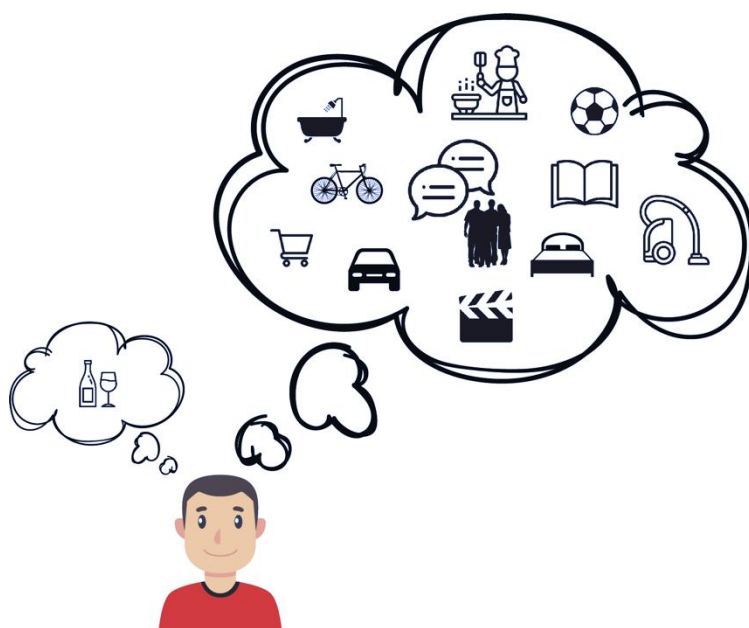


**Institut Limousin de FORMation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

**État des lieux de la prise en soin en ergothérapie en vue de la
reprise des activités de la vie quotidienne avec les patients
alcoolodépendants**

Mémoire présenté et soutenu par
CHEZEAUD Pauline

En juin 2019



**Mémoire dirigé par
PEYLET Céline**
Ergothérapeute
Centre Hospitalier Esquirol

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée et soutenue lors de l'élaboration de ce mémoire :

Ma directrice de mémoire, Céline PEYLET, pour ses conseils et ses encouragements tout au long de ce travail.

Notre référent universitaire, Stéphane MANDIGOUT, pour tous ses conseils et le temps qu'il m'a consacré.

L'équipe pédagogique de la filière ergothérapie de l'Institut Limousin de FORMATION aux METIERS de la Réadaptation de Limoges, Monsieur SOMBARDIER, Monsieur TOFFIN, et Madame DEVANNEAUX ainsi que l'équipe administrative pour leur accompagnement au cours de ces trois années de formation.

Les professionnels qui m'ont permis de mener à bien cette recherche.

Les ergothérapeutes rencontrés lors de mes différents stages pour leur accueil, leur gentillesse et leur professionnalisme.

Mes remerciements s'adressent également à mes formidables camarades de promotion, sans lesquels mes trois années de formation n'auraient pas été les mêmes.

Je souhaite enfin remercier tout particulièrement ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenue de près comme de loin.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

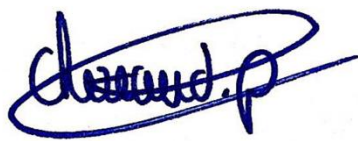
Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée CHEZEAUD Pauline

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

**Et certifie que le mémoire présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra
être cité sans respect des principes de cette charte.**

Fait à Limoges, Le jeudi 23 mai 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Chezeaud P.', enclosed within a blue oval scribble.

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapie
Session de juin 2019
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée CHEZEAUD Pauline
Étudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : jeudi 23 mai 2019

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Chezeaud P.', enclosed within a large, loopy blue oval stroke.

Table des abréviations

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

AOTA : Association américaine des ergothérapeutes.

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne.

CIM : Classification Internationale des Maladies.

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

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

FRA : Fondation pour la Recherche en Alcoologie.

HDJ : Hôpital De Jour.

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

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives.

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine.

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PEOP : Personne, Environnement, Occupation, Performance.

SFA : Société Française d'Alcoologie.

SPF : Santé Publique France.

SSRA : Service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie.

Table des matières

Introduction	11
Cadre théorique.....	12
1. L'addiction.....	12
1.1. Historique	12
1.2. Données actuelles.....	12
1.3. Classifications de l'addiction.....	12
1.4. Caractéristiques cliniques.....	13
1.5. Diagnostic	14
1.6. Les différents types d'addiction	15
1.6.1. Les addictions sans substances ou comportementales.....	15
1.6.2. Les addictions avec substances.....	15
1.7. De l'usage à la dépendance	15
2. L'alcoolodépendance	17
2.1. Définition	17
2.2. La consommation d'alcool du point de vue de la société	18
2.3. Le diagnostic	19
2.4. Les mécanismes neurobiologiques mis en jeu.....	20
2.5. Les répercussions multifactorielles de l'alcool sur la personne	22
2.5.1. Sur le plan médical.....	22
2.5.2. Sur le plan psychologique	23
2.5.3. Sur le plan social.....	23
3. La prise en soin de l'alcoolodépendance en France.....	24
3.1. Le parcours de soin d'un alcoolodépendant	24
3.2. Les différents dispositifs d'accompagnement.....	25
3.3. Une équipe autour du patient alcoolodépendant.....	26
3.3.1. Les intérêts d'une prise en soin avec les patients alcoolodépendants	26
3.3.2. Les différents acteurs mobilisés	27
3.3.3. La dynamique d'interprofessionnalité	27
3.3.4. La pluralité des moyens d'accompagnement non-médicamenteux.....	27
3.4. L'accompagnement en ergothérapie	28
4. Vers la reprise des activités de la vie quotidienne des patients alcoolodépendants	29
4.1. Les activités de la vie quotidienne	29
4.2. Lien avec l'alcoolodépendance.....	30
4.3. L'autonomie.....	30
4.4. L'ergothérapeute : acteur du quotidien	30
5. Du cadre théorique à la problématique	32
Méthodologie.....	33
1. Population d'étude	33
1.1. Choix de la population d'étude	33
1.2. Critères d'inclusion et de non inclusion.....	33
2. Objectifs de la recherche et outil	33
2.1. Justification du choix de l'outil : questionnaire auto-administré	33
2.2. Construction de l'outil	34
3. La démarche expérimentale.....	35
Résultats	36

1. Présentation de la population interrogée et caractéristiques des patients accueillis	36
2. Processus d'intervention en ergothérapie en vue de la reprise des AVQ avec les patients alcoolodépendants	38
3. Inclusion au sein d'une dynamique interprofessionnelle	42
Discussion	43
1. Analyse de l'étude	43
1.1. Rappel de la problématique et des objectifs visés	43
1.2. Vérification des hypothèses	44
2. Limites rencontrées	48
3. Perspectives envisagées	48
Conclusion	50
Références bibliographiques	51
Annexes	55

Table des illustrations

<i>Figure 1 : Les différentes classifications internationales</i>	<i>13</i>
<i>Figure 2 : Les facteurs de risque influençant le développement d'une addiction.....</i>	<i>14</i>
<i>Figure 3 : L'aspect progressivement envahissant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool sur la vie de l'individu</i>	<i>22</i>
<i>Figure 4 : Composition des équipes</i>	<i>37</i>
<i>Figure 5 : Moyenne estimée par les ergothérapeutes du niveau de difficulté rencontré par les patients dans la réalisation de leurs AVQ.....</i>	<i>37</i>
<i>Figure 6 : Évaluation systématique des capacités des patients dans leurs AVQ.....</i>	<i>39</i>
<i>Figure 7 : Méthodes d'évaluation des capacités des AVQ.....</i>	<i>39</i>
<i>Figure 8 : Classement des domaines abordés dans les AVQ</i>	<i>40</i>
<i>Figure 9 : Objectifs thérapeutiques visés par les ergothérapeutes dans un travail autour de l'axe des AVQ auprès des personnes alcoolodépendantes</i>	<i>40</i>
<i>Figure 10 : Moyens thérapeutiques mis en œuvre pour travailler sur les AVQ.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 11 : Type d'intervention privilégiée par l'ergothérapeute dans la reprise des AVQ.....</i>	<i>41</i>

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Année(s) de pratique dans le domaine de l'addictologie</i>	<i>36</i>
<i>Tableau 2 : Les missions de l'ergothérapeute</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 3 : Les missions des autres professionnels.....</i>	<i>42</i>

Introduction

Les addictions font l'objet d'un réel défi sociétal, étant encore en pleine évolution sur le plan théorique, clinique et thérapeutique. En effet, l'addiction est une conduite humaine complexe, au carrefour de multiples domaines, dont les sciences humaines, la neurobiologie et la clinique médicale et psychiatrique. Le développement d'un comportement addictif est inclus dans une interaction entre une substance ou un comportement, des facteurs de vulnérabilité personnels et un environnement le favorisant plus ou moins.

C'est à la suite d'un stage de deuxième année dans un service de soins de suite et de réadaptation en addictologie, que je me suis particulièrement intéressée à la prise en soin des personnes dépendantes à l'alcool. J'ai pu découvrir les spécificités de l'alcoolodépendance et apprécier chaque problématique et histoire de vie qui peuvent amener la personne à souffrir d'un trouble addictif. La mise en place d'un projet de soin individualisé et l'accent placé sur la relation de confiance m'ont tout particulièrement attirée dans cet accompagnement. L'alcoolodépendance m'a fortement interrogée et m'a incitée à approfondir d'avantage ce domaine.

Notre étude sera donc essentiellement dirigée vers un seul type d'addiction aux substances : l'alcoolodépendance. En France, la consommation d'alcool est intégrée aux pratiques culturelles mais elle reste une substance psychoactive pouvant être à l'origine de risques sanitaires et sociaux majeurs. En effet, d'après le rapport du bulletin épidémiologique hebdomadaire de février 2019, l'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable avec 41 000 décès par an.(1) Beaucoup d'idées reçues sur « l'alcoolisme » sont présentes dans notre société. Cependant, la personne souffrant de dépendance à l'alcool se retrouve « esclave » du produit et est ainsi très fragilisée. L'alcoolodépendance est indéniablement à l'origine de handicap, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violences et de précarité générant une importante souffrance.

Ainsi, après le temps de la « crise », vient celui de la reconstruction de la personne. Un accompagnement par une équipe spécifique en addictologie composée de multiples professionnels est alors indispensable. L'alliance thérapeutique est un élément essentiel que le thérapeute se doit d'instaurer avec le patient dépendant afin d'avancer ensemble dans la résolution des problèmes. L'engagement du patient dans sa prise en soin est également primordial.

Le quotidien d'une personne alcoolodépendante est bouleversé par l'omniprésence du produit et par ses conséquences. Imaginez que toutes vos activités soient exclusivement liées à l'alcool et qu'il soit votre unique source de plaisir, que feriez-vous ? Ne serait-il pas envisageable de rompre ce cercle vicieux et retrouver une meilleure qualité de vie, en amenant la personne à une reprise progressive de ses activités de la vie quotidienne (AVQ) ? Elles constituent en effet une part importante de tout un chacun et reflètent en partie notre identité. L'ergothérapeute, expert de l'activité humaine, promeut la santé à travers l'activité. Ainsi, cela nous amène à nous interroger sur la façon dont l'ergothérapeute, de par son approche occupationnelle, accompagne les patients alcoolodépendants en vue de maintenir leur abstinence.

Cadre théorique

1. L'addiction

1.1. Historique

Apparu en France à la fin du XX^{ème} siècle, le terme « addiction » a été formé à partir d'un terme latin « *addictus* » qui signifie littéralement « dit à », dans le sens d'attribuer quelque chose à quelqu'un. Par la suite, à l'époque romaine, ce concept fut utilisé pour exprimer le fait que l'esclave était « *addictus* » c'est à dire « affecté » à tel maître.(2) Plus tard, la terminologie du terme addiction a évolué en donnant le sens de « contrainte par le corps ». Dans le domaine médical et psychiatrique, le sujet addict à un produit devient esclave de ce produit. La notion d'esclavage démontre l'absence d'indépendance et de liberté.(2)

Dans un premier temps, les comportements addictifs sont rassemblés par le suffixe « -isme », comme par exemple l'alcoolisme, soulignant l'appartenance à un système. Puis, dans un second temps, ils sont rassemblés par le suffixe « -manie » (toxicomanie) qui met en avant l'aspect compulsif du comportement. Enfin, en 1964, le terme de dépendance succède à celui de toxicomanie.(2)

Au début des années 2000, la notion d'addiction, qui a une connotation davantage liée au comportemental, remplace les termes de toxicomanie et d'alcoolisme qui, quant à eux s'intéressent plus au produit.

1.2. Données actuelles

Les addictions ne représentent pas un « fléau social » ni un « problème moral », mais elles constituent une maladie reconnue.(3)

En France et dans de nombreux autres pays européens, l'addiction constitue un réel enjeu de santé publique de par les risques de santé qu'elle engendre, mais également les risques sanitaires et sociaux (problèmes financiers, problèmes judiciaires, isolement, arrêt du travail...) qui ne sont pas négligeables.(4) Face à ce problème de santé publique, l'État met en place des mesures regroupées au sein de plans addictions, dont les plus récents sont ceux de 2007-2011, 2013-2017, et récemment celui de 2018-2022. Dernièrement, par l'arrêté du 25 octobre 2006, l'addiction a donné son nom à la discipline « addictologie » qui est apparue dans les sept sous-sections de la filière de formation médicale universitaire.(5)

En 1990, Aviel Goodman, tente de définir le terme d'addiction comme un « *processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ». (6) La complexité de l'addiction provient autant de la variabilité de ses facteurs que de son évolution progressive et de sa gravité fluctuante selon les personnes.

1.3. Classifications de l'addiction

Le domaine de l'addictologie est recensé dans deux classifications internationales. La première est la classification américaine des troubles mentaux, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), actuellement à la cinquième version. La seconde est la Classification Internationale des Maladies (CIM) avec dix versions, mise au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les critères du DSM-IV et de la CIM-10 apportent une approche catégorielle avec une classification en catégories d'usage (consommation non pathologique, abus/usage nocif, dépendance). Ces deux classifications font la distinction entre l'utilisation nocive pour la santé et la dépendance, tandis que les critères actuels du DSM-V donnent lieu à une approche dimensionnelle à partir d'une catégorisation par gravité progressive allant d'un usage à risque, puis en passant par une addiction légère (2 à 3 critères), modérée (4 à 5 critères) à une addiction sévère (6 critères et plus) qui correspond à une dépendance. Cette différence est illustrée par la figure ci-dessous. (7)

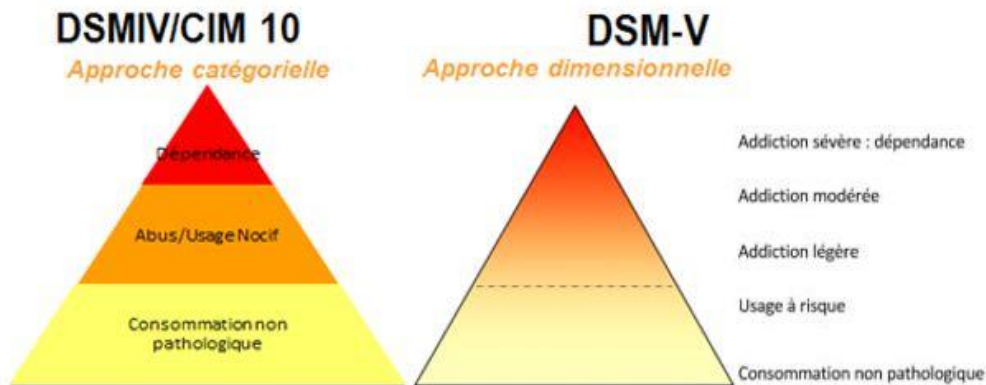


Figure 1 : Les différentes classifications internationales

Le passage du DSM-IV au DSM-V a entraîné d'importants changements, par cette nouvelle approche et l'apparition du terme « trouble de l'usage de substance » plus global, regroupant les catégories diagnostiques d'abus et de dépendance. « Le trouble de l'usage de substance » a été établi à partir de onze critères permettant de déterminer le niveau de gravité, sachant que le seuil pour retenir le diagnostic a été placé à 2 critères (*annexe 2*). Un nouveau chapitre dénommé « troubles liés aux substances et aux addictions » reprend à la fois les troubles de l'usage de substances et les addictions comportementales comme le jeu pathologique. Dans cette nouvelle classification du DSM-V, l'envie irrésistible d'utiliser la substance appelée le *craving* a été ajoutée comme un nouveau critère pour son rôle dans la rechute et son importance dans l'approche thérapeutique.

1.4. Caractéristiques cliniques

Initialement, les conduites addictives étaient expliquées par la consommation d'un produit, elles sont désormais définies par un comportement.(9)

La survenue de l'addiction est déterminée par la génétique et, de façon importante, par l'environnement de la personne (l'environnement socio-familial, la situation professionnelle, l'éducation, etc...). Ainsi, l'apparition de l'addiction correspond à une interaction tripartite entre des facteurs à la fois spécifiques au produit (pouvoir addictogène, complications, statut, etc...), individuels (génétiques, biologiques, psychologiques, psychiatriques, etc...) et environnementaux (famille, social, pairs). C'est pourquoi, au vu de l'individualité et de la diversité des facteurs de vulnérabilité face à cette maladie, nous ne sommes pas tous égaux face au risque de l'addiction. Par ailleurs, la présence d'un trouble psychiatrique augmenterait de façon importante les risques d'avoir un trouble de l'usage de substances.(10)

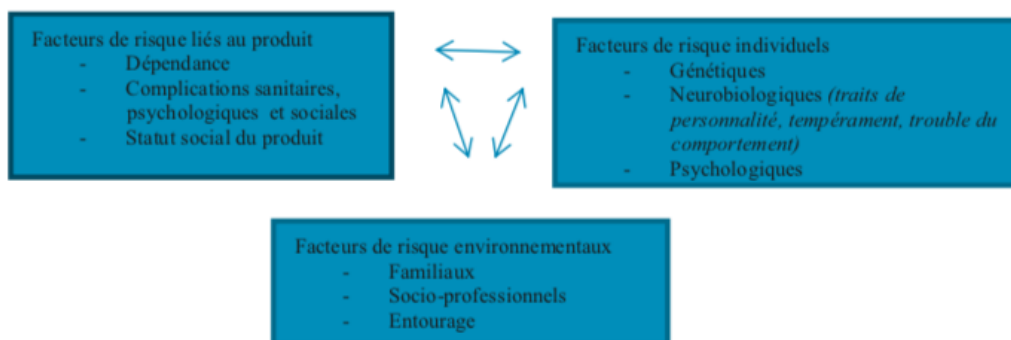


Figure 2 : Les facteurs de risque influençant le développement d'une addiction

Pour faire la distinction entre l'usage à risque, et l'addiction, Goodman établit en 1990 les six critères principaux d'un comportement addictif (*annexe 1*).⁽⁶⁾ La chronicité, l'évolution par rechutes, et l'apparition d'un état émotionnel négatif en l'absence du produit sont caractéristiques d'un syndrome addictif.⁽¹¹⁾

Nous pouvons retrouver trois grands ensembles de symptômes influençant les troubles addictifs ⁽¹²⁾ :

- Des symptômes comportementaux : la perte de contrôle, l'impossibilité croissante d'arrêter ou de réduire son comportement addictif, et le craving qui représente l'envie irrésistible de réaliser le comportement addictif.
- Des répercussions sociales et/ou médicales : les conséquences sociales comme l'isolement, la stigmatisation, la perte d'emploi, les problèmes financiers ; et les conséquences médicales qui sont propres au type d'addiction.
- Des symptômes pharmacologiques principalement retrouvés pour les troubles liés à l'usage de substances : les phénomènes d'adaptation cérébrale progressive qui entraînent le phénomène dit de tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour avoir les mêmes effets) et enfin le sevrage propre au type de substance. Il est important de noter que cette dernière catégorie de symptômes n'est pas nécessaire pour pouvoir parler d'addiction.

