne en prenant en compte l'intégralité du programme.

Question 8 : Quelle était l'action de l'ergothérapeute ? (Thème, type de séance, activités proposées, ...)

Cette question marquait le début de la section réservée à l'intervention ergothérapique au sein du programme d'ETP. Ici étaient attendus les détails de cette intervention afin d'en apprendre plus sur le type de pratique ergothérapique proposé et sur la proportion du programme pris en charge par l'ergothérapeute.

Question 9 : A travers l'intervention de l'ergothérapeute, qu'est ce qui a été le plus marquant/ intéressant pour vous ?

Comme dans la question 7, l'objectif était de faire ressortir les aspects ayant été les plus utiles pour la personne répondante. Cependant, cette question se centre uniquement sur l'intervention de l'ergothérapeute.

Question 10 : À domicile, avez-vous pu mobiliser des notions acquises lors des séances d'ETP avec l'ergothérapeute ? Si oui, lesquelles ?

Cette question permettait d'introduire la notion de domicile et de vie quotidienne afin de savoir si certains des éléments vus en ETP étaient transposables au lieu de vie de la personne.

Question 11 : Quel impact a eu l'ETP à votre domicile/au quotidien ? Pouvez-vous spécifier

Ici, il était demandé à la personne de décrire plus précisément les éventuels changements observés au domicile en vie quotidienne suite à la participation au programme d'ETP.

Question 12 : Qu'auriez-vous souhaité apprendre/travailler en plus lors des séances d'ETP ?

Cette question constituait une ouverture sur les possibilités d'amélioration du programme d'ETP en questionnant ce qu'il y manquait selon la personne ayant suivi ce dernier. Cela permettait également de questionner indirectement les difficultés résiduelles rencontrées par la personne dans son quotidien.

Question 13 : Auriez-vous souhaité que l'ergothérapeute intervienne à votre domicile ? Pour quelles raisons ?

Le suivi à domicile après hospitalisation étant très peu pratiqué aujourd'hui, il était ici demandé à la personne son avis quant à une éventuelle intervention de l'ergothérapeute au domicile. Cela pouvait représenter des pistes d'améliorations pour les prises en charge futures des personnes alcoolodépendantes.

2.4 Mode d'analyse des données

Chaque réponse recueillie a fait l'objet d'une analyse longitudinale afin de faire ressortir les idées principales évoquées par chacun des participants. Suite à cela, une analyse transversale a été réalisée afin de comparer les réponses entre les participants question par question. Une synthèse a ainsi pu être établie, reprenant les différences et similitudes entre les réponses obtenues.

2.5 Limites de la méthode

Il existe cependant différentes limites à l'utilisation de cette méthode. Tout d'abord, le questionnaire proposé se base sur l'expérience personnelle des participants, par définition, leurs représentations concernant ce sujet sont alors subjectives et propres à chacun d'eux.

De plus, le questionnaire étant auto-administré par les participants eux-mêmes et bien que les questions aient été formulées de la manière la plus simple et claire possible, il n'y a pas de possibilité de relance si une question est mal comprise ou si la réponse ne correspond pas aux attentes. Les réponses sont donc souvent moins développées à l'écrit que lors d'un entretien oral et cela fournit moins de matière à analyser par la suite.

Enfin, le questionnaire écrit auto-administré ne permet pas d'avoir accès à la communication verbale et non verbale du participant.

3. Résultats :

3.1 Analyse longitudinale

Pour cette étude, quatre personnes alcoolodépendantes ont répondu au questionnaire afin de partager leur expérience et donner leur avis quant au programme d'ETP suivi et à l'intervention de l'ergothérapeute au sein de celui-ci. Chacune des réponses a été analysée, question par question, de manière individuelle. Les réponses entières ont été mises en forme dans un tableau (Annexe VI) et une synthèse de celles-ci sera exposée ci-dessous.

3.1.1 Participant A

Le premier participant est un homme de 65 ans, marié et auxiliaire de vie. Il a été diagnostiqué alcoolodépendant à l'âge de 40 ans. Dans le cadre de sa pathologie, cette personne a effectué deux mois de cure thérapeutique dans un centre clos ainsi qu'une année de suivi en ambulatoire. Le programme d'ETP a été suivi au sein d'un Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) dans lequel il a bénéficié de l'approche de la Programmation Neurolinguistique (PNL) et de sophrologie à travers l'intervention d'un ergothérapeute. En participant à ce programme, les attentes de cette personne étaient de retrouver un équilibre de manière générale. Trois séances par semaine étaient dispensées par divers intervenants (ergothérapeute, sophrologue, art thérapeute), dont le contenu était évolutif avec un suivi permanent.

Selon cette personne, l'ETP a répondu à ses attentes en lui apportant une reprise de confiance en soi et en ses capacités ainsi qu'une maîtrise de son organisme physique. L'intervention de l'ergothérapeute consistait en des exercices de respiration, de lâcher-prise, des séances d'équilibre alimentaire et de bien-être et soins corporels et le travail de la concentration à l'occasion d'une ou deux heures par semaine en groupe ou en individuel. L'action de l'ergothérapeute a permis à cette personne une reprise de confiance en soi et en ses possibilités.

A domicile, il a été possible de mettre en pratique des techniques de sophrologie et une multitude d'autres exercices. Cela a apporté de la sérénité et du bien-être au quotidien et dans les moments à forte émotion pour cette personne.

Suite à son retour à domicile et à ce programme d'ETP, ce participant aurait souhaité approfondir les techniques de respiration. L'intervention de l'ergothérapeute au domicile n'était pas proposée mais cela aurait été apprécié par cette personne.

3.1.2 Participant B

Le deuxième participant est un homme de 53 ans, pacsé et étant en situation professionnelle d'invalidité. Il a été diagnostiqué alcoolodépendant il y a vingt ans. Dans le cadre de sa pathologie, cette personne a effectué plusieurs cures et postcures en séquentiel ainsi qu'un séjour en hôpital psychiatrique. Le programme d'ETP a été suivi lors d'une cure addictologie en hôpital psychiatrique pendant lequel il a bénéficié de l'intervention d'un(e) ergothérapeute. En participant à ce programme, les attentes de cette personne étaient d'apprendre à occuper le temps notamment en créant des paniers et des bracelets. L'ergothérapeute présentait les activités et ateliers tout en expliquant leurs buts.

Selon cette personne, l'ETP a répondu à ses attentes en lui apprenant à se concentrer, à être plus minutieux et à occuper le temps. L'intervention de l'ergothérapeute consistait en des activités de création, de réflexion sur ordinateur et en des jeux de société. L'action de l'ergothérapeute a permis à cette personne de retrouver de l'autonomie et d'être fier de ses réalisations.

A domicile, il a été possible de continuer la vannerie et le macramé avec l'achat du matériel nécessaire à ces activités. L'ETP a permis à cette personne de reprendre le petit bricolage en étant plus calme et appliqué. Suite à son retour à domicile, ce participant aurait souhaité faire de la poterie durant le programme (activité qu'il avait expérimenté et apprécié lors d'une postcure). Selon cette personne, l'intervention de l'ergothérapeute au domicile aurait pu être un plus dans le cadre de son suivi.

3.1.3 Participant C

Le troisième participant est une femme de 38 ans, célibataire et réceptionniste. Elle a été diagnostiquée alcoolodépendante il y a six ans. Dans le cadre de sa pathologie, cette personne a eu une consultation avec son médecin et a effectué une

cure en addictologie au sein d'un hôpital psychiatrique. Le programme d'ETP a été suivi durant cette cure en hôpital psychiatrique lors duquel elle a bénéficié de l'intervention d'un ergothérapeute, d'un médecin, d'une psychologue et d'activité physique. En participant à ce programme, les attentes de cette personne étaient de stopper sa consommation pour vivre comme avant sa maladie et pouvoir mieux travailler. Plusieurs séances par semaine étaient dispensées par les différents professionnels.

Selon cette personne, l'ETP a répondu à ses attentes en lui apprenant à occuper son temps différemment, à parler de ses problèmes et en lui apportant des connaissances sur sa pathologie. L'intervention de l'ergothérapeute consistait en des activités créatives, de la communication à travers des jeux de rôle en groupe. Cette action lui a permis de reprendre confiance en elle, s'occuper autrement et communiquer.