1.5. Diagnostic

La répétition compulsive d'une activité, sa persistance malgré ses conséquences néfastes et l'obsession pour celle-ci, représentent trois critères clés pour poser un diagnostic clinique d'addiction.⁽²⁾ Un test reprenant par des questions les onze critères de la catégorie « trouble lié à l'usage de substances » (TLUS) du DSM-V permet de calculer un score de gravité par rapport à la consommation d'une substance sur douze mois.

Le repérage d'une addiction peut être réalisé de façon objective par d'autres professionnels que les médecins avec l'utilisation de tests, ou encore d'exams. Suite aux tests de dépistage, seuls les médecins pourront poser le diagnostic en cas de conduites addictives à partir des critères fixés par les instances de santé dans le DSM ou la CIM.

Il est essentiel après l'annonce du diagnostic, d'être dans une démarche éducative où l'on accompagne la personne dans cette réduction ou dans l'arrêt de cette consommation à long terme. Pour cela, la Haute Autorité de Santé, propose aux médecins de recueillir par le

biais de trois échelles, la motivation de la personne, la confiance qu'elle accorde dans la réussite de ce changement, et si c'est le bon moment pour l'entreprendre.(13)

1.6. Les différents types d'addiction

Aujourd'hui, les addictions sont scindées en deux catégories distinctes : les addictions comportementales ou dites sans substances (jeux d'argent, activité physique, etc.) et les addictions avec substances (tabac, alcool, drogues, médicaments, etc.). Elles atteignent toutes deux de façon importante les personnes dépendantes elles-mêmes, leur entourage et également de façon plus globale l'ensemble de la société.(14)

1.6.1. Les addictions sans substances ou comportementales

Au-delà des dépendances classiques à des substances (drogues, tabac, alcool), une multitude de conduites qui entraînent des dépendances, sans la présence de toxique peuvent être relevées. Nous pouvons ainsi être dépendants aux aliments (boulimie), aux jeux d'argent et vidéo, aux achats, à la sexualité, au travail ou encore à l'activité physique.

L'inclusion du « trouble lié aux jeux d'argent et de hasard » dans le DSM-V, démontre l'évolution du concept de dépendance aux substances qui s'élargit en tenant compte des addictions comportementales désormais reconnues. D'autres dépendances comportementales comme l'addiction à internet sont amenées à être introduites au sein du DSM dans l'attente de données scientifiques probantes.(8)

De nombreuses similitudes sont retrouvées sur le plan neurobiologique, comportemental, clinique (comorbidités et critères de vulnérabilité communes), ou encore socio-environnemental entre les addictions comportementales et les addictions aux substances.(12)

1.6.2. Les addictions avec substances

Pour les addictions avec substances, nous pouvons utiliser à la fois le terme de « dépendance » de la CIM-10 ou le terme du DSM-V : « trouble lié à l'usage de substances psychoactives ». D'après l'OMS, une substance est dite psychoactive lorsque sa consommation entraîne des altérations des processus mentaux telles que les fonctions cognitives ou l'affect.(12) Ces addictions peuvent être liées à une substance psychoactive licite (tabac, alcool, médicaments, etc...) ou alors illicite (cannabis, cocaïne, amphétamines, ...). Les répercussions de ce type d'addiction représentent une réelle problématique de santé publique en France comme dans le monde. Dans le cadre des addictions avec substances nous pouvons voir une évolution graduée du trouble mis en évidence par la classification internationale des maladies mais aussi d'une façon différente dans le diagnostic.

1.7. De l'usage à la dépendance

L'addiction apparaît progressivement de façon insidieuse et son évolution est propre à chaque individu. D'après la communauté scientifique internationale, l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance sont définis comme étant trois types de comportements de consommation de substances psychoactives (11) :

- L'usage simple (ou occasionnel) n'est pas catégorisé dans les classifications internationales, étant donné qu'il n'est pas envisagé sous un angle pathologique et n'entraîne pas de dommages. Les personnes amenées à avoir ce mode de consommation sont souvent des consommateurs réguliers étant dans le déni ou la banalisation de leur niveau d'intoxication et des conséquences psychologiques, physiques et sociales. Au contraire, en France, le concept d'usage à risque, qui constitue un facteur de risque et non un trouble addictologique, est caractérisé par la mise en danger du sujet ou d'une tierce personne par sa consommation, comme par exemple, la consommation d'alcool lors d'une grossesse, ou encore la conduite automobile sous l'emprise de l'alcool. L'usage à risque représente le premier stade du mésusage de l'alcool, susceptible d'évoluer ou pas vers un trouble lié à l'usage de l'alcool.(12)
- L'abus (ou usage nocif selon la CIM-10), défini par le DSM-IV(12), se caractérise par la consommation répétée, entraînant des dommages sur le plan médical (psychiatrique et somatique), psychoaffectif ou social, aussi bien pour le sujet lui-même que pour son environnement. Par exemple, l'abus d'alcool représente un facteur négatif qui favorise le développement de certains cancers et peut entraîner de nombreuses maladies hépatiques comme la stéatose. L'alcool est la seule substance où il existe une quantité précise définissant le seuil de nocivité permettant de distinguer l'usage simple de l'usage à risque. Ce diagnostic peut être posé à partir d'un seul critère. Ces différents symptômes cités n'atteignent pas le stade de la dépendance étant donné que le sujet est en capacité de moduler sa consommation, voire de l'arrêter quand il le désire.
- La dépendance (appelée aussi trouble de l'usage dans le DSM-V) est un comportement addictif distinct de celui de l'abus. À la différence de l'abus, pour le sujet dépendant il est impossible de s'abstenir face à la consommation. La dépendance s'exprime à la fois sur le plan psychique et sur le plan physique. L'alcoolodépendance est reconnue comme la forme la plus sévère des troubles liés à l'usage de l'alcool.(16)

Pour la CIM-10, l'usage nocif et la dépendance représentent les deux types de troubles liés à l'usage de substance. (12) Dans la nouvelle version du DSM, le DSM-V, l'abus (aussi appelé usage nocif) et la dépendance ont été regroupés en une seule catégorie nommée « trouble lié à l'usage de substance » (« *alcohol-use disorders* »). La notion d'intensité du trouble de l'usage de substance (TUS) est cotée dans ce cas par un score : score < 2 absence de TUS, score de 2 à 3 : intensité légère, score de 4 à 5 : intensité modérée et score ≥ 6 : intensité sévère. (8)

Ainsi, il existe de nombreuses addictions dont une des deux les plus répandues concerne l'alcool puisqu'elle représente la substance psychoactive la plus courante. (17) Le fort contexte socio-historique autour de l'alcool et sa singularité font de lui une réelle problématique qui touche une grande partie de la société.

2. L'alcoolodépendance

D'après Santé publique France, l'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac(18). En effet, en 2015, selon l'INSERM, l'alcool était responsable de 41 000 décès par cancer, maladies cardiovasculaires, digestives, accidents et suicides en France.(17)

Au niveau mondial, l'alcool constitue le troisième facteur de risque de morbidité après l'hypertension, et le tabac.(12) D'après le rapport de l'OMS en 2018 sur l'état de la situation mondiale au sujet de l'alcool et de la santé, 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes souffrent d'un trouble lié à la consommation d'alcool avec une prévalence plus élevée, relevée en Europe puis en Amérique.(19)

Le monde, l'Europe et l'État français sont touchés et mettent donc en place des textes de lois régissant la consommation et la fabrication de l'alcool. De plus, des mesures sanitaires, sociales, éducatives et préventives permettent de réduire le nombre de personnes affectées par cette maladie et de limiter les répercussions des pratiques addictives sur l'individu et la société.

2.1. Définition

En 1849, Magnus Huss a remplacé le terme d' « ivrognerie » par celui d'« alcoolisme » représentant l'ensemble des faits pathologiques en lien avec la consommation d'alcool.(2) L'association des Alcooliques Anonymes (AA) s'est mise en place vers les années 1930, en défendant l'alcoolisme comme une maladie comportementale. Puis en 1955, Pierre Fouquet, fondateur de l'alcoolologie française, définit la dépendance alcoolique comme « *la perte de la liberté de s'abstenir* »(20), ce qui met en avant la perte de libre arbitre et la notion de contrainte.

Le syndrome d'alcoolodépendance est une maladie complexe, multifactorielle, entraînant de nombreuses conséquences par rapport à la sphère privée, professionnelle mais également de façon plus large la sphère sociétale.(21) Une personne est dite alcoolodépendante lorsque elle ne peut plus contrôler sa consommation d'alcool et qu'elle continue à boire malgré les répercussions néfastes sur sa santé, son entourage, et sa vie professionnelle. L'alcoolodépendance est une réelle maladie caractérisée par sa gravité, par ses répercussions multiples et une évolution progressive et spécifique à chaque individu.

L'OMS utilise par le biais de la CIM-10 le terme de « dépendance à l'alcool » et reconnaît l'alcoolodépendance dans la catégorie « troubles mentaux et troubles comportementaux ». Le syndrome de dépendance est vu selon la CIM-10 comme un « *ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et psychologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis à vis des autres activités* ». (22) Le diagnostic est posé s'il y a la présence d'au moins trois critères sur les six sur une période de douze mois (annexe 3). L'association psychiatrique américaine utilise le terme de « trouble de l'usage de l'alcool » pour définir l'alcoolodépendance dans le DSM-V. Ce trouble est défini à partir de onze critères comprenant trois niveaux de sévérité (faible : au moins deux critères, modéré : au moins quatre et sévère au moins six).

Nous pouvons distinguer deux types de dépendance :

- La dépendance dite « psychologique ou psychique » qui se rapporte à la consommation incontrôlée et l'envie irrésistible de consommer de l'alcool.(22)
- La dépendance « physique ou physiologique » qui fait référence à l'état de « manque » entraînant les symptômes de sevrage, et à la notion de tolérance, c'est à dire le besoin d'une consommation plus importante d'alcool pour en obtenir l'effet désiré. Ce type de dépendance fait appel à des notions de biologie.(9)

2.2. La consommation d'alcool du point de vue de la société

Depuis l'Antiquité, les boissons alcoolisées sont connues et sont ancrées dans nos cultures. De ce fait, « *boire de l'alcool est un acte courant, standard, dont on tient d'ailleurs à exprimer le caractère autorisé et non répréhensible* ». (23) Selon les chiffres de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, seuls 7% de la catégorie des 18-75 ans n'ont jamais consommé d'alcool. La substance psychoactive la plus consommée par la population générale adulte est l'alcool.(12) D'après le rapport relatif à l'évolution du discours public sur la consommation d'alcool en France, les représentations associées à l'alcool sont d'ordre positifs avec une notion prédominante de plaisir et de convivialité.(23) Cependant, l'alcool est une substance psychoactive dont l'utilisation fréquente et chronique peut entraîner une dépendance.

Pour cacher la réalité de cette maladie, l'opinion générale préfère relativiser le risque possible et se rattacher à des profils caricaturaux qui ne représentent en aucun cas la majorité des personnes touchées : le « mari violent », « la femme déchue », « le poivrot », « le jeune fêtard », « le clochard alcoolodépendant ». (24) Une enquête menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en 2012 sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) démontre que les français sont dans le déni et sous-estiment les risques liés à l'alcool : seulement 11% des français interrogés considèrent l'alcool comme dangereux dès sa première utilisation et 74% le reconnaissent comme dangereux lors de son usage quotidien. Les données de cette étude, illustrent aussi le fait que l'alcool n'est pas reconnu comme ayant un fort pouvoir addictif, étant donné que les français le placent en majorité comme une substance moins addictive que le tabac et la cocaïne.(25) L'addiction à l'alcool est connotée négativement par les français, qui ne la considèrent pas assez comme une réelle maladie mais plutôt comme une « faiblesse humaine » . D'après les données de l'EROPP, ils attribuent une part de responsabilité aux personnes dépendantes aux substances psychoactives telles que l'alcool.(25)

Par ailleurs, il existe un usage simple d'alcool pouvant provoquer des risques moindres selon certains seuils.(12) Les autorités de santé ont revu en 2017 ces repères de consommation qui étaient peu connus, mal compris et peu influents. Le groupe d'expert SPF (Santé Publique France)-INCa (Institut National du Cancer) s'est donc interrogé sur la notion de risque acceptable en prenant en compte le risque cancérigène et en se basant sur l'étude de la mortalité « vie entière ». Ils en ont défini des repères de consommation à moindre risque pour la santé fixés à deux verres maximum par jour, dix verres maximum par semaine et la nécessité d'avoir des jours dans la semaine sans consommation. Malgré l'existence de ces repères, il faut savoir que même une consommation d'alcool à faible dose peut engendrer des risques sur la santé.(26)

2.3. Le diagnostic

Le trouble de l'usage de l'alcool est difficilement repérable de façon précoce étant donné que les personnes sous-estiment voire dissimulent leur consommation. C'est pourquoi, les professionnels de proximité, les acteurs de soins primaires, comme les médecins généralistes et les infirmiers sont des acteurs privilégiés dans le repérage des problèmes d'alcool. Ce repérage précoce doit être fait selon des circonstances évocatrices (hypertension artérielle, troubles du sommeil, altérations de l'état général, asthénie) à partir d'un interrogatoire définissant notamment la quantité hebdomadaire d'alcool consommée, la fréquence et si les seuils sont dépassés, rechercher les causes de cette perte de contrôle.(12) Les plans gouvernementaux de 2007-2011 et de 2013-2017, appuient tous deux sur la nécessité d'améliorer la formation des professionnels de proximité dans le repérage de la dépendance, et également d'assurer un lien entre les médecins et les filières d'addictologie hospitalière.(27) (28)

Ce n'est pas le niveau de consommation qui caractérise le trouble lié à l'usage de l'alcool mais la présence de symptômes. Ainsi, l'évaluation addictologique se doit d'être complète en analysant à la fois les dommages médicaux, psychiatriques mais aussi sociaux-professionnels. Plusieurs facteurs influençant le développement de l'alcoolodépendance sont à prendre en compte : l'âge précoce du début de la consommation, la polyconsommation, la recherche d'ivresse, des difficultés scolaires, des problèmes sociaux, des problèmes psychiatriques, certains traits de personnalité (prise de risque).(29) L'adolescent est plus vulnérable aux conséquences de l'alcool sur le cerveau qui peut se développer jusqu'à l'âge de 25 ans.(17)

Pour diagnostiquer les problèmes liés à l'alcool, les professionnels de santé ont à leur disposition des questionnaires pour aborder la consommation et le dosage des marqueurs biologiques suspectant un trouble lié de l'usage d'alcool (les Gamma-Glutamyl Transférase, la Carbohydre Deficient Transferrin, le volume globulaire moyen des globules rouges, les transaminases, etc...).(30) Cependant les marqueurs biologiques n'ont qu'une faible sensibilité au repérage d'un trouble de l'usage d'alcool et doivent donc être utilisés en complément d'autres outils.(32)

Pour évaluer la consommation d'alcool et ses retentissements sur l'individu, il existe plusieurs types de questionnaires :

- Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) : forme française du test CAGE (*Cut off, Annoyed, Guilty, Eye-open*). Il est composé de quatre questions, dont la réponse positive à deux d'entre elles évoque un mésusage d'alcool voire une probable dépendance.(30)
- Le questionnaire AUDIT-C : représente la version courte du test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Il reprend uniquement les trois premières questions de l'AUDIT, les deux premières portant sur la consommation habituelle avec la fréquence et la quantité, et la troisième sur la fréquence des situations d'alcoolisation massives (au moins six verres lors d'une même occasion). Celui-ci permet de distinguer un usage simple d'un mésusage.(12) Avec un score supérieur à 3 chez la femme et à 4 chez l'homme, la consommation est dite à risque ou nocive, alors qu'un total supérieur à 10, signifie une probabilité de l'installation d'une l'alcoolodépendance.
- Le questionnaire AUDIT (Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool) : test simple de dix questions développé par l'OMS. Un score de 7 ou plus

chez les hommes et de 6 ou plus chez les femmes, permet d'envisager un mésusage de l'alcool. Un total des scores supérieur à 12 émet la possibilité d'une alcoolodépendance probable. D'après une étude réalisée par Gache et al, la fiabilité de ce questionnaire dans la version française a été reconnue, il est considéré comme un bon outil de dépistage dans le contexte de soins primaires d'abus et de dépendance à l'alcool.(32)

- Le questionnaire FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien) : test incluant cinq questions, à remplir lors d'un entretien, qui permet d'analyser la consommation sur les douze derniers mois et de déterminer la présence ou non d'une dépendance.(12)

Ainsi, les questionnaires, permettent de repérer un mésusage d'alcool et de débiter une relation d'aide, mais ne sont pas considérés comme de réels outils diagnostiques.

L'évaluation des conséquences sur le corps est envisagée comme par exemple les carences nutritives et les maladies du foie. De plus, par l'existence d'une corrélation entre l'alcoolodépendance et les troubles psychiatriques (exemples : dépression, anxiété sévère, risque suicidaire), leur évaluation doit également être envisagée.(33) Il est également nécessaire de rechercher une éventuelle dépendance à une autre addiction. Selon l'article du collège national des universitaires de psychiatrie de 2016, 80% des patients présentant une dépendance à l'alcool ont également une dépendance au tabac et 5% une dépendance à une autre substance telle que la cocaïne, le cannabis ou encore l'héroïne.(12)

Des troubles neuropsychologiques sont également mis en évidence chez la personne alcoolodépendante, par l'atteinte des circuits fronto-cérébelleux et du circuit de Papez. Ainsi, la mémoire épisodique, les fonctions exécutives, et les capacités motrices et de visuo-construction peuvent être altérées par la consommation chronique d'alcool sans pour autant atteindre le tableau du syndrome de Korsakoff. (34) En 2013, une étude réalisée par Vabret et al sur les profils neuropsychologiques des patients alcoolodépendants montre par le biais de ses résultats que 78% possèdent une atteinte d'au moins un domaine cognitif.(37) Pour évaluer les dysfonctions cognitives dans le cadre de l'alcoolodépendance, nous avons à notre disposition deux outils d'évaluation : la *Montréal Cognitive Assessment* (MoCA) et le *Brief Evaluation of the Alcohol-Related Neuropsychological Impairments* (BEARNI). Ces répercussions sur le plan neurologique, peuvent s'expliquer par des mécanismes neurobiologiques altérés par l'exposition chronique à l'alcool.

2.4. Les mécanismes neurobiologiques mis en jeu

Au cours des dernières années, la recherche tend à prouver que la dépendance serait une maladie du cerveau expliquée par l'altération de certains mécanismes cérébraux due à une exposition prolongée à l'alcool.(35) Selon le modèle de maladie de la dépendance établi par Volkow et al, la dépendance est divisée en trois étapes incluant des changements progressifs dans le cerveau caractéristiques de la dépendance (36) :

- La frénésie et l'intoxication :

La consommation chronique d'alcool, provoque une libération anormale et supérieure de dopamine au niveau du circuit de récompense. Ces fortes augmentations de dopamine entraînent un signal de récompense, provoquant un apprentissage, un conditionnement à des

stimulis notamment environnementaux associés à la consommation de l'alcool comme un lieu, des personnes, un moment de la journée. La répétition de ces stimuli associés peut conduire à une libération de dopamine anticipée, c'est à dire avant même la prise du produit motivant ainsi une consommation excessive. L'apprentissage, et la mise en mémoire sont favorisés par la neuroplasticité induite par la consommation répétée du produit. Les changements neuroplastiques sont situés au niveau de plusieurs zones du cerveau, comme le noyau accumbens (circuit du plaisir), le striatum dorsal (jouant un rôle dans le codage des habitudes et des routines), l'hippocampe (impliqué dans la mémoire), et le cortex préfrontal (concerné par la régulation automatique et la détermination de la signification).