À domicile, il a été possible de continuer les activités créatives. L'ETP a permis à cette personne d'avoir moins d'angoisses et de mieux s'occuper d'elle-même et de son appartement. Suite à son retour en lieu de vie, cette participante aurait souhaité davantage de techniques pour les moments de moins bien chez elle. Selon elle, l'intervention à domicile de l'ergothérapeute, bien que non-évoquée, aurait été souhaitable car elle s'est sentie abandonnée, vivant seule et cela est difficile à gérer au quotidien quand ça ne va pas.

3.1.4 Participant D

Le quatrième participant est une femme de 59 ans, mariée et horticultrice. Elle a été diagnostiquée alcoolodépendante en 2010. Dans le cadre de sa pathologie, cette personne fait partie des Alcooliques Anonymes (AA) depuis onze ans et a été en hôpital de jour addictologie pendant un an. Le programme d'ETP a été suivi durant cette dernière période en hôpital de jour addictologie durant lequel elle a bénéficié de l'intervention d'un ergothérapeute et d'une infirmière.

En participant à ce programme, les attentes de cette personne étaient de retrouver de la patience, de la concentration et de l'estime de soi. Le déroulé des séances était cadré, on insistait sur le respect des autres et des horaires et il fallait obligatoirement choisir un atelier non-maitrisé.

Selon cette personne, l'ETP a répondu à ses attentes en lui permettant de découvrir sa personnalité et les déficiences à traiter. L'intervention de l'ergothérapeute consistait en un travail sur soi afin de mettre en évidence ses défauts de caractère, de la sculpture sur bois, de l'aquarelle et du modelage sur terre. Cette action lui a permis de mettre en évidence ses défauts de caractère (impatience, exigence profonde et manque de confiance en soi).

À domicile, ceci lui a permis de gérer avec patience et amour son adolescente, mieux échanger avec son conjoint et avoir une meilleure appréhension des problèmes administratifs. Suite à son retour en lieu de vie, cette personne aurait souhaité avoir plus de temps au quotidien pour poursuivre les activités manuelles qu'elle affectionne tant. Elle aurait souhaité l'intervention à domicile de l'ergothérapeute pour encore plus d'échanges constructifs.

3.1.5 Participant E

Le cinquième participant est un homme de 47 ans, marié et au chômage. Il a été diagnostiqué alcoolodépendant en 2008. Dans le cadre de sa pathologie, cette personne a suivi plusieurs cures et a été en hôpital de jour en psychiatrie. Le programme d'ETP a été suivi durant la période ambulatoire en hôpital de jour en addictologie avec l'intervention d'un ergothérapeute et d'une infirmière.

En participant à ce programme, les attentes de cette personne étaient de retrouver de la confiance en soi, occuper son temps à domicile et être abstinent. Deux séances par semaine étaient dispensées avec l'ergothérapeute ou l'infirmière qui commençaient par expliquer le déroulé des séances.

Selon cette personne, l'ETP a répondu partiellement à ses attentes en lui permettant une reprise de confiance en soi, une baisse de sa consommation mais la difficulté de s'occuper à domicile a persisté. L'intervention de l'ergothérapeute consistait en des activités manuelles comme la peinture, la sculpture, la poterie en groupe. Cette action a permis à cette personne d'avoir plus de concentration et d'estime de soi en réalisant des choses seule.

À domicile, ce participant a pu développer sa concentration, sa patience et son calme mais a toujours beaucoup de difficultés lorsqu'il se retrouve seul chez lui.

Suite à son retour en lieu de vie, il aurait aimé savoir quoi faire dans ces moments qui sont très nombreux étant au chômage. Selon cette personne, l'intervention de l'ergothérapeute à domicile aurait été appréciée pour mieux savoir occuper son temps seul afin d'éviter de « replonger ».

3.2 Analyse transversale

Dans un second temps, une analyse transversale de toutes les réponses a été réalisée afin de comparer les propos de chaque participant et ainsi identifier les similitudes et différences de point de vue. Cette analyse a été effectuée selon différents thèmes regroupant les questions proposées dans l'outil de la recherche : Parcours et attentes – ETP et ergothérapie – Résultats et domicile

3.2.1 Parcours et attentes

Tout d'abord, parmi les cinq personnes ayant pris part à cette étude, 80% d'entre elles ont suivi une ou plusieurs cures dans le cadre de leur addiction à l'alcool et 60% ont été suivis en ambulatoire en hôpital psychiatrique de jour.

De plus, deux personnes ont bénéficié d'un suivi en milieu extrahospitalier : consultations avec un médecin, adhésion aux AA.

Toutes ces personnes ont suivi un programme d'ETP dans le cadre de leur alcoolodépendance : deux en ambulatoire et trois lors d'une hospitalisation complète.

Leurs attentes quant à cette intervention sont assez similaires mais diffèrent sur certains points. En effet, on retrouve dans 80% des réponses la notion de réintégrer sa vie antérieure, celle précédant l'alcoolodépendance. Les attentes de trois personnes concernant l'ETP commencent par le verbe « retrouver... », une autre parle de « vivre comme avant ».

Ensuite, apparaît le désir d'acquérir ou améliorer certaines aptitudes psychiques ou physiologiques. Deux personnes mentionnent leur envie de retrouver de la confiance ou estime de soi tandis que d'autres souhaitent gagner en patience et concentration ou encore retrouver un équilibre de manière générale.

La notion de vie quotidienne est également présente dans les différentes réponses des participants. Effectivement, deux personnes espèrent de l'ETP qu'elle leur apprendra à « occuper leur temps » à domicile. Une autre souhaite améliorer sa capacité à travailler à travers cette intervention.

Enfin, apparaît la question de la consommation. Celle-ci n'est mentionnée qu'à deux reprises dans les réponses. Les deux personnes concernées souhaitent un arrêt de la consommation : l'abstinence. Dans ces deux cas, ce désir est relié à un objectif d'amélioration des conditions de vie et des capacités.

3.2.2 ETP et ergothérapie

Dans le cadre du programme d'ETP suivi, tous les participants ont bénéficié de l'intervention d'un(e) ergothérapeute. Deux personnes rapportent avoir également suivi des séances avec une infirmière et une autre avec un médecin, une psychologue et un éducateur sportif. Un des participants a pu travailler avec une sophrologue et une art thérapeute. La dernière personne n'a pas spécifié les autres intervenants dans le programme d'ETP.

Parmi les participants, 60% d'entre eux évoquent le rythme de l'intervention. Ils ont bénéficié de plusieurs séances par semaine (entre 2 et 3). De plus, 80% des personnes interrogées expriment la notion de cadre. Les séances, leur déroulé et leurs objectifs étaient expliqués et définis à l'avance. Une personne évoque l'évolutivité des séances et le suivi permanent reçu. Une autre rapporte les règles définies au sein du programme : le respect des horaires et des autres personnes ainsi que l'obligation de choisir un atelier non maitrisé.

Enfin, concernant l'intervention de l'ergothérapeute, elle varie en fonction des participants mais l'on retrouve des similitudes.

La dimension créative est retrouvée dans 80% des réponses. Il s'agit alors d'activités créatives manuelles comme la vannerie, la création de bracelets, la sculpture, la peinture, la poterie ou encore l'aquarelle.

Ensuite, dans 60% des cas une intervention visant à travailler sur soi, ses capacités et difficultés a été proposée. Il s'agissait d'activités de réflexion sur ordinateur, d'exercices de respiration, de concentration et de lâcher-prise ou encore une réflexion sur soi permettant d'identifier ses défauts de caractère.

Deux personnes ont pu suivre des activités favorisant les interactions sociales avec des jeux de société ou encore le travail de la communication à travers des jeux de rôle. Cependant, 80% des participants rapportent avoir effectué leurs séances d'ETP en groupe.

Enfin, parmi tous les participants, une seule personne semble avoir bénéficié d'une intervention concrète visant spécifiquement la vie quotidienne. Celle-ci a suivi des séances concernant l'équilibre alimentaire, le bien-être et les soins personnels.

3.2.3 Résultats et impact au domicile

Suite à la participation au programme d'ETP, tous les participants ont le sentiment que cette intervention a répondu à leurs attentes avec une personne mitigée.

Tout d'abord, 60% des personnes évoquent leur vie quotidienne et leurs occupations. Selon eux, l'ETP leur a appris à occuper leur temps autrement qu'avec leur addiction. Une personne exprime ses difficultés persistantes pour s'occuper à domicile.

Ensuite, 60% des participants abordent l'amélioration de certaines de leurs capacités ou de la connaissance d'eux-mêmes. Il s'agit de la maîtrise de son organisme physique, d'une meilleure concentration et praxies ou encore la découverte de sa personnalité et des déficiences à traiter. De plus, deux personnes affirment avoir gagné de la confiance en soi et en ses capacités.

Enfin, une personne aborde le versant communicatif en exprimant une amélioration de sa capacité à parler de ses problèmes. Cette même personne écrit également avoir acquis des connaissances sur sa pathologie.

Concernant l'intervention de l'ergothérapeute, l'aspect le plus marquant pour les participants est la reprise de confiance en soi et en ses capacités que l'on retrouve dans toutes les réponses. Le gain d'autonomie est également évoqué par deux personnes tout comme l'amélioration de certaines capacités (patience, concentration). La communication et l'occupation au quotidien sont évoquées par un seul des participants.

Une fois le retour en lieu de vie effectué, tous les participants ont pu mobiliser des notions acquises lors des séances avec l'ergothérapeute.

Deux personnes ont pu poursuivre les activités créatives initiées lors du programme en achetant le matériel nécessaire ce qui leur a permis de s'occuper au quotidien. Une autre personne a pu appliquer nombre d'exercices comme par exemple les techniques de respiration. Un des participants rapporte une meilleure communication et relation avec ses proches (conjoint et fille) ainsi qu'une amélioration des activités de vie quotidienne, à savoir, l'administratif.

Enfin, deux personnes notifient le gain de patience, de concentration et de confiance en soi au quotidien.

L'impact du programme d'ETP suivi sur la vie quotidienne des participants est assez similaire dans les différentes réponses, essentiellement centrées autour du bien-être. Les personnes rapportent être plus calmes et sereines, moins angoissées, plus concentrées et appliquées. Une personne a pu reprendre une activité de petit bricolage à domicile, une autre reconnaît mieux s'occuper d'elle-même et de son logement.

Cependant, une dernière personne rencontre toujours beaucoup de difficultés lorsqu'elle se retrouve seule à son domicile.

Malgré les interventions proposées lors du programme, il persiste certaines attentes et besoins chez les différents participants. Deux personnes auraient souhaité approfondir des techniques vues lors du programme : respiration pour l'un, poterie pour l'autre. Deux autres auraient aimé avoir des techniques à disposition pour les moments difficiles à domicile liés à la solitude (chômage, vivre seul). Enfin, une dernière personne désirerait avoir plus de temps au quotidien pour poursuivre les activités manuelles expérimentées en séance.

Pour finir, tous les participants auraient apprécié que l'ergothérapeute intervienne au domicile à la suite des interventions suivies. Cette option n'était proposée dans aucune des prises en charge effectuées. Deux personnes ont relié ce désir au sentiment de solitude et d'abandon ressenti une fois à domicile ce qui peut traduire un rendement occupationnel peu satisfaisant. Ce dernier apparaît difficile à gérer pour ces personnes qui passent beaucoup de temps seules. Un des participants aurait souhaité échanger davantage avec l'ergothérapeute mais n'a pas spécifié à quel sujet. Les deux dernières personnes n'ont pas justifié leur besoin lié à une intervention de l'ergothérapeute à domicile.

4. Discussion

L'objectif de cette recherche était de comprendre en quoi l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient pouvait faciliter le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes.

Cette partie va permettre, par la confrontation des résultats avec les éléments théoriques, de répondre à l'interrogation de départ en développant tout d'abord l'intérêt de l'ETP auprès de la population alcoolodépendante. L'apport de l'ergothérapie au sein de ce type d'intervention sera ensuite décrit puis les besoins demeurant à la suite d'un programme d'ETP seront explicités. Pour finir, nous aborderons les différentes limites de cette étude.

4.1 Intérêt de l'ETP auprès de la population alcoolodépendante

Comme nous l'avons entrevu dans la partie théorique, l'ETP est une pratique qui s'adresse aux personnes atteintes d'une pathologie chronique et à leurs proches. Les maladies addictives correspondent alors à ces critères, l'alcoolodépendance en faisant partie.

De ce fait, il existe potentiellement de nombreux avantages apportés par l'ETP, à savoir : rendre le patient acteur de sa prise en charge notamment en reconnaissant son statut expert de sa pathologie, favoriser le partage expérientiel inter-patient, améliorer l'alliance thérapeutique en renforçant une approche éducative déjà présente en addictologie. En effet, à travers l'émergence de nombreux groupes d'entraide sur les réseaux sociaux et associations de patients tels que les AA, la dimension experte du patient est déjà reconnue dans le domaine de l'addictologie. (De la Tribonnière et al., 2016)

Selon les résultats obtenus, les personnes interrogées avaient de nombreuses attentes quant aux programmes d'ETP parmi lesquelles :

- Leur désir d'apprendre à occuper leur temps au quotidien,
- Leur besoin de retrouver de la confiance en soi, en leurs capacités et de l'estime de soi,
- Améliorer certaines de leurs aptitudes telles que la concentration, la patience, l'attention,
- Leur désir de réduction ou d'arrêt de la consommation

En participant à un programme d'ETP, les personnes interrogées estiment que leurs attentes ont été comblées.

En effet on remarque, suivant les participants, une amélioration du rendement occupationnel à domicile avec la poursuite ou l'initiation de nouvelles activités vues lors des séances. Ceci vient alors combler le vide occupationnel laissé par l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool.

De plus, il existe une amélioration de la confiance en soi et en ses capacités, une meilleure gestion du corps et de l'esprit au quotidien ainsi qu'une meilleure capacité communicative. Un participant relève également avoir acquis des connaissances sur sa pathologie.

Tout ceci constitue autant d'éléments qui permettent d'entrevoir une amélioration de la vie quotidienne des personnes alcoolodépendantes après l'intervention d'ETP. On peut alors penser qu'à travers une meilleure qualité de vie au domicile, le risque de rechute/ré hospitalisation est diminué.

La satisfaction des participants se retrouve également lorsque l'on interroge l'impact de l'intervention de l'ergothérapeute au sein du programme.

4.2 Apport de l'ergothérapie au sein d'un programme ETP pour personnes alcoolodépendantes

Nous avons précédemment vu que pour être mis en place, un programme d'ETP devait répondre à certains critères dont l'obligation de pluridisciplinarité. Pour ceci, les professionnels doivent alors être formés.

Depuis 2010, la formation ETP fait partie intégrante de la formation initiale au Diplôme d'État d'ergothérapeute.

Ceci ressort dans le référentiel des compétences qui notifie que l'ergothérapeute peut « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » (SIFEF)

L'ETP a pour but l'acquisition par les patients de compétences leur permettant de gérer au mieux leur pathologie au quotidien. Nous sommes alors sur un souhait d'autonomie de la personne quant à la gestion de sa maladie au quotidien, ce qui ressemble de très près aux objectifs poursuivis en ergothérapie.

La littérature étant assez pauvre concernant l'action ergothérapique en ETP, nous pouvons cependant nous appuyer sur l'intervention des ergothérapeutes en addictologie (Vignola-Mir et al., 2017) et sur les réponses obtenues quant à l'impact de celle-ci.

Selon les personnes interrogées, l'intervention en ergothérapie étaient très axée sur les médiations créatives et plus particulièrement des activités manuelles impliquant la création et production d'un objet. Certains rapportent également avoir poursuivi ces activités à domicile.

L'activité est en effet l'un des principaux moyens utilisés par les ergothérapeutes. Elle permet, en addictologie, d'initier le mouvement à travers un passage à l'action et constitue ainsi une motivation au changement. De plus, l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool laisse bien souvent un vide que l'ergothérapeute va essayer de combler avec des activités de substitution significatives pour la personne.