- Le phénomène de sevrage et les effets négatifs :

Les personnes qui sont dans le stade de la dépendance ressentent une sensibilité inférieure aux sensations de plaisir liées ou non au produit par rapport à des sujets qui n'ont jamais consommé de drogues. Les effets positifs comme l'euphorie provoquée par la prise d'alcool sont moins importants que lors des premières consommations. Cela amène le consommateur à devoir augmenter la dose pour obtenir les effets escomptés ; c'est ce que nous appelons l'effet de tolérance. Ceci explique également, par cette diminution de la sensibilité, que les personnes ne retrouvent plus les mêmes motivations et enrichissements dans leurs activités du quotidien ou relations qu'auparavant. De plus, l'exposition fréquente aux effets dopaminergiques, entraîne dans le cerveau d'un « addict » une hyperactivité du système « d'anti-récompense » induit par des neurotransmetteurs (*corticotrophin-releasing factor-CRF*) et la dynorphine, impliqués respectivement dans la réaction au stress et dans le maintien de l'homéostasie. Ainsi, nous pouvons retrouver chez le sujet une dysphorie excessive engendrant un mal être et une tristesse, par une réactivité majorée au stress et une apparition importante d'émotions négatives. De ce fait, l'individu pris dans une dépendance, passe d'une consommation d'alcool dans le but d'éprouver du plaisir (renforcement positif) à une consommation du produit motivée par l'obtention d'un soulagement de sa dysphorie et l'évitement de la sensation désagréable du manque (renforcement négatif). Le sujet fait ainsi face à un cercle vicieux addictologique.

- La préoccupation et l'anticipation :

Enfin, les modifications dopaminergiques et les dérèglements du circuit des émotions, sont liés à des changements constatés également au niveau des régions corticales préfrontales, avec une signalisation altérée du glutamate, impliqués dans les processus exécutifs. Ces modifications mettent ainsi en défaut les processus exécutifs comme les capacités d'autorégulation, de jugement, d'inhibition, la prise de décision, la flexibilité mentale et la mémoire de travail. Elles provoquent aussi chez les personnes atteintes d'une dépendance, une réduction de leurs capacités à résister face à de fortes envies, et expliquent leur incapacité à contrôler volontairement leur comportement addictif malgré les conséquences négatives. Par ailleurs, de façon minoritaire, nous pouvons noter chez la personne alcoolodépendante, une atteinte éventuelle du réseau de la cognition sociale, de la mémoire épisodique et une atteinte fonctionnelle de l'équilibre, de la coordination et de la dextérité des membres supérieurs.

La présence de tous ces dysfonctionnements cités au niveau du cerveau explique la complexité de cette maladie et les possibilités de rechutes répétées par un apprentissage ancré à long terme. Enfin, une meilleure conception du modèle de la dépendance liée

directement à des modifications de systèmes du cerveau peut amener à faire évoluer positivement le jugement moral souvent négatif attaché au phénomène de dépendance, en se focalisant sur des approches plus scientifiques.

2.5. Les répercussions multifactorielles de l'alcool sur la personne

La prise du produit devient l'activité principale de l'individu prenant ainsi petit à petit le dessus sur les autres sphères de sa vie comme la famille, le travail, les relations, l'alimentation, le sport et les loisirs.(12) Le trouble lié à l'usage de l'alcool entraîne des répercussions multifactorielles à la fois sur le plan médical, psychologique, social, mais aussi sur la vie quotidienne, faisant partie du diagnostic même du trouble de l'usage de l'alcool. Ces conséquences sont variables et dépendantes de chaque individu.(10)

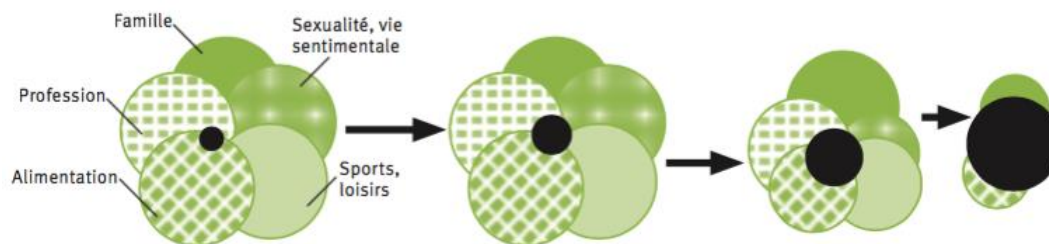


Figure 3 : L'aspect progressivement envahissant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool sur la vie de l'individu

2.5.1. Sur le plan médical

Par sa diffusion dans le réseau sanguin, la consommation d'alcool a des répercussions négatives sur l'ensemble du corps humain. Selon les données de l'Inserm, la consommation d'alcool peut être un facteur négatif dans plus de 200 maladies et atteintes diverses.(17) Une récente étude réalisée auprès de 28 millions de personnes de 195 pays différents, publiée en août 2018 dans la revue médicale britannique *The Lancet*, démontre par ces résultats que, quelle que soit la quantité d'alcool ingérée, elle engendre des problèmes de santé au sein des populations.(37)

Les complications somatiques liées à une alcoolisation chronique sont considérables et très variables d'un individu à l'autre pour une même alcoolisation. Nous pouvons ainsi retrouver de multiples pathologies en lien avec l'alcool sur différents plans (12) :

- Au niveau métabolique et nutritionnel : avec des carences vitaminiques.
- Au niveau du système digestif : avec la présence de pancréatite, œsophagite, et maladies alcooliques du foie. De plus, le fort pouvoir hépatotoxique de l'alcool est à l'origine directe de manifestations subaiguës telles que l'hépatite alcoolique aiguë, ou chronique comme la cirrhose ou la stéatose.
- Au niveau neurologique : avec principalement des troubles cognitifs, des polynévrites touchant les membres inférieurs, des démences alcooliques (exemple : le syndrome de Korsakoff), des encéphalopathies alcooliques carenciales, des épilepsies ou encore des névrites optiques.
- Au niveau cardio-vasculaire : avec une hypertension artérielle et des troubles du rythme, ou encore des cardiomyopathies peuvent être mis en avant par une consommation excessive du produit.

- Au niveau de l'appareil uro-génital : avec notamment une baisse de la libido et des troubles de la menstruation.
- Au niveau cutané : avec une aggravation possible d'un psoriasis.
- Au niveau rhumatologique et traumatique : avec une ostéoporose et des fractures.

Récemment, l'alcool a été démontré comme un risque majeur cancérigène au niveau du sein, de l'œsophage, du système digestif (voies aérodigestives supérieures, foie, pancréas, estomac) et colorectal. L'étude réalisée par Shield et al, en 2017, a prouvé que l'apparition de 28 000 nouveaux cas de cancers en France étaient attribués à la consommation d'alcool en 2015.(38) Par ailleurs, le syndrome d'alcoolisation fœtale est une conséquence des effets toxiques de l'alcool consommé lors de la grossesse.(12)

2.5.2. Sur le plan psychologique

Nous pouvons retrouver chez un patient alcoolodépendant une forte impulsivité et des troubles cognitifs comme expliqués ci-dessus (mémoire, attention, inhibition etc...). Les individus dépendants à l'alcool sont généralement fragiles sur le plan narcissique et rencontrent des problèmes d'identité avec un fréquent repli sur eux-mêmes. Nous constatons également une perte de motivation et d'intérêt pour leurs AVQ, expliquée par une diminution progressive de la sensibilité du système de récompense. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, l'association entre un trouble lié à l'usage de l'alcool et un trouble psychiatrique est récurrente. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les deux troubles psychiatriques fréquemment associés aux patients dépendants à l'alcool.(10) Le risque de dépression et d'anxiété est augmenté d'un facteur de 1,8 à 4,7 selon l'âge et le milieu socioculturel, si nous avons la présence d'une dépendance à l'alcool.(33) En cas de trouble de l'usage de l'alcool, le risque suicidaire est augmenté de façon importante.(12)

2.5.3. Sur le plan social

En dehors des complications sur le plan médical et psychologique, nous retrouvons de nombreuses conséquences sociales liées à la prise d'alcool ayant un impact majeur sur la vie de l'individu dépendant, mais également sur sa famille et plus largement sur la société. Des difficultés professionnelles peuvent être constatées avec un fort absentéisme, une baisse de la productivité voire une perte d'emploi. De ce fait, les personnes alcoolodépendantes sont souvent dans des situations de précarité avec des problèmes financiers pouvant engendrer des dettes, un désinvestissement des obligations administratives et sociales et un éventuel problème de logement. Des retentissements judiciaires sont possibles en cas de conduite en état d'ivresse, d'une ivresse publique, ou encore des violences. En effet, selon l'INSERM, en 2006, on dénombre 271 condamnations pour homicide involontaire sous l'emprise de l'alcool.(17) De plus, le retentissement familial est majeur dans cette pathologie, des violences intrafamiliales psychologiques ou physiques peuvent apparaître, une séparation peut également être une conséquence de cette alcoolodépendance voire une possible mise en danger des enfants. En outre, des problèmes d'autonomie et des problèmes en lien avec les habilités sociales (hygiène, budget, etc...) peuvent être constatés.(12) De ce fait, les dommages sociaux entraînent un isolement socio-familial et professionnel, impliquant de lourdes conséquences sur la personne dépendante.

Ainsi, nous comprenons que la spécificité de la dépendance à l'alcool, tient tant de ses enjeux sociétaux, que des mécanismes neurobiologiques mis en jeu et de ses multiples

répercussions sur l'individu. Cette pathologie est donc complexe à appréhender et nécessite une prise en soin biopsychosociale adaptée à chaque individu.

3. La prise en soin de l'alcoolodépendance en France

Le nombre de personnes touchées, la gravité des dommages sociaux et médicaux et l'impact économique de l'alcoolodépendance, font de la prise en soin de cette maladie une des priorités de la société. L'alcoolodépendance, de même que le diabète, est une maladie chronique qui doit ainsi être traitée par un suivi à long terme. Cette addiction peut avoir des répercussions sévères voire mortelles si elle n'est pas soignée. Le patient est le seul acteur de ce changement et sa motivation est un facteur primordial dans la réussite de cette prise en soin. Pour obtenir l'engagement de la personne dans ses soins, il est indispensable d'entretenir une relation d'accompagnement basée sur une confiance mutuelle et être dans le non-jugement et la revalorisation afin d'établir une réelle alliance thérapeutique. Il n'y a pas de « recette miracle » pour traiter cette addiction et l'aide médico-sociale se doit d'être adaptée à chaque personne.(5) Mettre fin à une conduite addictive est un « combat » au quotidien, souvent semé de rechutes et qui nécessite un parcours de soin sur le long terme.

3.1. Le parcours de soin d'un alcoolodépendant

La prise en soin d'un alcoolodépendant correspond au sevrage mais aussi à l'accompagnement au maintien de l'abstinence. Le sevrage intervient uniquement dans le cadre de sujets dépendants et correspond à un arrêt total de l'alcool accompagné d'un traitement médical (associant généralement benzodiazépines, hydratation et vitaminothérapie), et d'une aide psychologique.(12) Ce traitement permet un arrêt de l'alcool en limitant les syndromes de sevrage qui représentent un danger et un inconfort pour le malade. Les symptômes de sevrage les plus fréquents sont des troubles digestifs (nausées, vomissements...), des troubles neurovégétatifs (tremblements au niveau des extrémités, une hyperactivité neurovégétative : sueurs, tachycardie) et des troubles psycho-comportementaux (insomnie, agitation psychomotrice, anxiété).(12) Dans les cas extrêmes, un syndrome de sevrage peut même provoquer des crises convulsives, et ce que nous appelons le délirium tremens correspondant à un état de confusion agité et délirant avec des hallucinations majoritairement visuelles de type zoopsies, pouvant aller jusqu'au décès si celui-ci n'est pas pris en soin. Les situations de sevrage d'alcool peuvent également déclencher un risque de développer une encéphalopathie de Gayet-Wernicke favorisée par une carence en vitamine B1.(12) Le sevrage a une durée variable de 3 à 10 jours et peut se faire soit en institution, soit en ambulatoire uniquement si l'entourage socio-professionnel est aidant et qu'il n'y a pas la présence de signes sévères d'une dépendance physique comme ceux cités précédemment. Lors de cette période, il est également essentiel de commencer le travail sur la motivation et les facteurs pouvant induire une rechute. (29)

Le traitement de l'alcoolodépendance ne correspond pas seulement au sevrage en lui-même, il est plus complet et cible directement le phénomène de l'addiction car les difficultés se situent souvent bien au-delà du produit. Grâce à une approche psychothérapeutique spécifique, associée à un traitement pharmacologique, nous pouvons aider le patient à atteindre ses objectifs selon ce qu'il souhaite et surtout ce qui lui semble réalisable. Pour répondre aux spécificités du parcours de soin de la personne alcoolodépendante, un éventail de différents dispositifs d'accompagnement est mis en place.

3.2. Les différents dispositifs d'accompagnement

Les dispositifs d'accompagnement pour les personnes alcoolodépendantes sont intégrés dans une spécificité plus globale, l'addictologie. Ils sont diversifiés avec des parcours de soin multiples permettant de s'adapter à la situation de chacun. Il y a trois types de modalités d'admission en psychiatrie : l'hospitalisation libre, l'admission en soin psychiatrique à la demande d'un représentant de l'État (ASPDRE) ou à la demande d'un tiers (ADPDT) ; influençant directement la motivation du patient.

Dans un premier temps, il existe un dispositif médico-social au sein duquel des structures sont présentes pour accompagner la personne dans le repérage de sa dépendance et dans l'orientation de la suite de son parcours :

- Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) : répond à trois composantes que sont la prévention, les soins et l'accompagnement médical, social, psychologique et éducatif grâce à la présence de médecins, psychologues, et professionnels sociaux-éducatifs.(39)
- Les Consultations jeunes consommateurs (CJC) : proposées par les CSAPA permettant aux adolescents (mineurs ou jeunes majeurs) ayant des difficultés en lien avec une substance ou un comportement addictif d'échanger entre eux.
- Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques chez les Usagers de Drogue (CAARUD) : accessible à toute personne rencontrant des difficultés dans la gestion de sa consommation de drogue. Ce type de structure vise à la fois la dépendance en elle-même mais aussi les problématiques sociales en lien avec l'addiction comme l'accès aux soins, au logement et l'insertion ou réinsertion socio-professionnelle. Ces centres mettent également à disposition du matériel de prévention des risques, incitent au dépistage des infections transmissibles et réalisent des interventions et des actions de médiation sociale à l'extérieur du centre.(40)
- Les structures d'hébergements : permettent une prise d'autonomie de la part des personnes ayant une addiction grave et/ou une ou plusieurs maladies chroniques, tout en gardant un soutien important en cas de fragilité avec la présence de professionnels issus du domaine médico-social. Il en existe différents types dont les centres thérapeutiques résidentiels et les centres thérapeutiques communautaires inclus dans les CSAPA, les appartements thérapeutiques, les réseaux de familles d'accueil et les appartements de coordination thérapeutique (ACT).(41)

Dans un second temps, des structures hospitalières assurent la continuité de la prise en soin de la personne alcoolodépendante. Afin de mieux appréhender la prise en soin de la personne présentant une conduite addictive, la filière de soin addictologique hospitalière est répartie en un dispositif gradué en trois niveaux assurant une réelle complémentarité. (41)

Le niveau 1, correspondant au niveau de proximité avec : (42)

- L'équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) : agit dans le repérage précoce des addictions en étant rattachée à des services de médecine (exemple : urgences). Elle réalise également l'évaluation du patient, initie son projet de soin, soutient et forme les équipes soignantes et assure la continuité de son parcours grâce à ses différents partenaires.
- Les consultations en addictologie : font le lien entre les dispositifs hospitaliers et ambulatoires. Ces consultations permettent d'accueillir, d'accompagner et d'orienter les personnes dépendantes.

- Les services d'hospitalisation : intégrés la plupart du temps dans des services de soins généraux, ils disposent d'une équipe formée à l'addictologie et permettent de réaliser des sevrages simples.

Le niveau 2, regroupe les structures de recours sur le territoire spécifiquement addictologique, disposant de professionnels compétents pour assurer des prises en soin spécialisées, avec :

- Les structures ou unités d'addictologies de prise en soin aiguë : prennent en soin l'ensemble des problèmes du patient. À la différence des structures de niveau 1, elles disposent d'une hospitalisation de jour.(41)
- Le service d'hospitalisation complète : accueille des personnes dont la gravité des conséquences en lien avec la conduite addictive relève d'une hospitalisation complète. Cette structure assure le sevrage, l'évaluation globale du patient et un programme thérapeutique adapté.
- Le service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) : constitue une structure importante de la prise en soin des patients après les soins aigus pour consolider leur abstinence. Le SSRA met en place un projet thérapeutique médico-psycho-social adapté où la réadaptation est favorisée et les troubles cognitifs pris en charge. La prise en soin se fait dans ce cas sur le long terme.(43)
- L'hôpital de jour addictologique : répond à une prise en soin en ambulatoire des personnes qui nécessitent un cadre de soin adapté tout en gardant un lien avec leur environnement.(42)

Enfin, le niveau 3 intègre les structures de recours régionales (centre hospitalier universitaire), qui ont les mêmes dispositifs que les structures de niveau 2. Elles travaillent en lien avec les deux autres niveaux et les réseaux de santé et constituent ainsi une réelle interface entre la clinique et la recherche.(41)

Par ailleurs, nous pouvons inclure les « alcooliques anonymes », « vie libre » ou encore « santé famille ». Bien qu'il ne s'agisse pas de structures de soin, ils peuvent avoir un réel apport dans l'aide au maintien de l'abstinence, en complémentarité de la prise en soin médicale. Le sujet en recherche d'aide et de soutien peut alors s'identifier à ses interlocuteurs qui ont vécu la même expérience, grâce à leurs échanges. Ainsi, même si les dispositifs d'accompagnement sont variés et nombreux, le taux de rechute reste important. En effet, la complexité de la prise en soin des patients présentant une alcoolodépendance nécessite la coordination des compétences et savoir-faire de multiples professionnels du secteur sanitaire, mais également médico-social et de la ville.