Les participants insistent sur le gain de confiance en soi et en ses capacités que leur a apporté l'ergothérapie au sein de l'ETP. Les activités manuelles permettent en effet à la personne de prendre pleinement conscience de ses aptitudes à travers la réalisation d'un objet. Les personnes interrogées relèvent être fières de leurs réalisations et avoir découvert leur capacité à effectuer des choses seules. Ceci rappelle un des bénéfices de l'ETP : rendre le patient acteur de ses soins, de sa prise en charge.

Ensuite, à travers les résultats, on dénote que l'action de l'ergothérapeute en ETP se concentre également sur le travail des émotions, de soi et de son corps. La gestion des émotions fortes est une phase importante en addictologie. En effet, les personnes doivent réapprendre à identifier celles-ci et à les gérer au quotidien en l'absence de consommation ou avec une consommation moindre.

Les participants rapportent plus de calme et de sérénité au quotidien, une diminution des angoisses et un gain de patience et de concentration. (Vignola-Mir et al., 2017)

De plus, les résultats démontrent le travail de la communication durant les séances d'ergothérapie en ETP. Certains participants relèvent une amélioration de cette dernière avec leurs proches ainsi qu'une meilleure verbalisation des problèmes. Ceci a pu notamment être effectué à travers des jeux de rôles ou jeux de société permettant le travail de la réflexion et de la résolution de problème, le travail de l'entrée en relation avec autrui. Ces outils constituent une médiation de plus, utilisée par l'ergothérapeute visant à donner aux patients des compétences leur permettant de mieux gérer leur quotidien à domicile. Effectivement l'arrêt ou la réduction de consommation impacte souvent la relation avec autrui et la capacité à entrer en relation avec l'autre. La modification de la relation avec le produit déstabilise les liens sociaux, déjà affectés au départ.

Enfin l'ergothérapeute, professionnel orienté vers l'activité, a également un rôle important dans l'amélioration de l'indépendance dans les activités de vie quotidienne. Un participant a pu bénéficier d'interventions concernant les soins personnels, le bien-être et l'alimentation. D'autres décrivent avoir plus de facilité au quotidien à gérer leur logement ou encore les tâches administratives grâce à l'ergothérapie.

En croisant les ressentis des participants et les champs d'action de l'ergothérapeute en addictologie, on comprend mieux l'intérêt de cette intervention en ETP et l'impact qu'elle a pu avoir sur le quotidien des personnes interrogées. Celui-ci est retrouvé à travers les différents bénéfices mentionnés par les participants dans le questionnaire. Les apports théoriques quant à l'intérêt de l'ETP en général et l'action de l'ergothérapeute en addictologie complètent ces résultats.

Cependant, suite à l'analyse de ces derniers, il semble y avoir des besoins résiduels suite à la participation au programme d'ETP et au retour à domicile des participants.

4.1 Besoins demeurant après l'intervention ETP

Bien que le ressenti global quant à l'ETP et l'intervention de l'ergothérapeute soit plutôt positif, il semble persister des difficultés et des besoins auxquels l'ergothérapeute pourrait apporter des solutions.

En effet, certaines personnes rapportent un sentiment d'abandon et de solitude une fois au domicile. Malgré les interventions sur les lieux de soin, gérer son quotidien et le vide reste très compliqué en lieu de vie. Des techniques supplémentaires pour réagir face à ce ressenti auraient été souhaitées.

De plus, la totalité des personnes exprime le désir d'une intervention de l'ergothérapeute à domicile sans vraiment en expliciter les raisons. Cela témoigne alors d'un possible manque dans la prise en charge et dans le suivi post-ETP.

L'on pourrait alors imaginer la nécessité d'intégrer à l'ETP davantage d'ateliers concernant la gestion de la vie quotidienne en utilisant des mises en situation écologiques afin de mieux préparer le retour à domicile.

Cela pose également la question du développement du suivi à domicile après une hospitalisation avec une possible orientation vers des structures d'accueil de jour, des associations ou encore des groupes d'entraide si cela n'a pas été fait.

Il pourrait aussi être intéressant de s'interroger quant à la mise en place d'une intervention ETP auprès des proches de personnes alcoolodépendantes afin de leur donner des clés pour accompagner et soutenir la personne dans son quotidien. Ceci existe déjà comme par exemple le programme Étape du CHU de Grenoble destiné aux proches de personnes souffrant d'addictions. (Pennel et al., 2019)

4.2 Réponse à la question de recherche

Grâce à l'analyse des réponses ainsi qu'à la confrontation de celles-ci avec les éléments théoriques, nous sommes en mesure de répondre à la question de recherche. En effet, à travers l'ETP, l'ergothérapeute participe au maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes de différentes manières.

Tout d'abord, en utilisant diverses médiations créatives telles que la vannerie, sculpture, peinture, pouvant être poursuivies à domicile.

Ces activités dites de substitution permettent aux personnes alcoolodépendantes d'occuper leur temps au quotidien et ainsi combler le vide laissé par l'arrêt ou la réduction de consommation d'alcool. Ce travail permet également un gain d'estime de soi et de confiance en ses capacités. Les personnes réalisent être capable de produire un objet par eux-mêmes, finaliser un projet et gagnent alors en autonomie.

Ensuite, par l'activité en groupe autour de jeux de rôle ou de société, l'ergothérapeute vise une amélioration de la communication et le développement des compétences sociales qui favorisent alors les échanges des personnes alcoolodépendantes avec leurs proches au quotidien.

Cette intervention développe également la capacité de résolution de problème, utile pour les situations rencontrées au quotidien.

De plus, à travers différents exercices, sont travaillées les capacités de concentration, de praxies, de patience qui vont permettre aux personnes d'être plus apaisées, sereines et calmes au quotidien. Cette diminution des angoisses et la gestion des émotions va permettre une meilleure appréhension des moments difficiles vécus au quotidien.

Enfin, l'ergothérapeute peut proposer des ateliers concernant la vie quotidienne : soins personnels, bien-être, alimentation. Ceci a pour but d'améliorer la gestion des activités de vie quotidienne une fois à domicile.

Tout ceci constitue autant d'éléments pouvant, une fois travaillés et acquis, améliorer la qualité de vie des personnes à domicile à travers une meilleure gestion de la vie quotidienne. On veut limiter ainsi les risques de rechute, de ré hospitalisation et l'on favorise ainsi le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes.

Cependant il existe des pistes d'amélioration, comme explicité précédemment, des difficultés persistent à domicile et une intervention ergothérapique en lieu de vie est toujours souhaitée. Les pistes de développement permettant de résoudre cette problématique résideraient dans l'ajout d'ateliers concernant la gestion de la vie quotidienne aux programmes d'ETP. Il pourrait être également intéressant de développer le suivi à domicile par des interventions en lieu de vie ou renforcer l'orientation des personnes vers des structures adaptées à leurs besoins, associations ou encore groupes d'entraide tels que les CSAPA, AA.

4.3 Critiques et limites de l'étude

À l'issue de ce travail d'initiation à la recherche, différentes limites apparaissent concernant la méthode, la population mais également la place de l'ergothérapeute en ETP addictologie actuellement.

Tout d'abord, les résultats obtenus lors de cette recherche doivent être nuancés. Effectivement, le choix d'un questionnaire écrit comme outil implique l'impossibilité de reformulation des réponses si les questions sont mal comprises. Il peut également induire, comme cela a été le cas ici, l'obtention de réponses peu développées en comparaison avec ce qui peut être obtenu lors d'entretiens.

Lors de l'analyse des données, celles-ci étant qualitatives, il existe une part de subjectivité et d'interprétation de la part de l'investigateur. En effet, ce dernier va inconsciemment analyser les réponses en les comparant à son expérience, ses connaissances et son avis personnel malgré le désir et l'intention d'être totalement objectif.

De plus, les résultats obtenus sont issus des réponses de seulement cinq personnes alcoolodépendantes, qui constituent un échantillon de petite taille. Nous n'avons pas atteint la saturation des données ce qui, par conséquent, ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus.