3.3. Une équipe autour du patient alcoolodépendant

3.3.1. Les intérêts d'une prise en soin avec les patients alcoolodépendants

En raison de la nature complexe de la maladie de l'alcoolodépendance, il semble qu'une approche interprofessionnelle et globale soit le moyen le plus efficace pour traiter l'ensemble des spécificités de la dépendance. Cependant, aujourd'hui, la prise en soin des personnes présentant un problème avec l'alcool est encore trop rare et tardive, étant donné que « moins de 20% de ces personnes consultent un professionnel, et ce dans un délai moyen de 10 ans après les premiers symptômes ».(30) Le faible nombre de patients bénéficiant d'un traitement peut s'expliquer par le fait qu'auparavant, l'unique objectif envisagé était celui de l'abstinence totale qui pouvait décourager certains individus. Aujourd'hui, la consommation

régulée ramenée à un usage simple de l'alcool peut être envisagée comme objectif dans certains cas, permettant de rendre plus acceptable la notion de traitement par l'individu. Toutefois, la majorité des études démontre que l'arrêt de l'usage d'alcool est l'objectif idéal à atteindre, exposant l'individu à moins de risques de retour à des comportements de mésusage. Tous les patients souffrant de ce trouble peuvent tirer bénéfice d'un projet thérapeutique. En effet, d'après l'enquête américaine de Dawson et al en 1996 sur le devenir à cinq ans de 4 585 adultes présentant les critères de mésusage de l'alcool du DSM-IV, les sujets ayant reçu un traitement sont deux fois plus souvent abstinents (38,8%) que ceux n'ayant pas été traités (16,4%).(44)

3.3.2. Les différents acteurs mobilisés

Pour organiser une prise en soin adaptée et repérer les freins et les ressources mis en jeu chez la personne, un bilan complet et global doit être réalisé dans un premier temps par l'équipe. Dans le champ de l'addictologie, les professionnels pouvant intervenir auprès des personnes alcoolodépendantes sont nombreux et variés selon les structures. Nous pouvons y retrouver des personnels soignants : les médecins généralistes, médecins psychiatres, addictologues ainsi que des infirmiers, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques. Un psychologue compose souvent l'équipe et peut être ponctuellement aidé par un neuropsychologue. L'assistante sociale et des professionnels du milieu éducatif (moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés) jouent également un rôle important. Selon le projet thérapeutique de la structure, l'équipe peut être complétée par des professionnels de la rééducation (diététicien, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute). Enfin, nous pouvons retrouver un professeur en activité physique adaptée (APA) ou un art-thérapeute amenant un apport différent et complémentaire dans l'accompagnement de ces patients.

3.3.3. La dynamique d'interprofessionnalité

Étant donné la complexité de cette pathologie, tous ces professionnels se doivent d'intégrer une démarche interprofessionnelle, et non pluriprofessionnelle ; c'est-à-dire que chacun s'associe pour un même but en collaborant avec les autres afin de mener une approche plus globale et complète centrée sur le patient. La mutualisation des actions de chacun s'oriente vers un objectif thérapeutique commun : celui de permettre à l'individu de rompre avec sa dépendance à l'alcool de façon durable afin d'améliorer sa qualité de vie. En pratique, cela signifie un arrêt total de la consommation d'alcool ou un retour à une consommation à moindre risque fixée par les repères de consommation, tout en étant accompagné.

3.3.4. La pluralité des moyens d'accompagnement non-médicamenteux

La prise en soin de la personne alcoolodépendante se doit d'être holistique, prenant en compte l'individu dans toutes ses dimensions afin d'optimiser l'efficacité du traitement. Ainsi, la multiplicité des moyens d'accompagnement possibles dans le traitement de l'alcoolodépendance permet de répondre aux divers profils des personnes présentant cette pathologie. Dans son texte de recommandations écrit en 2001, la Haute autorité de santé, décrit les différentes modalités de l'accompagnement du sujet après un sevrage.(45) Les psychothérapies font partie intégrante de ces moyens et l'intérêt pour le patient avant et après le sevrage a été démontré dans plusieurs études. Celles-ci comprennent également les thérapies motivationnelles, permettant aux patients de s'impliquer dans leur prise en soin. Il existe également les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) prenant une place

importante dans l'accompagnement de la personne suite au sevrage. Par ailleurs, l'approche familiale est également souvent envisagée étant donné que la dépendance à l'alcool peut altérer le lien de la personne avec ses proches. Les groupes de parole et les thérapies de groupe constituent une intervention souvent mise en place auprès de ces patients. Les programmes de soins sont constitués de multiples activités thérapeutiques (à médiation corporelle, à médiation d'expression et de créativité, sociothérapeutiques, cognitives) permettant de répondre aux objectifs.(16) Cependant, actuellement, il existe très peu d'études qui prouvent le lien entre les différentes interventions non-médicamenteuses et la prévention de la rechute et le maintien de l'abstinence.

Les domaines de pratique de l'ergothérapeute peuvent s'intégrer aux objectifs visés et aux différents moyens d'accompagnement énoncés auparavant. Ainsi, l'ergothérapeute peut se joindre à la dynamique interprofessionnelle d'une équipe d'addictologie.

3.4. L'accompagnement en ergothérapie

L'ergothérapie est une approche au carrefour des différents domaines abordés dans l'alcoolodépendance. Ainsi, dans la prise en soin de la personne alcoolodépendante, l'ergothérapie trouve sa place dans l'accompagnement à la réduction de consommation et la prévention des rechutes en travaillant sur les difficultés spécifiques de chaque individu. L'efficacité de ce type de prise en soin est cependant peu prouvée auprès de cette population et son rôle n'est pas clairement défini dans la littérature. En effet, l'étude du Mesa Grande, qui résume les résultats de 381 essais de traitements des problèmes liés à l'alcool publiés avant 2001, démontre la très faible quantité relative de données de recherche appuyant l'efficacité de l'ergothérapie étant donné qu'elle n'avait été testée que dans une seule étude.(46) Une étude systématique pour comprendre le rôle de l'ergothérapie dans le traitement de l'addiction a été réalisée par Rojo-Mota et al en 2017. Celle-ci a recensé les études réalisées entre 1970 et 2015 et en a conclu que l'ergothérapeute était présent dans ce domaine depuis plus d'un demi-siècle mais que son rôle était mal défini et avec un faible niveau de preuve.(47)

Dans son étude sur le rôle de l'ergothérapeute, Lindsay, reconnaît que celui-ci aborde l'alcoolodépendance du point de vue de l'activité, favorisant le processus de rétablissement de la personne.(48) Les sciences de l'occupation représentent une science fondamentale propre à l'ergothérapie en appuyant son exercice. Pour illustrer cette perspective occupationnelle dans l'approche de l'ergothérapeute auprès des personnes alcoolodépendantes, nous pouvons utiliser le modèle « Personne-Environnement-Occupation-Performance » (PEOP) qui constitue un modèle spécifique à l'ergothérapie revu en 2015 par Baum, Christiansen et Bass.(49) Ce modèle se base sur l'occupation avec une approche centrée sur la personne en se focalisant sur la manière dont ses caractéristiques interagissent avec l'environnement pour influencer la performance occupationnelle.

Ce modèle aborde trois concepts fondamentaux, définis par :

- La personne en considérant ses caractéristiques individuelles (psychologiques, comportementales, cognitives, physiologiques etc...) et permettant de définir les capacités et les déficiences.
- L'environnement (physique, social, culturel, familial et professionnel) pouvant apporter des ressources mais également des exigences et des contraintes à la réalisation de la performance occupationnelle. L'environnement représente souvent chez la

personne alcoolodépendante un obstacle avec des habitudes de fonctionnement très ancrées.

- Les occupations comprenant des rôles valorisants, des tâches et des activités qui sont propres à chaque individu, et qu'ils veulent ou doivent menées au cours de leur vie. Les AVQ étant incluses avec leurs caractéristiques spécifiques dans cette notion d'occupations.

La finalité du modèle nous amène à voir la performance occupationnelle c'est à dire la capacité de mettre en forme les compétences nécessaires de l'occupation et l'occupation elle-même, comme une conséquence de l'interaction entre ces trois facteurs : la personne, son environnement et l'occupation. Autrement dit, lorsque la personne et l'environnement sont en adéquation, la performance occupationnelle obtenue influence la participation et le bien-être. Ainsi, ce modèle nous permet d'appréhender les problèmes liés aux performances occupationnelles rencontrés dans la vie de tous les jours de façon holistique, en prenant en compte l'interaction personne-occupation-environnement. Plus spécifiquement, dans notre étude, nous prendrons en compte l'ensemble des facteurs individuels, les exigences environnementales et les spécificités des occupations en vue d'améliorer la performance quotidienne dans les occupations nécessaires et signifiantes. Toutefois, de nombreux modèles conceptuels peuvent être utilisés dans l'approche de l'ergothérapeute auprès des personnes alcoolodépendantes, mais tous visent le bien-être, l'autonomie et la qualité de vie de l'individu.

4. Vers la reprise des activités de la vie quotidienne des patients alcoolodépendants

4.1. Les activités de la vie quotidienne

Prendre soin de soi, se laver, faire ses courses, le ménage, cuisiner, sont autant d'activités qui nous sont familières et qui concernent chacun de nous. À travers ces activités de tous les jours, l'être humain s'exprime, se développe, évolue, et s'épanouit et celles-ci constituent une partie intégrante de son identité.

Dans cette étude, nous nous rapporterons à définir les AVQ, comme les activités réalisées couramment dans la vie de tous les jours. Ainsi, nous considérons comme AVQ : les activités de soins personnelles (l'hygiène, le sommeil, faire les courses, préparer un repas, gérer ses papiers, etc...), les déplacements nécessaires, les loisirs et le domaine de la productivité comme le travail. Le travail apporte une reconnaissance sociale, le moyen de relever des défis et une valorisation de soi. Les loisirs, quant à eux, sont des activités qui permettent d'éprouver du plaisir et se ressourcer, les déplacements étant nécessaires pour accéder à la communauté extérieure et créer des liens. Les activités de soins personnelles sont indispensables pour répondre à nos besoins et pour favoriser l'inclusion sociale. Les AVQ sont intégrées dans ce que nous appelons les « occupations ». L'American Occupational Therapy Association (AOTA), considère les occupations comme « divers types d'activités de la vie dans lesquelles les personnes, les groupes ou les populations s'engagent ». Le terme « occupation » donne plus de sens et fait plus le lien avec la vie de la personne par rapport à celui « d'activité ».(50)

Les AVQ peuvent constituer des activités significatives si elles présentent de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne, et signifiantes, si elles ont un sens social donné par l'entourage, pour notamment éviter les situations d'exclusion sociale.(50)

4.2. Lien avec l'alcoolodépendance

Nous pouvons constater que les patients souffrant d'une alcoolodépendance rencontrent de réelles difficultés à agir dans leur quotidien, ils réduisent ou ne réalisent plus leurs AVQ. L'alcool est au centre de la vie de la personne, et seules les activités en lien avec l'alcool sont importantes pour la personne. Autrement dit, les activités n'ayant pas pour but le produit sont réduites voire inexistantes. Chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation de substance, la consommation peut être vue comme une activité significative comportant des rituels et des routines.(51) Ainsi, nous pouvons percevoir la présence de beaucoup de temps libre, une désorganisation de leur quotidien et un manque de participation à des activités courantes comme se déplacer, cuisiner, faire le lit, des courses, le ménage, aller au travail ou pratiquer des loisirs. Cependant, ces difficultés dans ce domaine sont peu visibles aux premiers abords si ce n'est l'incurie qui peut être observée.

L'étude de Hoxmark et al prouve bien la perte du nombre d'activités et ses effets négatifs sur le bien-être des toxicomanes. Elle démontre une corrélation entre la réduction d'activités entraînée par la dépendance et la diminution de la perception du bien-être de l'individu.(52) Elle soutient ainsi le principe de reprise d'activités avec la population d'alcoolodépendants. Les recommandations de bonnes pratiques établies par la SFA en 2014, reconnaissent également une utilité aux interventions non-pharmacologiques axées sur la reprise d'interactions sociales et la restauration des notions de plaisirs et des rituels diversifiés.(16) De plus, un faible intérêt porté aux AVQ et un état inactif a été directement rapporté par les personnes souffrant de troubles mentaux graves dans l'étude de Aubin et al.(53)

4.3. L'autonomie

Afin d'être actrice de sa vie, la personne doit être la plus autonome et indépendante possible dans ses activités. D'après Sylvie Meyer, célèbre ergothérapeute, l'autonomie représente la liberté de faire des choix en prenant en compte des éléments internes et externes tandis que l'indépendance constitue plutôt le fait d'être capable de réaliser l'activité de manière satisfaisante.(50) Dans le cas de la personne alcoolodépendante, ces deux niveaux peuvent être altérés mais le plus problématique est plus le « vouloir faire » (autonomie) que le « être capable de faire » (indépendance). Ainsi, dans le cadre de la reprise des AVQ avec nos patients alcoolodépendants, nous cherchons aussi à les accompagner pour atteindre une certaine autonomisation et responsabilisation dans leurs décisions.

4.4. L'ergothérapeute : acteur du quotidien

L'activité est au cœur de la pratique de l'ergothérapeute. En effet, la racine même du mot ergothérapie, « *ergon* », signifie « travail » en grec et donc plus largement « activité ». Ainsi, l'ergothérapie représente la « thérapie par l'activité », l'activité étant le moyen privilégié de l'ergothérapeute pour permettre d'aider le patient à retrouver une capacité d'agir au quotidien. De ce fait, l'activité représente le moyen thérapeutique mais aussi l'objectif visé. Elle est vue dans l'approche ergothérapeutique comme une caractéristique fondamentale de l'individu, correspondant à son besoin d'être actif dans son environnement.

L'ergothérapeute a pour mission de soutenir le patient dans la réalisation de ses occupations. Il peut intervenir pour l'accompagner à retrouver une « routine quotidienne satisfaisante » sans le produit, en redonnant du sens à son quotidien. L'ergothérapie s'attache à favoriser chez les patients, la réalisation de multiples occupations

pas seulement pour leurs performances immédiates et leurs résultats mais plutôt pour tout ce qu'elles permettent, comme se sentir compétent, éprouver du plaisir, élargir ses intérêts, s'exprimer et également vivre pleinement en société.

Les actions de l'individu étant influencées et caractérisées par ses habitudes de vie, la modification de sa manière d'agir va devoir induire un changement qui peut être déstabilisant pour lui. Dans l'accompagnement vers la réappropriation et le maintien des AVQ chez la personne alcoolodépendante, le thérapeute va devoir ainsi appréhender et s'adapter à la manière dont l'individu est investi et prêt à adapter son comportement. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente avec les différents stades du changement (*annexe 4*). D'après celui-ci, l'intervention dans cet axe de reprise des AVQ, devrait donc être envisagée lorsque l'individu est au stade nommée « action », et à celui du « maintien » afin d'assurer une continuité de notre suivi. La reprise de ses AVQ peut également permettre à la personne de tendre vers un équilibre occupationnel. Selon Wagmam, l'équilibre occupationnel est considéré comme la perception par la personne d'une quantité satisfaisante et variée entre ses occupations et le temps passé à celles-ci. Cet équilibre contribue au bien être, à la santé, et ainsi, à la qualité de vie.

La reprise des AVQ pourrait aussi être menée dans plusieurs objectifs :

- Combler le vide par l'occupation productive permise par les AVQ, en cherchant à tendre vers un équilibre occupationnel.
- Utiliser les AVQ pour s'observer et expérimenter un changement.
- Accompagner la prise de conscience de son potentiel et de ses limites à travers l'agir.
- Développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie dans les AVQ et mettre en place des moyens de compensation si nécessaire pour apprendre à faire sans le produit addictif, l'alcool.
- Utiliser comme moyen de s'accomplir, de se revaloriser et de ressentir du plaisir de façon saine.
- Accompagner un changement des habitudes de vie.
- Faciliter la transition vers le retour à son domicile et la vie en communauté.

L'objectif à long terme visé par cette reprise des AVQ est ainsi une meilleure qualité de vie et un bien-être plus important. L'ergothérapeute peut aider le patient à retrouver des activités positives afin de lui permettre de mener une vie heureuse et productive sans la présence de la substance. Il peut donc agir en instaurant des activités dans le quotidien, en travaillant sur les aptitudes à la vie quotidienne, en organisant une temporalisation du quotidien dans la semaine en fonction de la personne. Il peut également analyser les composantes déficitaires dans les AVQ et adapter l'environnement si besoin. En redonnant du sens et en impulsant progressivement le réinvestissement des AVQ, l'intervention de l'ergothérapeute favorisera la construction de ressources pour le changement des habitudes et ainsi le maintien de l'abstinence ou de la consommation régulée. Dans cette démarche, les actions mises en place étant dans une optique de redonner à la personne souffrant d'alcoolodépendance un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant, elle fait donc partie du processus de réhabilitation psychosociale.

Ce travail autour de la reprise des AVQ avec les personnes alcoolodépendantes doit se faire en collaboration avec l'équipe. En effet, chaque professionnel, avec ses compétences et son point de vue, peut être amené à travailler un domaine des AVQ particulier, l'hygiène peut être abordée par l'équipe soignante, les loisirs et la réinsertion socio-professionnelle par

l'équipe éducative, et la gestion administrative par l'assistante sociale. Des objectifs parallèles permettant de favoriser cette reprise comme par exemple la prise de conscience, la gestion des émotions et des comportements peuvent être travaillés notamment avec la psychologue.

5. Du cadre théorique à la problématique

Alors que la personne souffrant d'alcoolodépendance se voit submergée par de nombreuses problématiques sur le plan médical, social, psychologique, occupationnel, son accompagnement dans le maintien de son abstinence devient indispensable afin d'améliorer sa qualité de vie. L'accomplissement des AVQ, et ainsi des occupations se voit être altéré par des facteurs extrinsèques (environnement) et intrinsèques (capacités) à la personne. En tant que spécialiste de l'activité humaine, l'ergothérapeute pourrait accompagner la personne dépendante à l'alcool à reprendre ses AVQ de façon satisfaisante lui permettant de se remobiliser et ainsi lutter contre la dépendance. Cependant, actuellement, dans la littérature française, le rôle de l'ergothérapeute de façon générale et dans la reprise des AVQ avec les personnes alcoolodépendantes est peu étayé. Nous avons donc souhaité approfondir cette réflexion sur les AVQ avec les personnes alcoolodépendantes, en orientant notre mémoire sur la question de recherche suivante :

Problématique : Comment l'ergothérapeute peut-il contribuer à la reprise des activités de la vie quotidienne des personnes alcoolodépendantes ?

Suite à cette question de recherche, trois hypothèses principales sont ciblées :

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute peut intervenir dans la reprise des activités de la vie quotidienne pour lutter contre l'isolement de la personne, en permettant une inclusion sociale.

Hypothèse 2 : La reprise progressive des activités de la vie quotidienne facilement accessibles vont contribuer à remobiliser la personne et à maintenir ainsi son abstinence.

Hypothèse 3 : L'ergothérapeute peut contribuer à la reprise des activités de la vie quotidienne de façon plus holistique en s'intégrant dans une collaboration avec les autres professionnels.

Méthodologie

Ce travail de recherche a mis en perspective le cadre théorique développé précédemment et la réalité de la pratique en ergothérapie au sein des structures en addictologie. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur une méthodologie bien définie.

1. Population d'étude

1.1. Choix de la population d'étude

Ce travail de recherche a reposé sur la reprise des activités de la vie quotidienne des personnes alcoolodépendantes et plus spécifiquement, sur l'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute. Le choix s'est donc orienté vers une interrogation des ergothérapeutes en services d'addictologie en France pour tenter de répondre à la problématique de recherche.

1.2. Critères d'inclusion et de non inclusion

Ainsi, nous avons délimité une population représentative pouvant intégrer le cadre de cette recherche par des critères d'inclusion et de non-inclusion.

- . *Critères d'inclusion* :
 - Être ergothérapeute diplômé d'État en France.
 - Travailler actuellement auprès d'une population alcoolodépendante.
- . *Critères de non-inclusion* : toute personne ne correspondant pas aux critères décrits ci-dessus et qui n'utilise pas l'axe des activités de la vie quotidienne dans sa pratique.

Tous les critères d'inclusion devaient donc être remplis par l'ergothérapeute pour qu'il puisse être intégré à cette étude. Il est à noter que les ergothérapeutes étaient libres de participer ou non à l'étude.

2. Objectifs de la recherche et outil

L'objectif principal de cette étude a été de réaliser un état des lieux de la pratique de l'ergothérapeute travaillant auprès des patients alcoolodépendants, en vue d'une reprise de leurs AVQ et d'appréhender la pertinence de cet axe de travail.

Pour atteindre cet objectif, l'utilisation d'un questionnaire auprès des ergothérapeutes intervenant au sein de structures accueillant des personnes alcoolodépendantes a été établi afin de recueillir des données quantitatives (*annexe 5*).

2.1. Justification du choix de l'outil : questionnaire auto-administré

Au vu de notre problématique de recherche, nous nous sommes orientés vers l'utilisation d'une méthode quantitative pour collecter les informations nécessaires afin d'évaluer l'hypothèse émise. En effet, il nous a semblé être un moyen adapté car il constitue un outil de recherche qui permet de sonder un échantillon important, représentatif de la population ciblée. Ainsi, nous avons pu collecter des informations précises pouvant potentiellement répondre à notre problématique d'étude. Le choix d'un questionnaire auto-administré nous a permis d'accéder plus facilement à une faible densité d'ergothérapeutes travaillant auprès de cette population en France.

2.2. Construction de l'outil

Pour formuler nos questions en vue de pouvoir répondre à notre problématique, il a d'abord été utile d'identifier et de définir les informations que nous souhaitions obtenir. Ensuite, pour offrir des réponses prédéterminées dans nos questions fermées, il a fallu se documenter.

Le questionnaire de l'étude a été réalisé en ligne avec *Sphinx*, permettant une utilisation plus intuitive pour les personnes interrogées. De par les contraintes temporelles de chaque professionnel, un nombre limité de questions a été posé afin de favoriser une rapidité de réponse et éviter ainsi les refus de participation. Ce questionnaire débutait par un texte d'introduction, expliquant le but de cette enquête, ciblant une population précise par les critères d'inclusion et suscitant également un intérêt chez la personne interrogée.

Dans ce questionnaire, nous avons fait le choix d'utiliser deux types de questions. Nous avons utilisé en majorité des questions fermées avec différentes modalités (choix binaire, choix multiple, réponse à situer sur une échelle). Ces questions nous ont permis d'obtenir des informations précises, facilement exploitables et quantifiables, d'autant plus qu'à chacune des questions à choix multiples, la possibilité d'apporter une réponse différente a été proposée. La rapidité des questions fermées a eu alors pour avantage de maintenir l'attention de la personne interrogée. En complément, nous avons fait appel à quelques questions ouvertes. Elles étaient personnalisées pour permettre d'élargir le champ des réponses et recueillir les opinions et suggestions de chacun. Les questions ont été rédigées de façon à être les plus compréhensibles et neutres possibles pour ne pas influencer les réponses de la population sondée.

Au sein de ce questionnaire, les questions ont été regroupées en quatre thèmes allant du général au particulier. En premier lieu, les questions 1 à 6, correspondaient à des questions relatives au profil des ergothérapeutes. Elles permettaient de cibler la population interrogée en récupérant des renseignements généraux. Elles nous ont indiqué l'année d'obtention du diplôme d'État d'ergothérapeute, l'obtention éventuelle de formations complémentaires dont le diplôme inter-universités en addictologie. Plus spécifiquement, les années d'expérience étaient demandées, l'établissement ou les établissements d'addictologie où le professionnel travaillait et le temps d'activité dédié à la structure. Elles nous ont permis de vérifier que le professionnel interrogé correspondait aux critères d'inclusion. L'anonymat des réponses a bien entendu été respecté tout au long du questionnaire.

La seconde partie du questionnaire, les questions 7 à 11, ciblait la structure de travail de l'ergothérapeute et permettait de caractériser la population accueillie. Ainsi, pour comprendre l'organisation de la structure, nous leur avons demandé de définir la composition de l'équipe et le nombre de patients alcoolodépendants chiffré dans leur file active de l'année. Pour mieux appréhender les problématiques des patients qu'ils accompagnaient, deux questions ont été posées : une sur le niveau de difficultés qu'ils rencontraient dans la réalisation de leurs AVQ et l'autre sur la proportion de patients ayant selon eux des troubles cognitifs. La dernière question, a permis de connaître leur opinion sur le lien éventuel entre les difficultés dans les AVQ et celles au niveau cognitif.

La troisième partie, comprenant les questions 12 à 15, traitait des missions de l'ergothérapeute au sein de la structure. Elles nous ont permis d'apprécier les axes de travail de l'ergothérapeute auprès de cette population et de déterminer s'ils comprennent celui de la vie quotidienne. Par la suite, la justification de l'abord ou non de cet axe a été demandé à

l'ergothérapeute. La question 13 a été ajoutée ici afin de filtrer uniquement la population travaillant la reprise des AVQ avec les patients alcoolodépendants.

La dernière partie, incluant les questions 16 à 28, nous a permis de percevoir la pratique de l'ergothérapeute dans une visée d'amélioration des capacités des patients alcoolodépendants dans leurs AVQ. Nous les avons ainsi questionnés sur les moyens qu'ils utilisaient pour évaluer les capacités de vie quotidienne des patients et si l'évaluation se faisait de façon systématique. Ces questions ont permis de faire ressortir les domaines de la vie quotidienne abordés en priorité ou au contraire en minorité. Les autres questions interrogeaient les éléments suivants : les objectifs thérapeutiques visés dans cette pratique, les moyens thérapeutiques mis en place pour les atteindre, la forme d'intervention privilégiée, les freins pouvant être rencontrés autour de cette problématique, le temps accordé et son intérêt dans la rechute. Enfin, l'abord interprofessionnel a été questionné, afin de discerner la manière dont les autres professionnels de l'équipe sont impliqués dans cette reprise des AVQ. Une dernière question facultative a été posée afin de laisser au professionnel la liberté de rajouter des éléments non abordés lors de ce questionnaire ou des observations dans le but de faire avancer notre recherche.

3. La démarche expérimentale

Au niveau de la démarche, la diffusion du questionnaire a été faite par internet, ce qui nous a permis d'atteindre un plus grand nombre d'ergothérapeutes répartis géographiquement. Ce questionnaire a été diffusé aux ergothérapeutes exerçant en France, du 4 mars au 17 avril 2019, par le biais de différents moyens de communication. La diffusion a été effectuée au mois de mars par l'envoi d'un mail-type à vingt-trois ergothérapeutes de différents centres d'addictologie en France. Ce mail contenait un texte introductif expliquant le but de l'enquête et un lien hypertexte conduisant vers le questionnaire en ligne.

En pratique, pour obtenir les adresses des ergothérapeutes travaillant auprès de cette population nous avons utilisé la liste des SSRA en France établie dans la thèse d'Alexis Pinot, « indications et choix d'un centre de soins de suite et de réadaptation pour malades alcoolodépendants »(54) détaillant les différents intervenants au sein de chaque SSRA. Elle nous a ainsi permis de cibler et contacter les structures par téléphone afin de transmettre par mail notre questionnaire aux ergothérapeutes. Pour atteindre d'autres types de structures que le SSRA, nous avons également téléphoné à plusieurs centres recensés dans l'annuaire de la société française d'alcoologie (SFA) (55). Au total, une quarantaine de dispositifs d'accompagnement de la personne alcoolodépendante ont été joints par téléphone.

La diffusion du lien du questionnaire a pu également être faite par le biais du réseau social Facebook, au sein de quatre groupes rassemblant des ergothérapeutes : « *Le coin de l'ergothérapie* », « *Ergothérapeutes* », « *Mémoire ergothérapie* », « *J'exerce un métier mal connu* ». Enfin, les questionnaires ont été récupérés sous forme informatique mi-avril.

Pour exploiter les résultats collectés, nous avons fait une analyse question après question puis en fonction des professionnels interrogés. Pour illustrer les résultats, nous avons choisi d'utiliser la présentation sous forme de tableaux et différentes représentations graphiques. Concernant les questions fermées, les informations obtenues ont été directement rassemblées et quantifiées. Pour les questions ouvertes, c'est le contenu des réponses qui a été analysé.

Résultats

La première partie des résultats concernait l'ensemble de l'échantillon des ergothérapeutes interrogés et nous a permis de présenter ses caractéristiques. La seconde partie était consacrée exclusivement aux ergothérapeutes abordant la reprise des AVQ dans leur pratique auprès des personnes alcoolodépendantes. Nous avons ainsi pu mieux définir le type d'accompagnement mis en place par l'ergothérapeute en vue d'encourager la reprise des AVQ chez les patients dépendants à l'alcool. Enfin, nous avons abordé la dynamique interprofessionnelle.

1. Présentation de la population interrogée et caractéristiques des patients accueillis

Cette enquête a été menée auprès de 14 ergothérapeutes qui pratiquaient leur profession depuis 2 ans et jusqu'à 34 ans pour les expériences les plus longues.

Tableau 1 : Année(s) de pratique dans le domaine de l'addictologie

	Année(s) de pratique en addictologie						
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	7 ans	10 ans	15 ans
Nombre d'ergothérapeute(s)	3	4	3	1	1	1	1

Ainsi, nous avons remarqué que l'échantillon de professionnels sondés avait en majorité une faible expérience (< 5ans) dans le domaine de l'addictologie.

Les ergothérapeutes interrogés travaillaient dans différents dispositifs d'accompagnement en addictologie, cités ci-dessous du majoritaire au minoritaire :

- Hôpital de jour en addictologie (HDJ)
- Service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)
- Hospitalisation complète en addictologie
- Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Autres (Service post-cure, service hospitalier de sevrage et soins de suite sur les conséquences métaboliques du mésusage d'alcool)

Parmi les professionnels interrogés, plus de la moitié d'entre eux consacraient au moins la moitié de leur temps de travail voire plus ($\geq 0,5$ ETP) à une structure d'addictologie. En effet, cinq d'entre eux travaillaient à temps plein dans un service d'addictologie et autant à mi-temps et deux autres entre 0,8 et 0,9 équivalent temps plein (ETP). Seulement deux effectuaient une activité inférieure à un mi-temps en addictologie. L'analyse croisée des missions demandées par la structure en fonction des temps d'activité des ergothérapeutes ne nous a pas semblée pertinente dans ces résultats.

Nous avons recensé les professionnels composant les équipes de ces différentes structures avec lesquels les ergothérapeutes interrogés collaboraient :

Figure 4 : Composition des équipes



Nous avons pu remarquer par cette représentation graphique que certains professionnels sont omniprésents au sein d'une équipe en addictologie comme l'infirmier, l'assistant social, la psychologue, le médecin psychiatre et l'addictologue. L'ergothérapeute était intégré implicitement à chacune de ces équipes.

Pour la suite des résultats, nous nous sommes uniquement focalisés sur la population de patients alcoolodépendants pris en soin dans les structures en addictologie.

Nous avons pu estimer le niveau moyen de difficultés rencontré dans la réalisation des AVQ de l'intégralité des patients alcoolodépendants pris en soin par les ergothérapeutes sondés. Ainsi, nous avons montré que les patients alcoolodépendants accompagnés au sein d'une structure d'accompagnement en addictologie rencontraient des difficultés importantes lors de la réalisation de leurs AVQ. Par conséquent, ces difficultés ne devraient pas être négligées dans la phase de soin et de réadaptation de ces patients.

Figure 5 : Moyenne estimée par les ergothérapeutes du niveau de difficulté rencontré par les patients dans la réalisation de leurs AVQ.



D'après les résultats obtenus, nous avons constaté que plus de la moitié des patients présentaient des difficultés cognitives. Toutefois, les ergothérapeutes avaient remarqué que dans ce type de pathologie, les difficultés à la réalisation des AVQ n'étaient pas uniquement liées à des difficultés cognitives.

Les missions de l'ergothérapeute au sein des structures en addictologie pouvaient être multiples. Ainsi, nous avons relevé les différentes missions énumérées par les ergothérapeutes interrogés au sein d'un tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Les missions de l'ergothérapeute

<i>Au niveau du quotidien</i>	Dépister les difficultés dans la vie quotidienne. Favoriser l'autonomie (bilan d'autonomie, mise en situations etc...) Mettre en place une routine au quotidien. Mettre en place des stratégies d'adaptation et de compensation. Favoriser la réorganisation des activités sans le produit. Induire une prise de conscience sur les effets de l'alcool et les conséquences dans le quotidien. Prendre en compte les habitudes de vie. Inciter à la reprise des activités de vie quotidienne.
<i>Au niveau cognitif</i>	Stimuler les fonctions cognitives et réaliser de la remédiation cognitive. Mettre en place des stratégies de compensations.
<i>Au niveau psychologique</i>	Travailler la gestion des émotions (verbalisation des affects, lâcher-prise). Améliorer l'estime de soi (revalorisation). Accroître la motivation et la notion de plaisir. Améliorer les relations à l'autre. Appréhender la tolérance à la frustration et l'apaisement des tensions.
<i>Au niveau corporel</i>	Améliorer le schéma corporel.
<i>Au niveau moteur</i>	Lutter contre les déficits installés dans les pathologies associées (polynévrites).

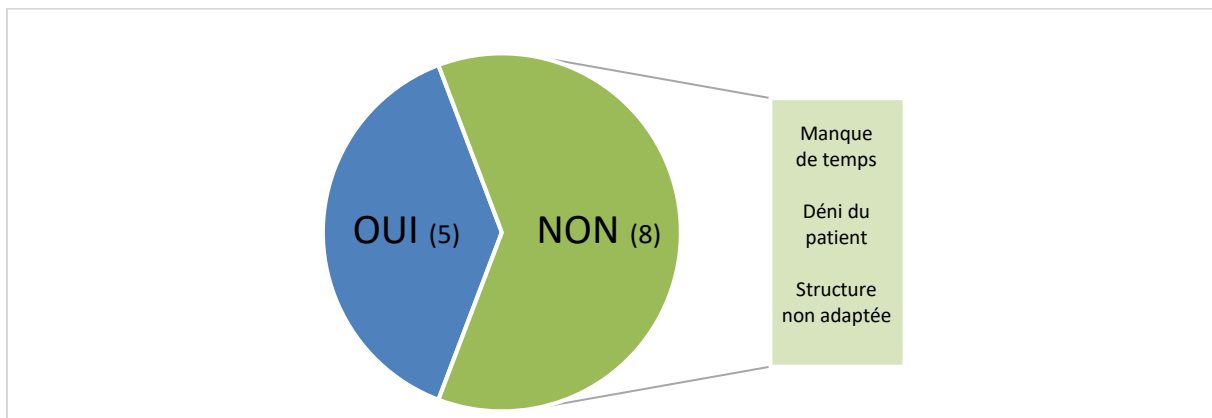
2. Processus d'intervention en ergothérapie en vue de la reprise des AVQ avec les patients alcoolodépendants

Treize des quatorze ergothérapeutes interrogés ont affirmé travailler autour de l'axe de la vie quotidienne auprès des patients alcoolodépendants. La raison pour laquelle le seul ergothérapeute ne réalisait pas ce type de mission était la non-inclusion du travail autour de la vie quotidienne dans les demandes d'intervention. Sachant que celle-ci intervient seulement pour un temps compris entre 0 et 0,2 ETP au sein d'un hôpital de jour en addictologie. Nous avons donc exclu cet ergothérapeute de notre analyse afin de cibler la prise en soin sur le travail des AVQ.

Les ergothérapeutes abordant l'axe des AVQ, nous ont exposé plusieurs raisons justifiant ce choix de prise en soin avec les personnes alcoolodépendantes. Tout d'abord, le fait que les AVQ étaient souvent mis à mal dans cette pathologie par le manque de motivation, le rituel créé autour de la recherche du produit et de sa consommation, la perte des habitudes,

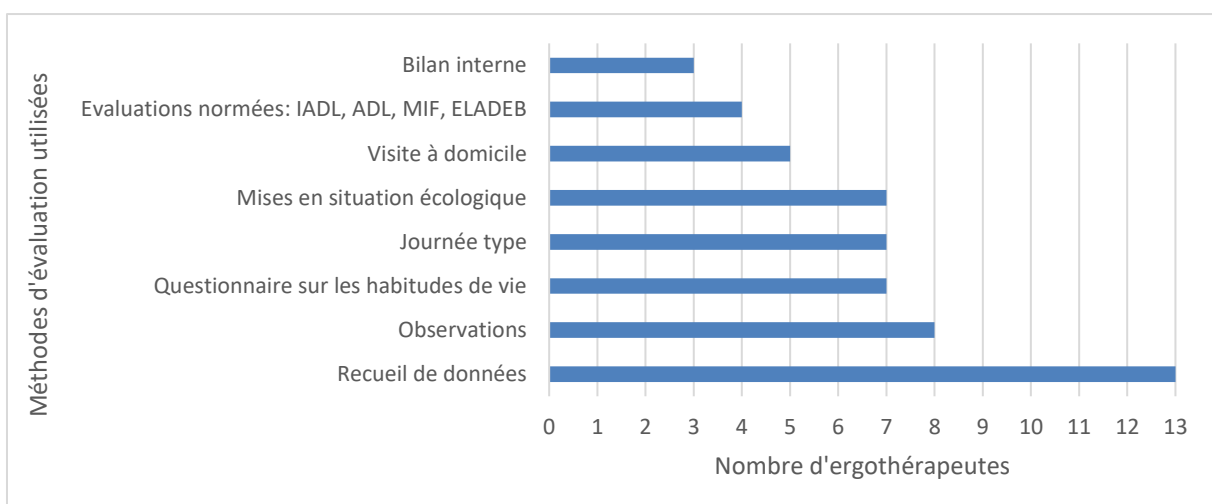
les problématiques psychologiques et les troubles cognitifs et somatiques. Ils ont également noté la présence d'un vide occupationnel laissé par un abandon souvent retrouvé dans la plupart de leurs activités. Pour la majorité, les AVQ pouvaient permettre à la personne de retrouver une vie « active » et de la remobiliser. La réorganisation du quotidien de la personne dépendante à l'alcool leur a semblé primordiale dans son traitement pour maintenir son abstinence. Ce travail était également effectué dans le but de proposer un projet adapté au patient et préparer son retour à domicile. Les ergothérapeutes ont déclaré avoir les compétences nécessaires pour accompagner ces personnes dans ce domaine et ont même évoqué le fait que ce travail était « la base de notre métier ».

Figure 6 : Évaluation systématique des capacités des patients dans leurs AVQ



Après avoir relevé la présence de difficultés dans les AVQ des personnes alcoolodépendantes, nous avons eu à notre disposition plusieurs méthodes d'évaluation pour les quantifier. Toutefois, les évaluations dans ce domaine des AVQ n'étaient pas faites de manière systématique par la majorité des ergothérapeutes interrogés (61%). Ceci était dû à un manque de temps, une structure non adaptée et au déni des patients.