En effet, il a été très compliqué de trouver des participants correspondant aux critères d'inclusion de cette recherche. Il fallait d'abord que ces personnes soient diagnostiquées alcoolodépendantes, qu'elles aient participé à un programme d'ETP en lien avec leur addiction et que celui-ci comporte l'intervention d'un(e) ergothérapeute.

Lors du recrutement des participants, il est apparu que les programmes concernant l'addictologie ne représentaient qu'une mineure partie de l'ensemble de l'offre d'ETP. De plus, lorsque ceux-ci existent, il est très rare qu'un ergothérapeute y intervienne. Bien des structures contactées n'avaient pas d'ergothérapeute ou alors pas d'intervention ETP.

Le contexte sanitaire actuel a également impacté cette recherche. Effectivement, de nombreuses interventions ETP, parmi les rares correspondant aux critères d'inclusion, étaient momentanément à l'arrêt.

Le même constat peut être fait du côté des réunions de certains groupes d'entraide. De manière générale, le fonctionnement des établissements était inhabituel et de ce fait, certains professionnels difficiles à joindre.

Concernant la population choisie, il a été évoqué plus tôt que les résultats obtenus ne concernent qu'un petit échantillon de celle-ci. De plus, les réponses sont subjectives étant donné que nous avons interrogé les personnes sur leur ressenti et avis personnel. Il faut alors garder à l'esprit que ces données sont imprégnées du vécu de chacun et de leur manière de percevoir les interventions reçues.

Cependant le fait de recueillir le point de vue des bénéficiaires est peu courant et constitue une force. En effet, ceci permet de prendre un certain recul quant aux interventions proposées en analysant les besoins et attentes des personnes interrogées. Il serait intéressant de questionner ces besoins auprès d'un plus large échantillon de participants afin de généraliser les résultats. Ceci permettrait d'entrevoir des perspectives d'amélioration des interventions actuellement proposées.

4.4 Apports et perspectives

Au cours de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu acquérir différentes aptitudes. En effet, à travers la méthodologie de recherche, j'ai dû faire preuve d'une grande rigueur et faire appel à mes capacités de synthétisation. Ce sont des compétences auxquelles nous faisons appel lors de la rédaction d'écrits ergothérapeutiques (diagnostique, plan d'intervention, compte-rendu).

Lors des parties théorique et de discussion, j'ai pu expérimenter davantage la recherche de ressources scientifiques qui me sera utile dans ma future pratique afin d'assurer ma propre veille scientifique concernant la profession d'ergothérapeute.

Durant cette recherche, j'ai dû solliciter mon esprit critique concernant les différentes informations recueillies mais également pour mon propre travail. Cela a alors amélioré ma capacité à me remettre en question et mes aptitudes d'analyse.

Un travail tel que celui-ci aiguise également notre curiosité. J'ai pu accroître mes connaissances concernant l'alcoolodépendance et l'ETP qui étaient deux sujets qui m'intéressaient beaucoup avant même de commencer ma recherche.

Ayant effectué le premier stage de mon cursus en psychiatrie, j'ai acquis, grâce à cette recherche, une nouvelle vision de l'ergothérapie dans ce domaine dont je n'avais eu qu'un aperçu en un mois.

L'ETP est une pratique qui m'attire beaucoup et qui peut être mise en place dans de nombreux domaines avec différentes populations. J'espère pouvoir participer à des actions de ce type dans ma future pratique professionnelle.

À l'issue de ce travail, d'autres questionnements ont émergé auxquels il serait intéressant de répondre dans d'autres études. Effectivement, je me suis interrogée devant le nombre restreint d'ergothérapeutes participant aux programmes d'ETP en addictologie alors que ces professionnels sont formés à cette pratique. Nous avons pu, à travers cette recherche, identifier leur rôle au sein d'un programme d'ETP. Il serait alors pertinent de recueillir leur avis afin de savoir s'il s'agit d'une intervention qui fait sens pour eux, les intéresse. Quels peuvent être les freins qui limitent leur implication en ETP et comment favoriser celle-ci ? Concernant le suivi des personnes alcoolodépendantes, je m'interroge sur les interventions à domicile proposées, si cela existe, quelles en sont les modalités et quelle est l'efficacité sur le maintien en lieu de vie.

Enfin, les proches de personnes alcoolodépendantes pouvant être considérés comme des aidants, je me demande si certains ont déjà bénéficié d'interventions ETP et quels pourraient en être les effets sur leur vie quotidienne.

Conclusion

Aujourd'hui les prises en charge s'orientent davantage vers un accompagnement ambulatoire pour diverses raisons, qu'elles soient économiques, épidémiologiques ou sociologiques. De ce fait, nous assistons à une émergence de l'ETP qui devient une pratique de plus en plus répandue. Elle constitue une intervention à laquelle l'ergothérapeute est formé et peut participer.

L'élaboration de ce travail de recherche répond à la question : En quoi l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient peut permettre le maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes ?

À travers la recherche d'éléments théoriques et l'interrogation de personnes alcoolodépendantes ayant bénéficié d'un programme d'ETP avec un ergothérapeute, nous avons apporté des réponses à ce questionnement.

En participant à un programme d'ETP, l'ergothérapeute participe au maintien en lieu de vie des personnes alcoolodépendantes de différentes manières. Il utilise diverses médiations, jeux et ateliers dans le but d'améliorer l'autonomie de la personne à son domicile et accroître certaines de ses compétences.

Cette intervention s'inscrit dans l'ETP, ayant pour but de développer chez la personne des aptitudes lui permettant de gérer au mieux sa pathologie chronique au quotidien.

Au cours de cette recherche, nous avons identifié que des besoins persistaient après la participation au programme d'ETP et que l'intervention de l'ergothérapeute au domicile était souhaitée. Ceci constitue une éventuelle piste d'amélioration concernant la prise en charge des personnes alcoolodépendantes.

Nous avons constaté que les ergothérapeutes intervenant en ETP addictologie étaient très peu nombreux. Il semble y avoir une réelle place à prendre pour ces professionnels dans ce domaine en pleine expansion.

Références bibliographiques

- Addiction sans substance. (2021). Consulté 6 octobre 2020, à l'adresse [Intervenir-addictions.fr](https://intervenir-addictions.fr/les-produits/addiction-sans-substance/) website: <https://intervenir-addictions.fr/les-produits/addiction-sans-substance/>
- Alcool-info-service. (2020). Alcool, connaître les risques : Les conséquences sur la santé à long terme. Consulté 23 octobre 2020, à l'adresse Alcool-info-service website: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme>
- Amad, A., Camus, V., Geoffroy, A., Thomas, P., & Cottencin, O. (2021). *ECN Référentiel de psychiatrie et addictologie, Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie* (AESP, CNUEA).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (American Psychiatric Publishing). Arlington, United States.
- ANFE. (2020). La Profession. Consulté 8 octobre 2020, à l'adresse ANFE website: <https://anfe.fr/la-profession/>
- Beck, F. (2014). La consommation d'alcool en France. *La Presse Médicale*, 43(Issue 10), Partie 1.
- Benyamina, A., & Reynaud, M. (2015). *Stratégie de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire : Quel suivi et quelle durée de traitement ? L'Encéphale*(42), 67-73.
- Bouric, G., & Beaumont, M. (2011). L'éducation thérapeutique du patient. *Kinésithérapie, la Revue*, (115-116), 17-19.
- Csillik, A. S., & Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'évolution Psychiatrique*, 77(Issue 3), 331-341.
- Darko-Mensah, A. (2011). L'ergothérapie et le domaine de la toxicomanie : Développement, mise en oeuvre et évaluation du groupe pilote Exploration de carrière 101. *Actualités ergothérapeutiques*, 13(6), 5-6.