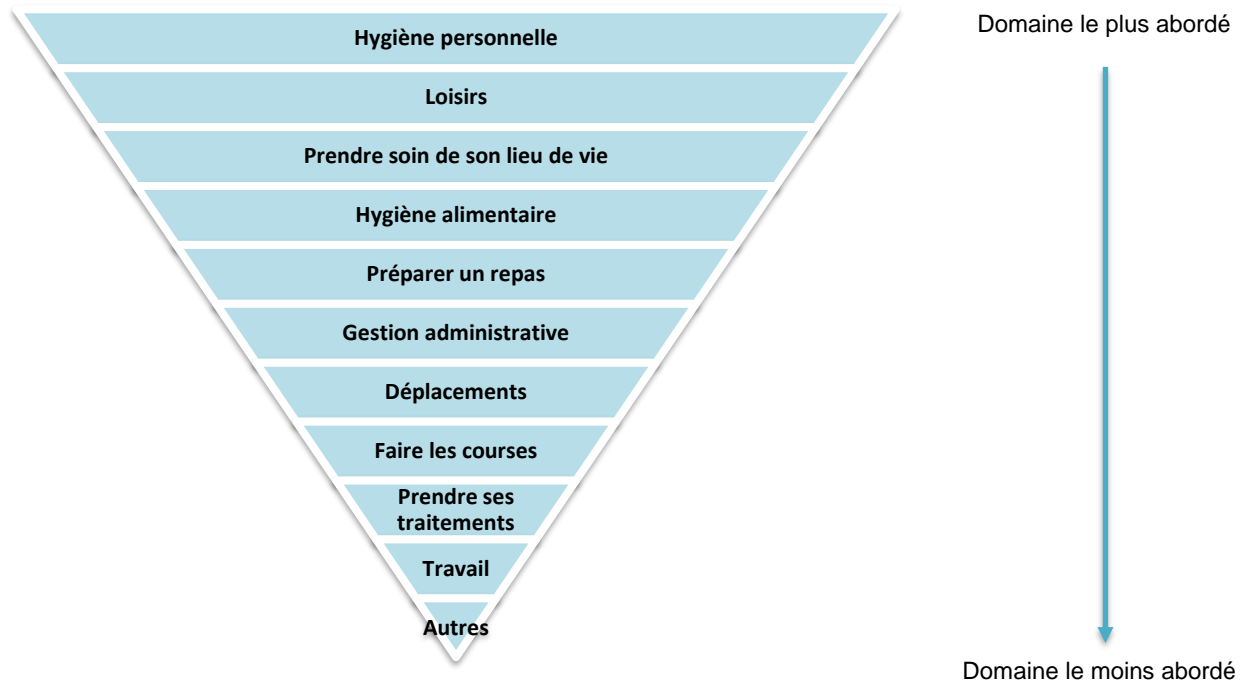
Figure 7 : Méthodes d'évaluation des capacités des AVQ



Les ergothérapeutes ont fait apparaître en majorité le recueil de données et les observations ainsi que les questionnaires sur les habitudes de vie. Par contre, peu d'entre eux ont eu recours aux évaluations normées et aux bilans internes.

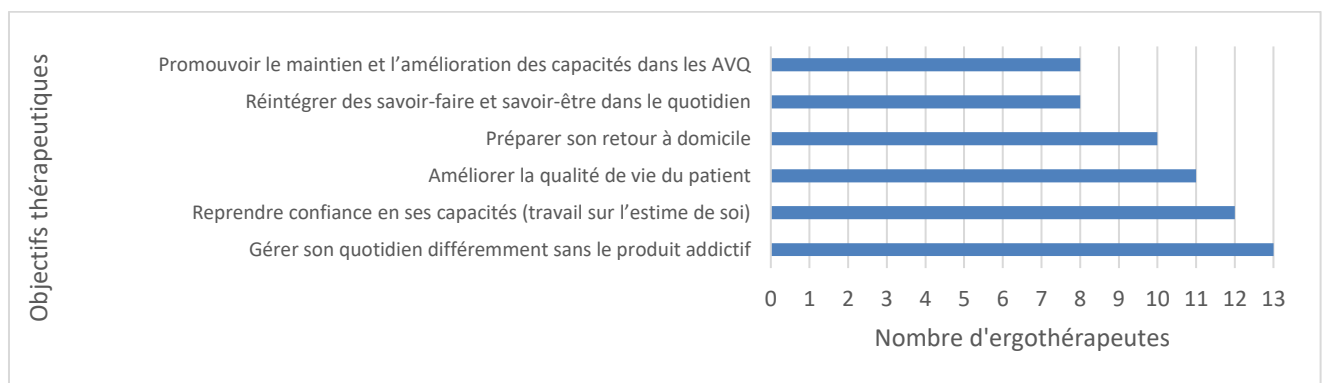
D'après le classement des différents domaines abordés, nous avons pu voir que les soins personnels et les loisirs étaient placés en priorité dans la démarche de reprise des AVQ avec les patients alcoolodépendants. Les activités comme, faire les courses, gérer les traitements et le travail étaient, quant à elles, peu utilisées par l'ergothérapeute. Le sommeil, les relations sociales et la sexualité ont également été évoqués comme autres domaines des AVQ.

Figure 8 : Classement des domaines abordés dans les AVQ



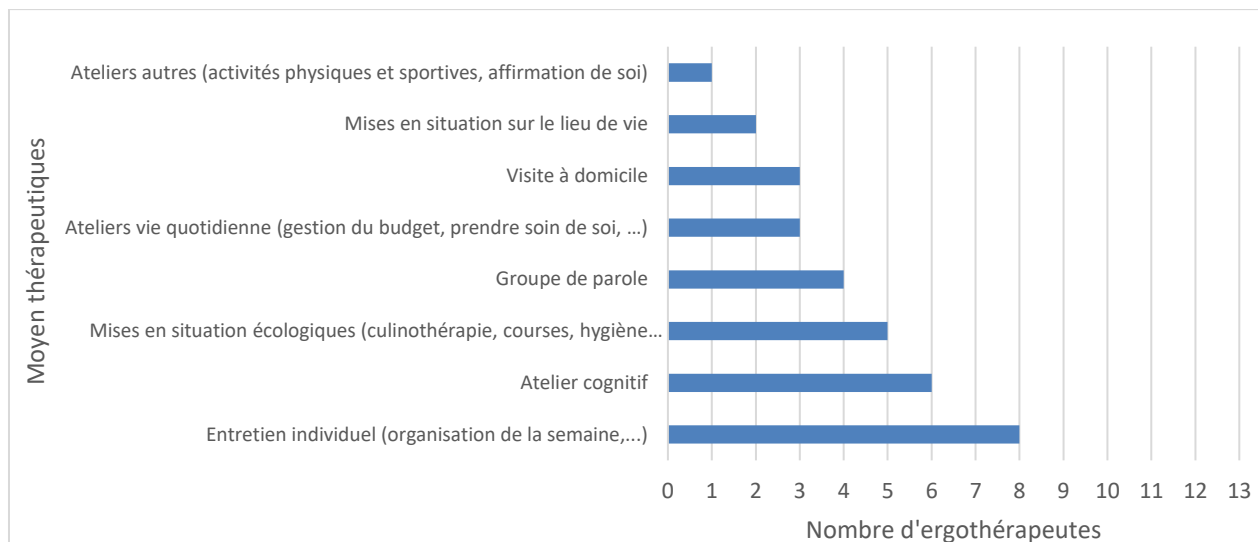
Le travail de l'ergothérapeute autour des AVQ pouvait être mené vers plusieurs objectifs. La réorganisation d'un quotidien sans l'alcool et la revalorisation induite par la reprise des AVQ étaient souhaités par la plupart des ergothérapeutes interrogés. Ce travail avait également été conduit dans l'optique d'une amélioration de la qualité de vie de l'individu.

Figure 9 : Objectifs thérapeutiques visés par les ergothérapeutes dans un travail autour de l'axe des AVQ auprès des personnes alcoolodépendantes



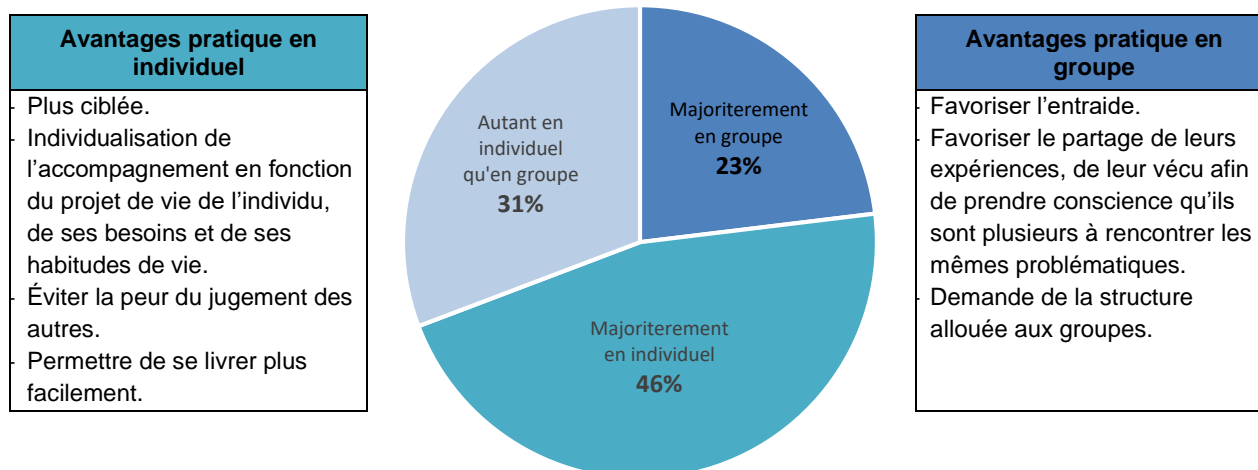
Pour atteindre ces divers objectifs, les ergothérapeutes ont eu plusieurs moyens à leur disposition. Les entretiens individuels, les ateliers cognitifs et les mises en situations écologiques sont ceux auxquels ils ont eu le plus recours. Les moyens en dehors de la structure tels que les visites à domicile et les mises en situations sur le lieu de vie étaient peu exploités par l'ergothérapeute.

Figure 10 : Moyens thérapeutiques mis en œuvre pour travailler sur les AVQ



Nous avons remarqué que ces moyens étaient majoritairement utilisés en individuel par l'ergothérapeute. Toutefois, nous avons également constaté les avantages de la pratique en groupe.

Figure 11 : Type d'intervention privilégiée par l'ergothérapeute dans la reprise des AVQ



Les ergothérapeutes ont pu relever des freins pouvant rendre difficile ce travail. Le plus cité, a été celui des difficultés intrinsèques aux patients comme le déni, l'anosognosie, leur perte de motivation et leurs difficultés cognitives éventuelles. Ils ont également noté une certaine résistance aux changements de leurs habitudes de vie et à l'ouverture vers l'extérieur. Des freins institutionnels ont pu être mentionnés, comme le manque de temps dédié à la

structure et le manque de moyens, comme l'impossibilité de faire des visites à domicile et de faire des sorties à l'extérieur.

Dans sa pratique, le temps accordé par l'ergothérapeute à cet axe de travail des AVQ représentait au moins la moitié ($\geq 50\%$) pour la majorité des ergothérapeutes interrogés (8/13).

3. Inclusion au sein d'une dynamique interprofessionnelle

Les ergothérapeutes ont mis également en avant l'implication d'autres professionnels de l'équipe dans cet accompagnement. En effet, à la question, « y a-t-il d'autres professionnels de l'équipe impliqués avec vous dans cette reprise des AVQ » tous les ergothérapeutes interrogés ont répondu « oui » sauf un. Les deux professionnels cités systématiquement dans cette dynamique interprofessionnelle ont été l'infirmier et l'assistante sociale. Ils nous ont ainsi fait un retour des objectifs de chaque professionnel impliqué dans cette reprise des AVQ, que nous avons cités dans le tableau ci-dessous selon un ordre de fréquence.

Tableau 3 : Les missions des autres professionnels

Professionnels	Objectif(s)
Infirmier (<i>cité 8 fois</i>)	Accompagner dans les changements de rythme. Faire de l'éducation thérapeutique et favoriser la verbalisation. Mettre en place des ateliers de vie quotidienne (gestion des traitements) et des entretiens individuels. Assurer le suivi des objectifs mis en place.
Assistante sociale (<i>citée 5 fois</i>)	Effectuer les démarches pour le logement et les aides sociales. Mettre en place des ateliers de gestion du budget et des papiers administratifs. Favoriser la réinsertion socio-professionnelle.
Diététicienne (<i>citée 3 fois</i>)	Accompagner le changement dans l'hygiène alimentaire et travailler sur la notion de plaisir.
Médecin	Mettre en place des ateliers sur l'hygiène de vie.
Aide-soignante	Favoriser l'amélioration de l'hygiène en générale
Psychologue	Faciliter la verbalisation et mettre en place l'éducation thérapeutique du patient.
Éducateur	Travailler autour des activités professionnelles et de loisirs.
Moniteur-éducateur	Travailler sur les habiletés sociales et sur les loisirs. Favoriser la réinsertion socio-professionnelle.
Aide-médico-psychologique	Travailler sur les habiletés sociales et sur les loisirs. Favoriser la réinsertion socio-professionnelle.
Professeur d'activités physiques adaptées	Effectuer des mises en situation écologique (prendre le bus).

De plus, la notion de l'intégralité de l'équipe impliquée dans cette démarche a été reprise par deux ergothérapeutes, qui notaient « l'intérêt de tous dans la reprise des AVQ des patients avec des entretiens formels comme dans les échanges informels ».

Enfin, nos derniers résultats relèvent de la pertinence ou non de ce travail autour des AVQ dans la limitation du risque de rechute chez ces patients souffrant d'une alcoolodépendance. En effet, tous ont fait valoir un intérêt à cet axe de prise en soin dans la limitation du risque de rechute, sauf un ergothérapeute. Il a exprimé le fait que la réussite était interdépendante de chaque patient, de son avancée dans la maladie, de son vécu, et de son environnement social et architectural.

Discussion

Dans cette partie, nous allons analyser les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche en les mettant en parallèle avec les éléments décrits dans la revue de littérature ; tout ceci en cherchant à répondre à la problématique de recherche et en interrogeant la validité des hypothèses définies.

1. Analyse de l'étude

1.1. Rappel de la problématique et des objectifs visés

Comme nous avons pu le démontrer, l'alcoolodépendance est une maladie complexe dont les répercussions somatiques, psychologiques, sociales, familiales, professionnelles induisent de nombreuses situations de handicap portant préjudice à l'autonomie, à l'indépendance et à la qualité de vie de la personne. En effet, le mot «dépendance» renvoie à cette notion d'esclavage, la personne est soumise à cette dépendance qui prend le contrôle de sa vie. La majorité des activités de la personne alcoolodépendante ne sont plus qu'en rapport avec l'alcool : se le procurer et le consommer. Les résultats du questionnaire ont permis de confirmer que les personnes alcoolodépendantes rencontrent des difficultés dans leurs AVQ. En effet, les ergothérapeutes ont estimé le niveau de difficulté rencontré par les patients dans la réalisation de leurs AVQ à 60% en moyenne (*figure n°5*). Ainsi, le travail autour des AVQ ne doit pas être négligé, et doit être intégré dans la phase de traitement et de réhabilitation de la personne dépendante à l'alcool.

Des missions en lien avec le quotidien et les AVQ sont incluses dans les missions initiales de l'ergothérapeute (*tableau n°2*). D'après le référentiel d'activité de l'ergothérapeute dans l'arrêté du 5 juillet 2010, il « facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence ».(56) Les ergothérapeutes interrogés sauf un ont répondu être amenés à travailler autour de l'axe des AVQ avec les patients alcoolodépendants. Dans leur pratique, la majorité affirmait consacrer au moins la moitié de leur temps à un travail autour des AVQ. Pour faire le lien avec ce travail, les ergothérapeutes nous ont communiqué quelques raisons justifiant ce choix d'intervention : la mise à mal de la réalisation des AVQ, la présence d'un vide occupationnel, le besoin de retrouver une vie active et d'être remobilisé pour lutter contre cette dépendance. Comme nous avons pu le voir auparavant, l'ergothérapeute, utilise le soin pour et par l'activité. L'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute met l'accent sur le concept d'occupation (activités signifiantes et significatives) en tant que fondement de la pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne.(57) Nous pouvons donc considérer que l'ergothérapeute est un acteur essentiel dans l'accompagnement à la reprise des AVQ avec les personnes alcoolodépendantes. Ainsi, nous pouvons nous interroger sur l'aspect plus pragmatique :

Comment l'ergothérapeute peut-il contribuer à cette reprise des activités de vie quotidienne avec les personnes alcoolodépendantes ?

Pour éclaircir le « comment », nous avons défini trois hypothèses dont nous allons vérifier la validité.

1.2. Vérification des hypothèses

Les recherches théoriques et l'enquête de terrain par le biais du questionnaire ont permis d'apporter des éléments de réponse à notre problématique. Cette étude a pu recenser les différents types d'évaluation, les objectifs visés et les moyens utilisés par l'ergothérapeute dans la reprise des AVQ. Pour répondre au « comment » et tester la validité des deux premières hypothèses, nous avons choisi d'utiliser le processus d'intervention en ergothérapie pour ordonner les résultats et en faciliter la lecture. Selon Sylvie Meyer, ce processus est décrit comme une démarche de résolution de problèmes. Nous allons donc l'aborder dans le cadre de la reprise des AVQ avec les personnes alcoolodépendantes.

Le recueil de données constitue la première étape où sont rassemblées des informations clés sur la personne sur le plan clinique, environnemental et motivationnel, afin de comprendre ses attentes et ses besoins. L'évaluation par l'ergothérapeute des besoins et des capacités des personnes alcoolodépendantes et l'exploration de leur environnement quotidien a été appuyée dans l'étude de Aubin et al sur la signification des AVQ chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves.(53) Pour favoriser la reprise des AVQ, les ergothérapeutes interrogés utilisent tous le recueil de données et l'observation pour analyser les capacités et incapacités de vie quotidienne des patients (*figure n°7*). Pour approfondir leurs observations et cibler ce qui est important pour la personne, ils utilisent le principe de la journée type, des questionnaires sur les habitudes de vie, ou encore des mises en situation écologiques. Peu d'entre eux exploitent les évaluations normées spécifiques aux AVQ comme l'ELADEB (Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins) orientée vers la réhabilitation psychosociale. Nous pouvons ainsi supposer que les ergothérapeutes préféreraient opter pour des évaluations plus générales et moins « papier/crayon ».

Au vu des résultats, nous comprenons que l'évaluation des capacités d'autonomie des patients dans leurs AVQ ne sont pas faites systématiquement (*figure n°6*). Ils l'expliquent par un manque de temps, une structure non adaptée et le déni des patients. Ainsi, il serait préférable d'avoir recours à des évaluations plus standard, comme le recueil de données ; plus accessibles comme les observations et les mises en situation. L'association américaine des ergothérapeutes (AOTA) affirme qu'ils sont formés pour aider les patients à porter un regard sur leur routine quotidienne et analyser comment cela affecte leur état de santé et leurs capacités.(57) La journée type (ou l'horaire occupationnel) pourrait être utilisée en vue de favoriser une prise de conscience du temps consacré à l'alcool, et peut-être enclencher un processus de changement. Dans ses évaluations, l'ergothérapeute prend donc en compte la personne en interaction avec son environnement. Nous retrouvons bien l'approche holistique de l'ergothérapeute, avec la considération de l'interaction personne-occupation-environnement.