- de la Tribonnière, X., Jacquet, J.-M., Vidal, J., & Donnadieu Rigole, H. (2016). Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. *Santé Publique*, 28(5), 591-597.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2018). Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale*, 47, 575-585.
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., & Compton, W. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61 (8), 807-816.
- Guillemot, S. (2014). Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, (6), 248-252.
- Hoertel, N. (2014). La consommation excessive d'alcool : Un lourd fardeau pour l'entourage. *L'Encéphale*, 40(Supplément 1), S1-S10.
- INSERM. (2020, septembre 11). Addictions, du plaisir à la dépendance. Consulté 20 septembre 2020, à l'adresse INSERM website: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.*
- Lang, J.-P., Jurado, N., Herdt, C., Sauvanaud, F., & Lalanne Tongio, F. (2019). L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : Psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, (67), 59-64.
- Obradovic, I. (2015). Usages de drogues et société addictogène. *Adolescence*, T.33(1), 177-192.
- OMS. (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 10e édition (cim-10)* (Masson, Vol. 1). Paris.

- OMS. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Consulté à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312318/WHO-MSD-MSB-18.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2021). Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. Consulté 20 septembre 2020, à l'adresse OMS website: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
- Pennel, L., Salas-Toquero, C., & Dematteis, M. (2019). Étape : Un programme pour aider l'entourage des personnes souffrant d'addiction. *Actualité et dossier en santé publique*, (109), 52-57.
- Ritz, L. (2012). *Alcoolodépendance : Atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels*. *Revue Neuropsychologie*(4 (3)), 196-205.
- Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., & Vénisse, J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 1(31), 9-23.
- Santé Publique France. (2020). Alcool. Consulté 17 octobre 2020, à l'adresse Santé Publique France website: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/donnees/#tabs>
- Smaniotto, B., & Lighezzolo-Alnot, J. (2010). Alcoolodépendance et modalités d'appréhension de la réalité externe. Approche exploratoire comparative. *L'information Psychiatrique*, 86, 347-356.
- Varescon, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : Que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protections ? *Bulletin de Psychologie*, (510), 441-444.
- Vignola-Mir, A., Desrosiers, J. J., & Morin, C. (2017). Comorbidité santé mental et trouble lié à l'utilisation de substance : Le rôle de l'ergothérapeute. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), 32-55.

Annexes

Annexe I. Critères de dépendance à une substance selon le DMS-V

Critères DSM-V	
1	La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2	Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
3	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
4	Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
5	L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6	Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par l'utilisation de la substance
7	Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
8	Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9	L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10	Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none">- Syndrome de sevrage caractérisé à la substance- La substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
11	Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none">- Syndrome de sevrage caractérisé à la substance- La substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

Présence de moins de 2 critères : Absence d'addiction

Présence de 2 à 3 critères : Addiction légère

Présence de 4 à 5 critères : Addiction modérée

Présence de plus de 6 critères : Addiction sévère

Annexe II. Critères de dépendance selon la CIM-10

Critères CIM-10	
1	Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
2	Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
3	Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
4	Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
5	Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets
6	Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

Annexe III. Enquête exploratoire à destination des ergothérapeutes

- 1) En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

- 2) Dans quel type de structure/service rencontrez-vous ou avez-vous rencontré un public alcoolodépendant ?

- 3) Quels sont vos principaux objectifs lors de vos prises en charge de patients alcoolodépendants ?

- 4) Dans quel domaine rencontrez-vous le plus de difficultés lors de la prise en charge de patients alcoolodépendants ?
 - Versant fonctionnel
 - Versant social
 - Versant cognitif
 - Autre

- 5) Quels moyens/outils utilisez-vous pour atteindre ces objectifs ?
 - Bilans
 - Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
 - Mises en situation écologiques
 - Médiations corporelles
 - Médiations cognitives
 - Médiations manuelles
 - Médiations créatives
 - Autre

- 6) Participez-vous au retour à domicile après hospitalisation ?
 - Oui
 - Non

- 7) Si oui, quels moyens mettez-vous en place pour cela ?

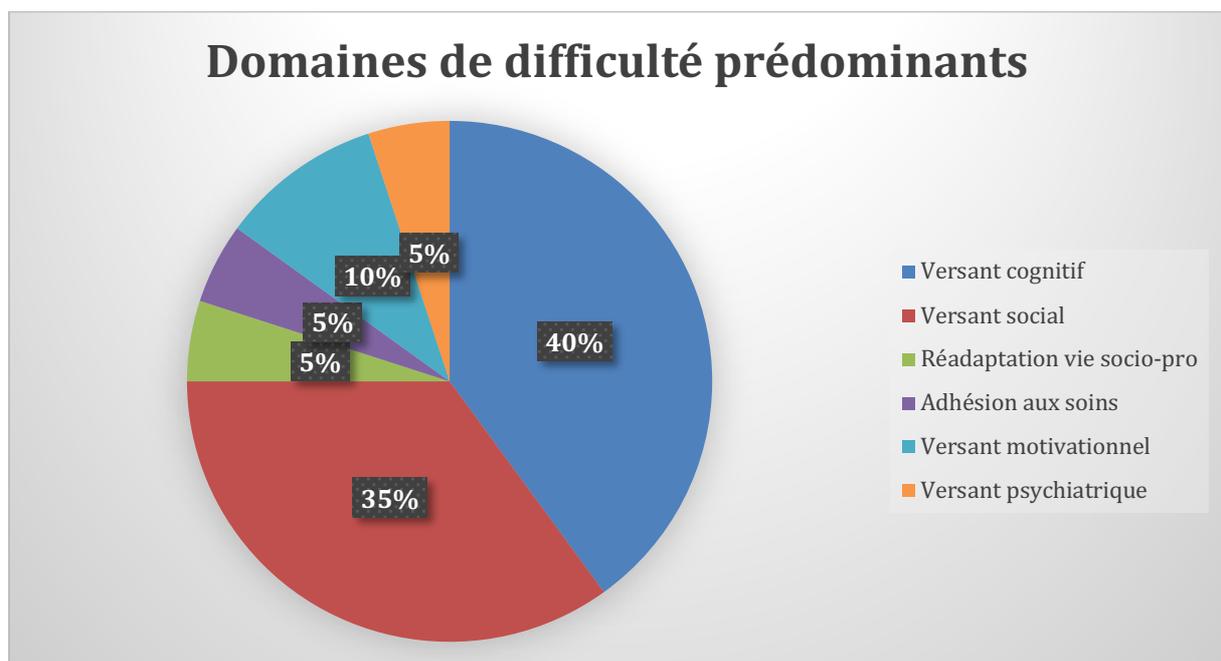
8) Participez-vous au maintien ou suivi à domicile des patients alcoolodépendants ?

- Oui
- Non

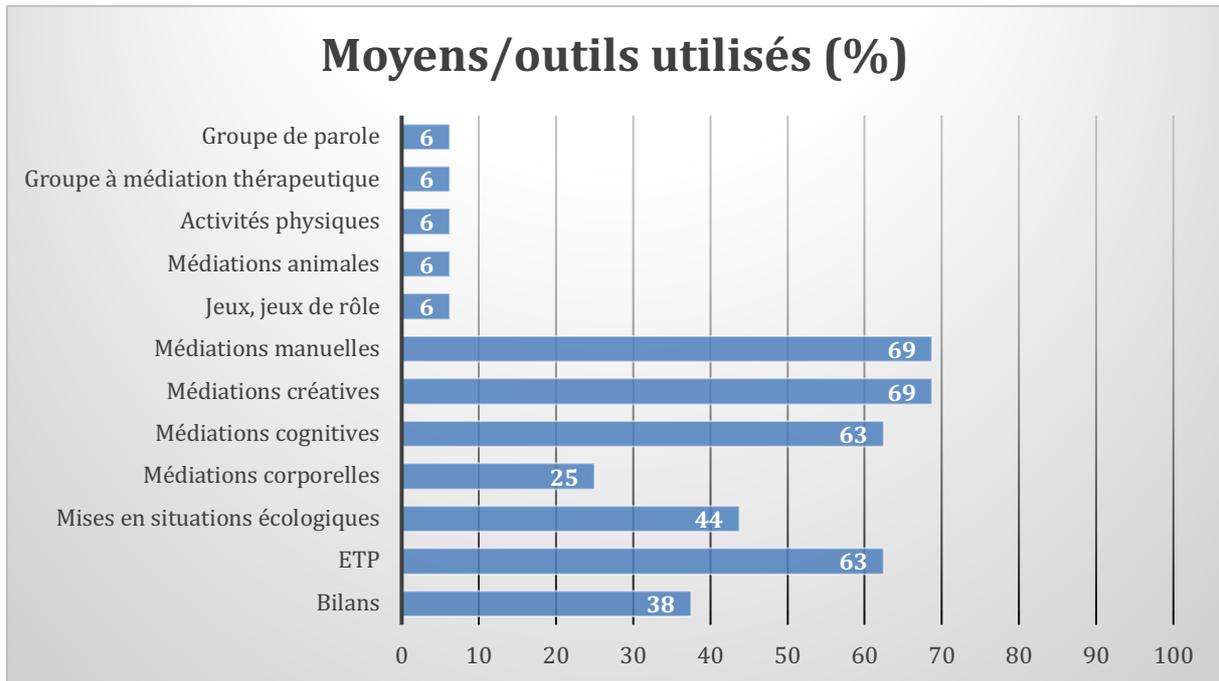
9) Si oui, quels moyens mettez-vous en place pour cela ?

Annexe IV. Synthèse des résultats de l'enquête exploratoire

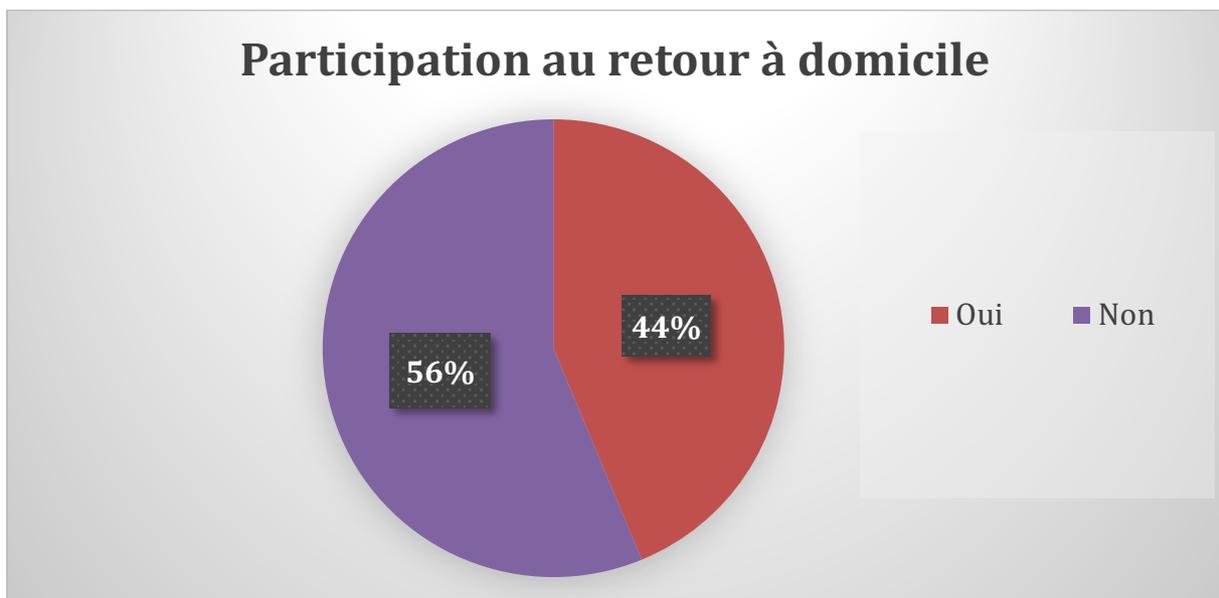
Proportions des domaines de difficulté prédominants



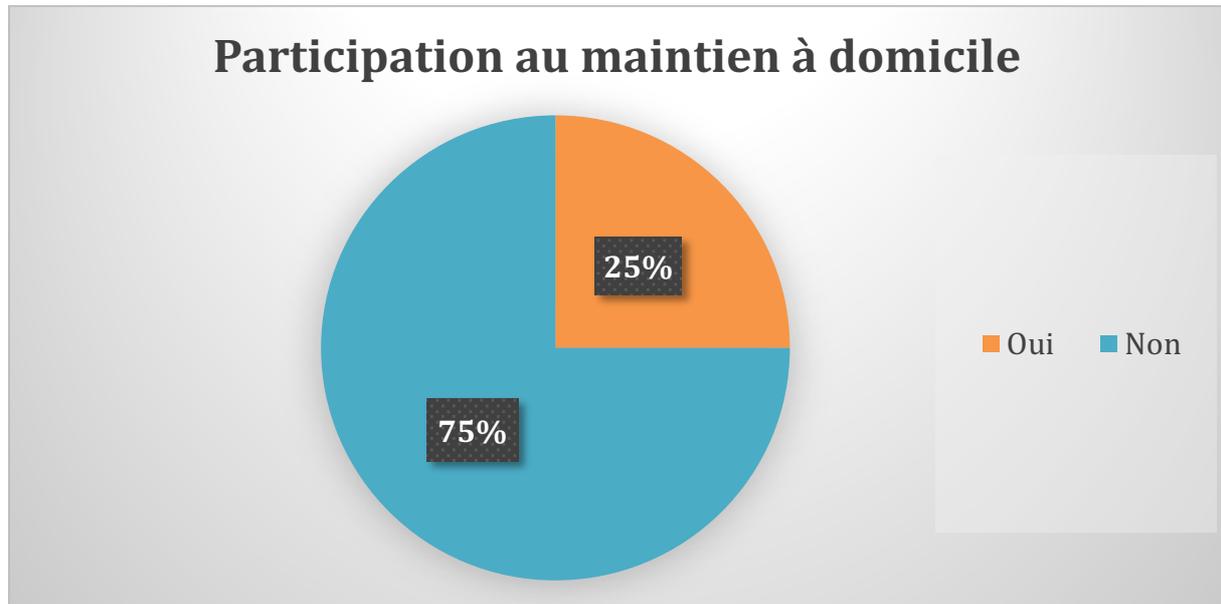
Proportions des moyens et outils utilisés dans la prise en charge de patients alcoolodépendants



Proportion des ergothérapeutes accompagnant le retour à domicile des patients alcoolodépendants



Proportion des ergothérapeutes accompagnant le maintien à domicile des patients alcoolodépendants



Annexe V. Questionnaire écrit à destination de personnes alcoolodépendantes

Questionnaire mémoire

Je suis Yona DUPERIER, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IUFE de Clermont-Ferrand (63). Dans le cadre de mes études, j'effectue un mémoire sur le thème alcoolodépendance et Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

Ma question de recherche est :

« Comment l'utilisation de l'ETP auprès de personnes alcoolo-dépendantes peut permettre de favoriser/d'améliorer le maintien à domicile et limiter/réduire les ré-hospitalisations ».

Vous avez suivi un programme d'ETP, je souhaiterais donc vous interroger afin de connaître l'impact de l'ETP et de l'intervention de l'ergothérapeute sur votre quotidien à la suite de ce programme. Cette recherche a pour objectif d'améliorer la démarche de soin.

Ce questionnaire sera pseudonymisé. Si vous répondez par le biais d'entretien téléphonique, celui-ci sera enregistré et il vous sera demandé de signer un formulaire d'information et de non-opposition avec droit à la voix. Le temps de passation est estimé à 20 minutes.

Critères d'inclusion :

- Être/avoir été diagnostiqué(e) alcoolodépendant(e)
- Avoir suivi un/plusieurs traitement(s) en milieu hospitalier
- Avoir bénéficié d'ETP incluant l'intervention d'un(e) ergothérapeute
- Si hospitalisation en cours, être déjà retourné à domicile après hospitalisation (hors permission)

1. Quel est votre sexe, âge, statut familial, statut professionnel ?

.....
.....
.....
.....

.....
.....