Une fois la situation évaluée et analysée, l'ergothérapeute détermine des objectifs atteignables dans le cadre de la reprise des AVQ en accord avec la personne. Tous les ergothérapeutes sondés nous ont dit viser des objectifs thérapeutiques précis, comme rompre une routine en lien avec l'addiction en réorganisant un quotidien sans l'alcool (*figure n°9*). Ils nous ont fait part de la revalorisation de la personne et à plus long terme, de la préparation de son retour à domicile. Nous pouvons noter d'après les résultats que l'intérêt de cette reprise permettrait de maintenir ou d'améliorer les capacités des personnes dans leurs AVQ en réintégrant des savoir-faire et savoir-être dans leur quotidien. Ces objectifs sont en lien direct avec les problématiques que peuvent rencontrer les patients dépendants à l'alcool, comme

explicités précédemment. Ainsi, nous pouvons considérer que cet accompagnement vers la reprise des AVQ pourrait apporter plusieurs bénéfices aux patients alcoolodépendants dans le maintien de leur abstinence.

Une fois le ou les objectifs définis dans le cadre de la reprise des AVQ, il s'agit de définir un plan d'action avec les moyens thérapeutiques utilisés en choisissant des supports d'intervention adaptés. L'ergothérapeute adapte l'activité et accompagne la personne en lui laissant toujours le plus d'autonomie possible. L'entretien individuel est le moyen principal mis en avant par la majorité des ergothérapeutes interrogés (*figure n°10*). Ce moyen permet de comprendre les besoins et les habitudes de vie de la personne et de mettre en place un projet individualisé et spécifique. Nous pouvons imaginer que l'entretien pourrait permettre de travailler sur la réorganisation du quotidien mais aussi de rechercher des activités pouvant susciter du plaisir. Dans son écrit sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes alcoolodépendantes, Lindsay reconnaît que la planification et l'utilisation du temps libre sont importantes pour établir la sobriété permanente.(48) Le cadre de la structure permet également de travailler implicitement sur la routine quotidienne en induisant un rythme journalier régulier à chacun avec notamment le lever, le coucher, les trois repas et les activités calées sur un rythme déterminé. En effet, la prise d'un rythme commun facilite l'inclusion sociale de la personne.

L'atelier cognitif est aussi un moyen très utilisé. Les troubles cognitifs présents associés généralement à une atteinte de la cognition sociale rendent plus difficile la reprise des AVQ, il serait donc nécessaire d'intervenir également sur ces derniers.

Les ergothérapeutes interrogés ont également recours aux mises en situations écologiques (culinothérapie, hygiène personnelle, etc...). En effet, nous pouvons imaginer d'après notre expérience qu'au sein de la structure, l'autonomie de la personne est encouragée dans de nombreuses activités du quotidien comme mettre et débarrasser la table et gérer son linge. La reprise progressive de ces activités simples du quotidien pourrait permettre de rythmer la journée en limitant ainsi le vide occupationnel souvent présent chez la personne alcoolodépendante. Par la mise en situation concrète, nous pourrions permettre à la personne de prendre conscience de ses limites, de remobiliser ses capacités, ainsi d'être revalorisée et de ressentir du plaisir autrement que par la consommation du produit. Par ailleurs, le travail sur la reprise des AVQ pourrait offrir une ouverture vers l'extérieur de la structure et représenterait un axe de travail intéressant pour l'ergothérapeute afin d'aborder la réalité du quotidien. Toutefois, comme les résultats ont pu le souligner, cette ouverture est peu abordée par les ergothérapeutes, ils ont peu, voire pas recours aux visites à domicile (3/13 ergothérapeutes) ni aux mises en situation directement sur le lieu de vie (2/13 ergothérapeutes). Ainsi, nous pouvons voir qu'il a de nombreux moyens et outils possibles à sa disposition pour accompagner l'individu dans la reprise de ses AVQ de façon adaptée. Cependant, nous constatons qu'il est limité pour ouvrir ses interventions à l'extérieur.

Pour établir un plan d'action, il faut également déterminer le type de séance, en individuel ou en groupe. Pour travailler la reprise des AVQ avec les patients alcoolodépendants, les ergothérapeutes interrogés privilégient la forme individuelle (*figure n°11*). Cette pratique permet d'avoir un accompagnement individualisé et plus ciblé. De plus, elle peut limiter la peur du jugement des autres et ainsi permettre de se livrer plus facilement. Cependant, l'intervention en groupe n'est pas négligée, 23% des ergothérapeutes utilisent majoritairement cette forme. En effet, elle peut permettre de favoriser l'entraide, d'instaurer un partage d'expériences facilitant la prise de conscience par la rencontre de problématiques

similaires. C'est pourquoi, nous pouvons supposer qu'il serait intéressant d'avoir recours autant à la pratique en groupe qu'à celle en individuelle pour accompagner la personne alcoolodépendante à la reprise de ses AVQ.

Nous avons cherché également à cibler quels domaines étaient particulièrement abordés par les ergothérapeutes avec les personnes alcoolodépendantes (*figure n°8*). D'après les classements des ergothérapeutes, nous avons pu voir que les soins personnels et les loisirs étaient placés en priorité dans la démarche de reprise des AVQ. La priorité placée sur les soins personnels s'explique par l'accompagnement dans l'autonomisation des besoins de base et l'intérêt d'aborder les loisirs pour permettre de susciter du plaisir et combler le vide occupationnel. Stoffel démontre également ce rôle en expliquant que l'ergothérapeute accompagne non seulement les personnes à cesser de consommer mais se préoccupe également de combler par l'occupation le vide laissé.(51) Les activités comme, faire les courses, gérer les traitements et le travail étaient, quant à elles, peu utilisées par l'ergothérapeute. Nous pouvons imaginer que la gestion des traitements est plus abordée par les infirmiers car elle relève davantage de leurs compétences. De plus, le fait que le travail soit placé en dernière position peut se comprendre par le fait que celui-ci sollicite de nombreuses fonctions cognitives, relationnelles, et psychologiques qui peuvent être altérées chez la personne alcoolodépendante.

Comme nous avons pu le constater, cette pratique de l'ergothérapeute est intéressante. Toutefois, elle peut être rendue difficile par différents freins. Tout d'abord, il a été noté des freins intrinsèques aux patients comme le déni, l'anosognosie, la perte de motivation et les troubles associés (cognitifs, comportementaux, somatiques, ...). La personne alcoolodépendante a des habitudes très ancrées et peut donc se montrer réfractaire aux changements et ne pas adhérer à la prise en soin. Elle peut être dans le déni et ses difficultés dans son quotidien peuvent ne pas représenter une priorité pour elle. Il serait donc important dans un premier temps de travailler sur une prise de conscience et de chercher la motivation du patient en choisissant des activités significatives à ses yeux. Ces freins montrent qu'il est nécessaire de prendre en compte les facteurs personnels dans notre accompagnement (modèle PEO) et de choisir le moment « approprié » dans sa prise en soin (modèle de Prochaska et Diclemente). Les ergothérapeutes ont pu également relever des freins institutionnels comme le temps d'exercice restreint sur la structure, le temps de prise en soin limité et le manque de moyens pour faire des visites à domicile et des sorties à l'extérieur. Nous pouvons donc comprendre que l'intervention de l'ergothérapeute dans cette reprise des AVQ peut être limitée et manquer d'authenticité et de lien avec la réalité du quotidien des personnes.

La majorité des ergothérapeutes interrogés (12/13 ergothérapeutes) pensent qu'un travail autour de la reprise des AVQ participerait à limiter le risque de rechute chez ces patients. Certes, nous apportons des moyens aux patients pour reprendre ses AVQ, cependant la singularité de chacun et la multifactorialité de la maladie font que certains ne sont pas en capacité de travailler sur cette reprise alors que d'autres peuvent y trouver une grande ressource. Il est également important de prendre en compte que l'efficacité de cette réhabilitation est souvent mise à mal par les dysfonctionnements cognitifs et comportementaux. Il faudrait ainsi en parallèle, lutter contre l'altération des fonctions cognitives et comportementales afin de faciliter la reprise des AVQ de façon plus optimale. Par exemple, travailler sur la gestion des émotions et l'amélioration de l'estime de soi pourrait

contribuer à la reprise des AVQ. Avec les problématiques cognitives et comportementales que la personne peut présenter, il serait donc intéressant de faire appel aux AVQ de bases et facilement accessibles, comme les soins personnels et non les activités productives qui peuvent solliciter beaucoup de fonctions et peuvent s'avérer plus compliquées.

Après avoir détaillé le processus d'intervention de l'ergothérapeute dans le cadre de la reprise des AVQ, nous avons constaté qu'il utilisait le lien entre l'activité humaine et la santé en vue d'obtenir une qualité de vie satisfaisante de la personne. Il est à noter que nos activités reflètent en partie notre identité et déterminent notre rôle dans la société. De plus, les activités comme les soins personnels et les loisirs permettent de favoriser les relations sociales et sortir la personne de son isolement. Ainsi, notre première hypothèse émise pourrait donc être validée. En effet, au travers de la reprise des AVQ, l'ergothérapeute permet une inclusion sociale de la personne, en luttant contre son isolement.

D'après les résultats observés, nous pouvons également considérer que la deuxième hypothèse pourrait être validée. En effet, l'accompagnement vers la reprise des AVQ, aiderait notamment l'individu à reprendre confiance en ses capacités, limiterait le temps pouvant être consacré à l'alcool en détournant son attention du produit, favoriserait la reprise d'un rythme quotidien et lutterait contre son isolement. De plus, nous pouvons imaginer que le craving, l'envie irrésistible de consommer, facteur important dans la dépendance, pourrait être limitée par le fait de combler le vide occupationnel et de rompre une routine en lien avec l'addiction.(58) Toutes les conséquences pouvant être induites par la reprise des AVQ sont des facteurs positifs pour un maintien de l'abstinence.

La troisième hypothèse amenant l'idée de l'intégration de l'ergothérapeute à une dynamique interprofessionnelle afin de contribuer à la reprise des AVQ de façon plus holistique a été également démontrée. En effet, les AVQ touchant tous les aspects de l'individu, il serait donc essentiel d'inclure les compétences propres de chaque professionnel pour accompagner de façon plus globale la personne (*tableau n°2*). Comme nous avons pu le constater, la majorité des ergothérapeutes interrogés (12/13 ergothérapeutes) affirment collaborer avec l'équipe pour parvenir à favoriser la reprise des AVQ. Nous pouvons donc supposer que d'une manière générale toute l'équipe pourrait avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement de la personne vers la reprise de ses AVQ. La dynamique interprofessionnelle et la complémentarité de l'équipe représenteraient alors une réelle plus-value pour la prise en soin du patient.

Après avoir développé et prouvé les hypothèses définies, nous pouvons dire que cette recherche a apporté une réponse à la problématique de départ. En effet, bien qu'il n'y ait que treize réponses, par cette recherche nous avons pu appréhender l'approche adoptée par l'ergothérapeute dans la reprise des AVQ avec les patients souffrant d'alcoolodépendance. Ces résultats ont permis de constater que l'ergothérapeute participe activement à la reprise des AVQ et qu'il utilise des outils et des moyens spécifiques à sa discipline tout en s'incluant dans une démarche interprofessionnelle. De par notre positionnement en tant qu'ergothérapeute, l'identification de cet axe de travail pourrait éventuellement nous permettre de promouvoir davantage notre rôle dans le domaine des AVQ. Cela pourrait également apporter un autre axe de travail pour aider la personne à maintenir son abstinence et à retrouver une meilleure qualité de vie.

2. Limites rencontrées

Revenons sur la méthode utilisée pour réaliser cette recherche qui a pu soulever plusieurs biais méthodologiques dans sa mise en place.

De par la complexité de cette pathologie, il nous a été difficile dans un premier temps de cibler notre question de recherche sur un domaine très précis. Les AVQ étant un domaine large et les ressources en science de l'occupation étant variées, les moyens abordés dans cette recherche ne peuvent pas être exhaustifs. L'échantillon interrogé hétérogène et restreint ne donnait pas la possibilité de généraliser les résultats à la pratique de tous les ergothérapeutes travaillant auprès de cette population. De plus, les résultats ont été influencés implicitement par l'appétence de chaque ergothérapeute, par la dynamique de la structure mais aussi par le choix du modèle adopté (biomédical ou sciences de l'occupation).

Par ailleurs, cette recherche ne nous a pas permis de définir des missions selon le type de structure et le temps d'activité dédié comme nous l'aurions souhaité. L'analyse transversale des données n'a pas offert la possibilité de déterminer des profils d'ergothérapeutes en fonction de la structure dans laquelle ils exercent. Nous aurions peut-être dû envisager de restreindre notre population à un type de dispositif. Il est important de noter que dans le questionnaire, les propositions suggérées dans les questions fermées ont pu potentiellement amener les participants à être influencés. De plus, il aurait pu être intéressant de définir en début de questionnaire le terme AVQ pour que chacun soit sur la même perception de ce concept. Ce projet de recherche n'a pas permis de questionner la qualité ni l'efficacité des pratiques recensées et se base essentiellement sur le ressenti subjectif de chaque ergothérapeute. Toutefois, il a permis de faire un premier état des lieux de cette pratique. De plus, le facteur humain et la spécificité de chaque situation de vie ne nous permettent pas d'affirmer que la reprise des AVQ assure le maintien de l'abstinence pour toutes les personnes alcoolodépendantes. Il est donc important d'individualiser notre prise en soin selon les besoins et les difficultés de la personne.

3. Perspectives envisagées

À la suite de ce travail de recherche, plusieurs perspectives peuvent être envisagées.

Pour optimiser la prise en soin de l'alcoolodépendance, il pourrait être envisageable d'adapter celle-ci au profil de chaque patient et à ses besoins. Pour approfondir l'approche de l'ergothérapeute dans la reprise des AVQ avec les personnes alcoolodépendantes nous pourrions l'aborder sous l'angle du modèle de l'occupation humaine (MOH) de Kielhofner.(51) En effet ce dernier, intègre l'habitué, la place que prend la consommation dans les habitudes de vie et aussi la motivation. Nous pourrions adapter notre accompagnement à la personne, en établissant un profil occupationnel et en tenant compte de la signification accordée à ses activités. L'AOTA démontre que le profil occupationnel « permet de comprendre les expériences et l'histoire occupationnelle du client, les modes de vie quotidiens, les centres d'intérêt et les valeurs ». Pour chercher l'adhésion de la personne à cette proposition d'accompagnement à la reprise de ses AVQ, il serait intéressant d'évaluer sa motivation.

Le parcours du patient ne s'arrête pas à la fin de son hospitalisation, un suivi devrait être mis en place pour assurer le maintien de son abstinence. L'intervention de l'ergothérapeute à l'extérieur de la structure devrait être envisagée pour assurer la pérennisation de la reprise des AVQ et rendre la prise en soin plus représentative de la réalité, en intervenant directement dans le milieu écologique de la personne. Ainsi, dans un contexte plus écologique, le transfert des compétences acquises serait facilité. En effet, la structure représente un milieu protecteur et isolé, où la personne hospitalisée est loin de la réalité de son environnement. Le cadre fourni par la structure est favorable au rétablissement des personnes, elles sont soutenues et sont structurées par un certain rythme (planning). Cet aspect a été mis en avant, dans l'étude de Bell et al, sur la perception des patients de l'intervention de l'ergothérapeute dans un centre de réadaptation pour toxicomanes en Afrique.(59) Les patients ont mis en avant leur souhait d'avoir une approche plus pratique des aptitudes à la vie quotidienne. Ils entendent ainsi une mise en pratique de ces aptitudes lorsqu'ils rentrent chez eux.

Conclusion

La multidimensionnalité de l'alcoolodépendance et la spécificité de chaque individu rend cette pathologie complexe. Toutefois, le chemin du traitement vers la guérison est possible même s'il est souvent sinueux et parsemé de rechutes. L'alcoolodépendance étant souvent liée à un facteur d'isolement social, d'ennui et « d'effondrement » dans les AVQ, un travail centré sur les AVQ serait pertinent. L'ergothérapeute par ses compétences et ses approches, pourrait être un acteur-clé au regard des moyens à sa disposition pour accompagner la personne alcoolodépendante vers une reprise de ses AVQ. Cependant, pour optimiser cet accompagnement, il semble indispensable d'inclure les compétences propres de chaque professionnel. Nous pourrions également penser que les bienfaits procurés par la reprise des AVQ pourraient constituer des facteurs positifs à un maintien de l'abstinence.

Ce travail de recherche a été imprégné d'une perspective occupationnelle. L'approche de l'ergothérapie auprès de cette population pourrait ainsi être amenée à évoluer progressivement vers une approche plus occupationnelle conditionnée par l'avancement des recherches en sciences de l'occupation en France.

Cette étude a permis de constater que l'ergothérapeute participait activement à la reprise des AVQ auprès des personnes alcoolodépendantes et qu'il utilisait des outils et des moyens spécifiques à sa discipline tout en s'incluant dans une dynamique interprofessionnelle. Nous avons pu comprendre comment il accompagnait les personnes alcoolodépendantes dans cette démarche. Ce travail pourrait être vu sous une approche plus centrée sur l'engagement. Il serait intéressant de mesurer l'impact des pratiques recensées impulsant la reprise des AVQ dans le maintien de l'abstinence de la personne.

Cette initiation à la recherche nous a également permis d'expérimenter un outil méthodologique, le questionnaire, et de comprendre ses avantages et ses inconvénients.

L'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrant d'alcoolodépendance mériterait d'être plus reconnue, en utilisant notamment la recherche pour appuyer sa pratique dans ce domaine et en attribuant des postes à temps plein pour permettre d'améliorer la prise en soin des patients. Pour assurer une pérennisation de la reprise des AVQ de la personne dans son lieu de vie, nous pourrions envisager d'effectuer des visites à domicile lors de son hospitalisation et de proposer un suivi afin d'être favorable à une prise en compte plus authentique des difficultés de retour à une vie abstinentes.