2. Depuis quand êtes-vous diagnostiqué(e) alcoolodépendant(e) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Quel a été votre parcours de soin ? Pouvez-vous décrire brièvement votre parcours de soin ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Dans quelle structure avez-vous pu bénéficier d'ETP et quels types de professionnels intervenaient ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Quels étaient vos objectifs et vos attentes vis-à-vis de l'ETP avant d'en bénéficier ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Pouvez-vous décrire/présenter l'organisation, le contenu et les intervenants dans les séances ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. L'ETP a-t-elle répondu à vos attentes ? Qu'est ce qui, pour vous, vous a le plus apporté ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous allons maintenant nous centrer sur l'action de l'ergothérapeute au sein de ce programme d'ETP :

8. Quelle était l'action de l'ergothérapeute ? (Thème, type de séance, activités proposées, ...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. A travers l'intervention de l'ergothérapeute, qu'est ce qui a été le plus marquant/ intéressant pour vous ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10.À domicile, avez-vous pu mobiliser des notions acquises lors des séances d'ETP avec l'ergothérapeute ? Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Quel impact a eu l'ETP à votre domicile/au quotidien ? Pouvez-vous spécifier

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Qu'auriez-vous souhaité apprendre/travailler en plus lors des séances d'ETP ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Auriez-vous souhaité que l'ergothérapeute intervienne à votre domicile ? Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci du temps que vous m'avez accordé pour répondre à ce questionnaire, qui m'aidera grandement pour la rédaction de mon mémoire.

Annexe VI. Réponses au questionnaire écrit

Réponses au questionnaire

	Participant A	Participant B	Participant C	Participant D	Participant E
Question n°1	Homme, 65 ans, vie maritale, auxiliaire de vie	Homme, 53 ans, pacsé, invalidité	Femme, 38 ans, célibataire, réceptionniste	Femme, 59 ans, mariée, hortultrice	Homme, 47 ans, marié, chômage
Question n°2	À 40 ans	Depuis 20 ans	Depuis 6 ans	En 2010	En 2008
Question n°3	1 an en ambulatoire 2 mois de cure thérapeutique en centre clos	Plusieurs cures et postcures en séquentiel Séjour en hôpital psychiatrique	Consultation médecin Cure addiction en hôpital psychiatrique	Alcooliques Anonymes depuis 11 ans Hôpital de jour addictologie pendant 1 an	Cures Hôpital de jour psychiatrie Alcooliques Anonymes
Question n°4	En centre thérapeutique résidentiel Sophrologie, approche de la Programmation Neurolinguistique (PNL) Sophrologue, ergothérapeute, professeure d'art	En cure addictologie et hôpital psychiatrique Avec ergothérapeute	En hôpital psychiatrique en cure addiction	Service addictologie Infirmière et ergothérapeute	Addictologie en hôpital de jour Ergothérapeute et infirmière
Question n°5	Retrouver un équilibre de manière générale	Apprendre à occuper le temps, créer des paniers, des bracelets	Stopper la consommation pour vivre comme avant, mieux pouvoir travailler	Retrouver de la patience, de la concentration et de l'estime de soi	Retrouver de la confiance en soi, occuper son temps à domicile, abstinence
Question n°6	3 séances par semaine Contenus en évolution et suivi permanent 2 intervenants	Présentation des ateliers, activités et but des séances par ergothérapeute	Plusieurs séances par semaine Ergothérapeute, médecin, psychologue et sport	Accueil, déroulé des séances cadrées Respect des horaires et autres participants Obligation de choisir un atelier non maîtrisé	2 séances par semaine avec ergothérapeute ou infirmière Explication des séances
Question n°7	Oui, reprise de confiance en soi et en ses capacités, maîtrise de son	Oui, apprendre à se concentrer, à être minutieux et à occuper le temps	Oui, apprendre à faire autre chose que boire, parler de ses problèmes,	Oui, découverte de sa personnalité et des déficiences à traiter	Oui et non, reprise de confiance en soi, baisse de la consommation

	organisme physique		apprendre des choses sur la maladie, pouvoir s'occuper		mais difficile de s'occuper à domicile
Question n°8	Respiration, lâcher-prise, concentration 1 à 2h par semaine Individuel ou groupe Équilibre alimentaire, bien être et soins personnels	Création, activités de réflexion sur ordinateur, jeux de société	Activités créatives, communication à travers jeu de rôle En groupe	Travail sur soi pour mettre en évidence les défauts de caractère Atelier sculpture sur bois, aquarelle, modelage sur terre	Activités manuelles, peinture, sculpture, poterie En groupe
Question n°9	Reprise de confiance en ses possibilités, confiance en soi	Retrouver de l'autonomie, être fière de ses réalisations	Reprise de confiance en soi, s'occuper autrement, communiquer	Mise en évidence des défauts de caractère (impatience, exigence profonde, manque de confiance en soi)	Plus de concentration et d'estime de soi : pouvoir réaliser des choses seul
Question n°10	Oui, techniques de sophrologie, multitudes d'exercices	Oui, achat de matériel et osier pour continuer à faire des paniers, idem pour le macramé	Un peu, activités créatives	Gérer avec patience et amour une adolescente en dérive, échanger plus avec le conjoint, meilleure appréhension des problèmes administratifs	Concentration, patience et confiance en soi
Question n°11	Sérénité et bien-être au quotidien et dans les moments à forte émotion	Reprise du petit bricolage en étant calme et appliqué	Moins d'angoisses, s'occuper mieux de soi et de son appartement	Idem	Plus calme et concentré Toujours beaucoup de difficultés lorsque seul au domicile
Question n°12	Aller plus loin dans les techniques de respiration	Faire de la poterie (activité expérimentée et appréciée en postcure)	Avoir des techniques pour les moments de moins bien à domicile	Amoureuse des activités manuelles, plus de temps au quotidien pour les poursuivre	Savoir quoi faire lorsque seul la journée (chômage)

<p>Question n°13</p>	<p>Option qui n'était pas au programme mais qui aurait été appréciée</p>	<p>Aurait pu être un plus dans le cadre du suivi</p>	<p>Non évoqué mais oui car sentiment d'abandon à domicile, vivant seule Dur à gérer quand ça ne va pas</p>	<p>Oui pour encore plus d'échanges constructifs</p>	<p>Oui, mieux savoir occuper son temps lorsque seul pour éviter de « replonger »</p>
---------------------------------	--	--	--	---	--

Abstract

Objective. Studies show that there is very little post-hospitalization follow-up of alcohol-dependent individuals, which explains the high relapse rate. The aim of this research was to see if the intervention of an occupational therapist in a therapeutic patient education (TPE) program for alcohol-dependent persons allowed the prevention of relapse and thus the maintenance in the living environment by acting on the latter.

Methods. Five alcohol-dependent people who had followed a TPE program with the intervention of an occupational therapist were interviewed through a written questionnaire. These responses were the subject of a longitudinal qualitative analysis.

Results. This study revealed a lack of TPE in addictology and the rarity of the intervention of an occupational therapist even though they seem to have a positive effect through the recovery of self-confidence, concentration and time management in daily life.

Discussion. Occupational therapy intervention in TPE can provide patients with better daily management and self-control, but more benefits could be achieved by allowing occupational therapists to intervene at home.

Key words: Alcohol dependence – Therapeutic Patient Education – Occupational Therapy – Relapse prevention

Résumé

Objectif. Les études montrent qu'il y a très peu de suivi après hospitalisation des personnes alcoolodépendantes expliquant le taux de rechute élevé. Le but de cette recherche est de voir si l'intervention d'un ergothérapeute dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour personnes alcoolodépendantes permet la prévention de la rechute et donc le maintien en lieu de vie en agissant sur ce dernier.

Méthode. Cinq personnes alcoolodépendantes ayant suivi un programme d'ETP avec l'intervention d'un(e) ergothérapeute ont été interrogés à travers un questionnaire écrit. Ces réponses ont fait l'objet d'une analyse qualitative longitudinale.

Résultats. Cette étude a révélé un manque d'ETP en addictologie et la rareté de l'intervention d'un(e) ergothérapeute qui semble pourtant avoir un effet positif à travers la reprise de confiance en soi, la concentration et la gestion du temps au quotidien.

Discussion. L'intervention de l'ergothérapeute en ETP peut permettre aux patients une meilleure gestion du quotidien ainsi qu'un meilleur contrôle de soi, mais plus de bénéfices pourraient être obtenus en permettant aux ergothérapeutes d'intervenir à domicile.

Mots-clés : Alcoolodépendance – Éducation Thérapeutique du Patient – Ergothérapie – Prévention de la rechute