Références bibliographiques

1. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [Internet]. 2019. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6.pdf
2. Mathilde Saïet. Les addictions. Presses universitaires de France. 2011.
3. Cottencin O. Traitements médicamenteux et psychothérapeutiques de l'alcoolodépendance. La Presse Médicale. juill 2018;47(7-8):677-85.
4. plan_addictions_2007_2011.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
5. synthese_plan_addictions_2007_2011.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_plan_addictions_2007_2011.pdf
6. Goodman A. Addiction: definition and implications. Addiction. nov 1990;85(11):1403-8.
7. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/quest-ce-quune-addiction/>
8. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? :4.
9. Pillon F. Notions de base en addictologie. Actualités Pharmaceutiques. 1 mars 2009;48(483):10-2.
10. Karila L, Benyamina A. Addictions. Revue des Maladies Respiratoires. févr 2019;36(2):233-40.
11. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. L'information psychiatrique. 2009;Volume 85(7):611-20.
12. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
13. Publication d'un outil d'aide au repérage précoce pour intervenir rapidement et suivre les consommations [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/toutes-les-actualites/publication-dun-outil-daide-reperage-precoce-intervenir-rapidement-suivre-consommations>
14. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions plan 2007-2011 [Internet]. 2007. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
15. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
16. RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
17. Alcool & Santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
18. Santé publique France - Alcool et santé : Santé publique France s'engage dans une stratégie de réduction des risques [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Alcool-et-sante-Sante-publique-France-s-engage-dans-une-strategie-de-reduction-des-risques>

19. World Health Organization, World Health Organization, World Health Organization, Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018. 2018.
20. Fouquet. L' « Éloge » de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie. *Alcool ou Santé*. 1967;82:3-11.
21. INPES - Alcool [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/index.asp>
22. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
23. Santé Publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. mai 2017; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca>
24. INPES. Alcool, pour en finir avec les idées reçues [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/17514225/alcool-pour-en-finir-avec-les-idees-recues-inpes>
25. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie. Perceptions et Opinions des Français sur les drogues. oct 2013; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmtta.pdf>
26. 1811-Fiche-Reperes-ANPAA---Reperes-alcool.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/images/media/TELECHAR-2018/1811-Fiche-Reperes-ANPAA---Reperes-alcool.pdf>
27. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan addictions 2007-2011 [Internet]. 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
28. plan_lutte_drogue_2013-2017_mildt_v2.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2013/09/plan_lutte_drogue_2013-2017_mildt_v2.pdf
29. Perney P, Rigole H, Blanc F. Alcoolodépendance : diagnostic et traitement. *La Revue de Médecine Interne*. avr 2008;29(4):297-304.
30. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Bureau des expertises collectives. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance : [synthèse et recommandations. Paris: Inserm; 2003.
31. Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. *L'Encéphale*. juin 2014;40(3):276-85.
32. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005;29(11):2001-7.
33. Cognat-Brageot M, Louville P, Limosin F. Comorbidités psychiatriques dans l'alcoolodépendance. :5.
34. Cabé N, Laniepece A, Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, et al. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. *L'Encéphale*. févr 2016;42(1):74-81.
35. Profil neuropsychologique des patients alcoolo-dépendants. Identification dans un service d'addictologie et intérêt pour leur prise en charge. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/474845/>
36. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease

- Model of Addiction. Longo DL, éditeur. *New England Journal of Medicine*. 28 janv 2016;374(4):363-71.
37. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. sept 2018;392(10152):1015-35.
 38. Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatoński W, Hashibe M, et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. *International Journal of Cancer*. 2016;138(6):1380-7.
 39. decret-missions-csapa-140507.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/images/stories/2014telechargements/decret-missions-csapa-140507.pdf>
 40. Borloo - 2005 - Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/images/stories/2014telechargements/decret-missions-caarud-191205.pdf>
 41. PJ1_circulaire_DGS6BDHOSO22007203_16mai2007.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2013/08/PJ1_circulaire_DGS6BDHOSO22007203_16mai2007.pdf
 42. circ260908-addictologie.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2013/08/circ260908-addictologie.pdf>
 43. cir_18785.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18785.pdf
 44. Dawson DA. Correlates of Past-Year Status Among Treated and Untreated Persons with Former Alcohol Dependence: United States, 1992. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1996;20(4):771-9.
 45. Haute Autorité de Santé - Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271905/fr/modalites-de-l-accompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage
 46. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002;97(3):265-77.
 47. Rojo-Mota G, Pedrero-Pérez EJ, Huertas-Hoyas E. Systematic Review of Occupational Therapy in the Treatment of Addiction: Models, Practice, and Qualitative and Quantitative Research. *American Journal of Occupational Therapy*. 24 juill 2017;71(5):7105100030p1.
 48. Lindsay WP. The Role of the Occupational Therapist Treatment of Alcoholism. *Am J Occup Ther*. 1 janv 1983;37(1):36-43.
 49. MOREL-BRACQ Marie-Chantal. Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. De boeck supérieur. 2017.
 50. Sylvie Meyer. De l'activité à la participation. De Boeck. 2013. 274 p.
 51. Vignola-Mir A, Morin C, Desrosiers JJ. Comorbidité santé mentale et trouble lié à l'utilisation de substance : le rôle de l'ergothérapeute [Internet]. Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie (CARAFE); 2017 [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.rfre.org/index.php/RFRE/article/view/49>
 52. Hoxmark E, Wynn TN, Wynn R. Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. janv 2012;19(1):78-83.
 53. Aubin G, Hachey R, Mercier C. La signification des activités quotidiennes chez les

personnes souffrant de troubles mentaux graves. Canadian Journal of Occupational Therapy. oct 2002;69(4):218-28.

54. Paille MF, Penin MF, KÜHLER MF, Perarnau MJ. Indications et choix d'un centre de soins de suite et de readaptation pour malades alcoolodépendants. :115.

55. SFA - Société Française d'Alcoologie [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=annuaire>

56. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>

57. Recovery With Purpose: Occupational Therapy and Drug and Alcohol Abuse [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/Articles/RecoveryWithPurpose.aspx>

58. Guilbaud E, Boudoukha AH, Acier D. Croyances dysfonctionnelles liées au craving : évolution auprès des patients en post-cure d'alcoologie. L'Évolution Psychiatrique. juill 2013;78(3):415-23.

59. Bell T, Wegner L, Blake L, Jupp L, Nyabenda F, Turner T. Clients' perceptions of an occupational therapy intervention at a substance use rehabilitation centre in the Western Cape. South African Journal of Occupational Therapy. 2015;45(2):10-4.

60. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

Annexes

Annexe I. Les critères de l'addiction selon Goodman, 1990 (6).....	56
Annexe II. Les critères diagnostiques d'un « Trouble de l'usage de substance », DSM-V (10)	57
Annexe III. Critères diagnostiques de la « dépendance » selon la CIM-10 (23).....	58
Annexe IV. Le cercle de Prochaska et Di Clemente (61).....	59
Annexe V. Questionnaire envoyé aux ergothérapeutes	60

Annexe I. Les critères de l'addiction selon Goodman,1990 (6)

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à faire ce comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement au moment du comportement.
- D.** Sensation de perte de contrôle.
- E.** Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 1. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires, familiales ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées à cause du comportement.
 7. La pérennité du comportement malgré la conscience du caractère pathologique par le sujet.
 8. La tolérance nécessitant une augmentation de l'intensité et/ou de la fréquence du comportement afin d'obtenir l'effet désiré ou correspondant à une diminution des effets procurés par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité pour le sujet de réaliser ce comportement.

Annexe II. Les critères diagnostiques d'un « Trouble de l'usage de substance », DSM-V (10)

Le trouble de l'usage de substances (TUS) est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

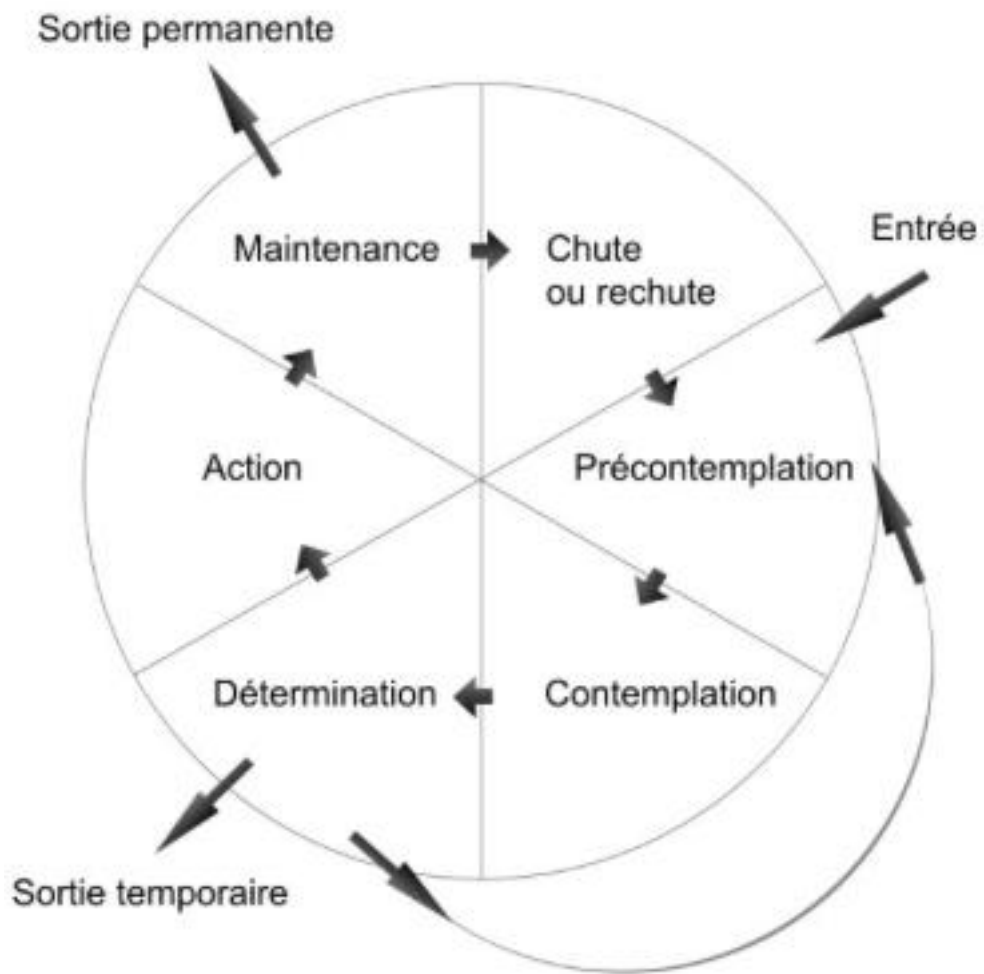
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir 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 les effets 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 : besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
11. 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.

Annexe III. Critères diagnostiques de la « dépendance » selon la CIM-10 (23)

Selon la CIM-10, le diagnostic de dépendance doit être posé si au minimum trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps de façon habituelle au cours des 12 derniers mois :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
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 même substance (ou d'une substance apparentée) 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'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 ;
6. 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.

Annexe IV. Le cercle de Prochaska et Di Clemente (60)



Annexe V. Questionnaire envoyé aux ergothérapeutes

Etat des lieux de la prise en soin en ergothérapie dans la reprise des activités de la vie quotidienne d'un patient alcoolo-dépendant.

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse au rôle de l'ergothérapeute dans la reprise des **activités de la vie quotidienne des patients alcoolo-dépendants**. C'est pourquoi, je mène une enquête destinée aux ergothérapeutes exerçant auprès des alcoolo-dépendants ce qui me permettra de faire un état des lieux des pratiques par rapport à l'axe des activités de la vie quotidienne.

Ce questionnaire vous prendra une dizaine de minutes et votre anonymat sera conservé.

Je vous remercie pour le temps que vous accorderez à ma recherche.

Si vous souhaitez bénéficier d'informations complémentaires, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail suivante : pauline.chezeaud02@etu.unilim.fr

CHEZEAUD Pauline (étudiante en 3ème année d'ergothérapie, à l'Institut de Formation aux Métiers de la Réadaptation, Limoges)

Présentation

Depuis combien de temps êtes vous diplômé ?

Avez-vous fait des formations complémentaires au Diplôme d'État d'Ergothérapie (si oui, veuillez préciser lesquelles) ?

Possédez-vous le diplôme inter-universités (DIU) addictologie ?

- Oui
 Non

Depuis combien de temps pratiquez-vous dans le domaine de l'addictologie ?

Dans quel établissement exercez-vous ?

- Service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)
 - Hôpital de jour en addictologie (HDJ)
 - Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
 - Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
 - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques des Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.)
 - Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)
 - Autre
-

Quel est votre temps d'activité dédié au service d'addictologie dans lequel vous travaillez ? (en équivalent temps plein : ETP)

- De 0 à 0,2 ETP
- De 0,2 à 0,4 ETP
- 0,5 ETP
- De 0,6 à 0,8 ETP
- De 0,8 à 0,9 ETP
- 1 ETP

Structure de travail

Quels sont les professionnels qui composent l'équipe de la structure dans laquelle vous travaillez ?

- Médecin psychiatre, addictologue
- Médecin généraliste
- Psychologue
- Cadre de santé
- Infirmier
- Aide-soignant
- Assistante sociale
- Moniteur éducateur
- Aide Médico-Psychologique
- Neuropsychologue
- Psychomotricien
- Art-thérapeute
- Diététicienne
- Moniteur d'atelier
- Enseignant en Activité Physique Adaptée
- Agent des Services Hospitaliers
- Secrétaire
- Autre

Combien de patients alcoolo-dépendants avez-vous à votre charge dans votre file active de l'année ?

- < 30 patients
- Entre 30 et 50 patients
- Entre 50 et 80 patients
- > 80 patients

Pouvez-vous estimer en pourcentage le niveau de difficulté que vos patients rencontrent dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne (0% = aucune difficulté, 100% = difficulté maximale) ?

0% 100%

Pouvez-vous estimer la proportion de vos patients ayant des difficultés cognitives ?

0% 100%

Pensez-vous que ces difficultés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont uniquement engendrées par leurs difficultés cognitives ?

- Oui
- Non
- Pas toujours

Missions de l'ergothérapeute au sein du service d'addictologie

Quels sont vos axes de travail en tant qu'ergothérapeute auprès de la population d'alcoolo-dépendants ? (Énumérez les en tirets sous forme de mots clés)

Êtes-vous amené en tant qu'ergothérapeute à travailler autour de l'axe de la vie quotidienne auprès des patients alcoolo-dépendants ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi n'abordez-vous pas cet axe de travail dans vos prises en soin ?

- Manque de temps dédié à la structure
- Ne fait pas partie des missions de cette structure
- Patients ne rencontrant pas de difficulté dans leurs activités de la vie quotidienne
- Autre

Si oui, pourquoi abordez-vous cet axe des AVQ avec les patients alcoolo-dépendants ?

Prise en soin à visé d'amélioration de leurs capacités dans les activités de la vie quotidienne

Cette partie concerne uniquement les ergothérapeutes utilisant l'axe des activités de la vie quotidienne auprès de cette population.

Évaluez-vous systématiquement les capacités d'autonomie des patients dans leurs AVQ ?

- Oui
- Non (si non, pourquoi ?)

Par quels moyens évaluez-vous les capacités de vie quotidienne des patients ? *(possibilité de cocher plusieurs réponses)*

- Recueil de données
- Bilan interne
- Observations
- Mises en situation écologique
- Évaluations normées : IADL, ADL, MIF, questionnaire habilités de vie autonome...
- Questionnaire sur les habitudes de vie
- Journée type
- Visite à domicile
- Autre

Quels sont les domaines que vous abordez dans les AVQ ? (classez du plus fréquent au moins fréquent)

<input type="checkbox"/> Hygiène personnelle
<input type="checkbox"/> Prendre soin de son lieu de vie
<input type="checkbox"/> Hygiène alimentaire
<input type="checkbox"/> Faire les courses
<input type="checkbox"/> Préparer un repas
<input type="checkbox"/> Prendre ses traitements
<input type="checkbox"/> Gestion administrative (démarches, budget, ...)
<input type="checkbox"/> Déplacements
<input type="checkbox"/> Loisirs
<input type="checkbox"/> Travail
<input type="checkbox"/> Autre

Quels sont les objectifs thérapeutiques que vous souhaitez atteindre en utilisant l'axe des activités de vie quotidienne ? (possibilité de cocher plusieurs réponses)

- Réintégrer des savoir-faire et savoir-être dans le quotidien
- Reprendre confiance en ses capacités (travail sur l'estime de soi)
- Gérer son quotidien différemment sans le produit addictif (rompre une routine en lien avec l'addiction)
- Promouvoir le maintien et l'amélioration des capacités dans les activités de vie quotidienne
- Améliorer la qualité de vie du patient
- Préparer son retour à domicile
- Autre

Quels moyens thérapeutiques utilisez-vous pour travailler autour de ses objectifs de vie quotidienne ? (possibilité de cocher plusieurs réponses)

- Entretien individuel (organisation de la semaine,...)
- Mises en situation écologique (culinothérapie, courses, hygiène personnelle, prendre les transports en commun,...)
- Mises en situation sur le lieu de vie
- Ateliers vie quotidienne (gestion du budget, prendre soin de soi, hygiène du logement, ...)
- Groupe de parole
- Atelier cognitif
- Visite à domicile
- Autre

Quelle forme d'intervention privilégiez-vous pour travailler autour de la vie quotidienne de ces patients ?

- Majoritairement en groupe
- Majoritairement en individuel
- Autant en individuel qu'en groupe

Pourquoi privilégiez-vous cette forme d'intervention ?

Selon vous, quels sont les freins qui peuvent rendre difficile ce travail autour des AVQ auprès des patients alcoolo-dépendants ?

Dans votre pratique, combien de temps accordez-vous à cet axe de travail (les AVQ) ?

- 25% de votre pratique
- 50% de votre pratique
- 75% de votre pratique
- 100% de votre pratique

D'autres professionnels sont-ils impliqués avec vous dans la reprise des activités de la vie quotidienne ? (si oui précisez lesquels)

- Non
- Oui (si oui, précisez lesquels)

De quelle manière sont-ils impliqués dans cette reprise des AVQ ? (objectifs par profession)

Pensez-vous que travailler autour de cet axe de la vie quotidienne participe à limiter le risque de rechute chez ces patients ?

- Oui
- Non (si non, pourquoi ?)

Auriez-vous des éléments complémentaires à apporter concernant la reprise des activités de la vie quotidienne auprès des patients alcoolo-dépendants pour faire avancer ma recherche ?

État des lieux de la prise en soin en ergothérapie dans la reprise des activités de la vie quotidienne avec les patients alcoolodépendants.

Contexte : En France comme dans le monde, l'alcoolodépendance représente un véritable enjeu de santé publique. La complexité de cette pathologie, par son impact possible sur toutes les sphères de l'individu nécessite une prise en soin biopsychosociale globale et adaptée à la spécificité de chacun. De par son approche holistique et occupationnelle, l'ergothérapeute peut trouver sa place dans l'accompagnement des personnes dépendantes à l'alcool. La personne alcoolodépendante désinvestit toutes ses AVQ en laissant place uniquement aux activités en lien avec l'alcool. Ce mémoire de fin d'études a pour objectif de définir comment l'ergothérapeute pourrait contribuer à la reprise des AVQ des personnes alcoolodépendantes.

Méthode : Pour répondre à cette problématique, une enquête de terrain a été réalisée par le biais d'un questionnaire envoyé aux ergothérapeutes exerçant en France auprès des personnes alcoolodépendantes. **Résultats** : Sur 14 ergothérapeutes interrogés 13 nous ont affirmé travailler autour de l'axe de la vie quotidienne avec les personnes alcoolodépendantes. Nous avons également pu voir que les ergothérapeutes ont de nombreux moyens à leur portée pour impulser la reprise des AVQ. De plus, ils considèrent que ce travail autour des AVQ pourrait permettre de participer au maintien de l'abstinence des personnes alcoolodépendantes. **Conclusion** : Par son accompagnement, l'ergothérapeute pourrait contribuer à permettre la reprise des AVQ de la personne alcoolodépendante tout en s'incluant dans une dynamique interprofessionnelle.

Mots-clés : Alcoolodépendance ; Prise en soin ; Ergothérapie ; Activités de la vie quotidienne

Stay of play of occupational therapy care in the resumption of activities of daily living with alcohol-dependent patients.

Background : In France and around the world, alcohol dependence is a real public health issue. The complexity of this pathology, through its possible impact on all spheres of the individual requires comprehensive biopsychosocial care adapted to the specificity of each individual. Through his holistic and occupational approach, the occupational therapist can find his place in the support of people dependent on alcohol. The alcohol-dependent person disinvests all his activities of daily living (ADL), giving way only for alcohol related activities. The purpose of this dissertation is to define how occupational therapists could contribute to the resumption of activities of daily life for alcohol-dependent persons. **Method** : To address this issue, a field survey was conducted using a questionnaire sent to occupational therapists working with alcohol-dependent people in France. **Results** : 13 Out of 14 occupational therapists interviewed, told us that they work around the axis of daily life with alcohol-dependent people. We have also seen that occupational therapists have many ways to promote the recovery of ADLs. In addition, they consider that this work on ADLs could help maintain abstinence for alcohol-dependent people. **Conclusion** : Through his or her support, the occupational therapist could contribute to the recovery of the alcohol-dependent person's ADLs while being included in an interprofessional dynamic.

Keywords : Alcohol dependence ; Caretaking ; Occupational therapist ; Activities of daily living

