

## SOMMAIRE

1	INTRODUCTION .....	1
1.1	Contexte .....	1
1.1.1	Utilité sociale et intérêt professionnel .....	1
1.2	Questionnement .....	2
1.3	Thème général .....	3
1.4	Problématique pratique .....	4
1.4.1	L'alcoolo-dépendance .....	5
	La dépendance .....	5
	Le diagnostic .....	5
	Les différents usages .....	5
1.4.2	Conséquences de l'alcool .....	6
	Dépendance psychique .....	6
	Dépendance physique .....	6
	Dépendance sociale .....	7
1.4.3	Lien entre la dimension psychique et dimension physique .....	8
1.4.4	Le déni .....	10
1.4.5	Parcours de soin .....	11
	Cures .....	11
	Postcures .....	12
	Unité somato-psychique et processus décisionnel .....	13
	Emotions et rechutes .....	14
1.4.6	La motivation au changement .....	15
1.4.7	Motivation au changement et unité somato-psychique .....	16
1.4.8	L'Insight et la conscience du trouble .....	18
1.4.9	Ergothérapie et alcoolodépendance .....	19
1.5	Problématique théorique .....	20
1.5.1	La prise en soin en ergothérapie .....	20
1.5.2	La motivation au changement .....	22
1.5.3	L'Insight .....	24
1.5.4	Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) .....	25
1.5.5	Objet de recherche .....	28
2	MATERIEL ET METHODE .....	28
2.1	Méthode choisie .....	28

2.2	Population interrogée .....	29
2.3	Construction de l'outil .....	29
2.4	Déroulement de l'enquête .....	30
2.5	Choix des outils de traitement des données .....	31
3	RESULTATS .....	32
3.1	Présentation des ergothérapeutes interrogés .....	32
3.2	Analyse transversale des données .....	33
3.3	Pour aller au-delà de la matrice conceptuelle .....	44
4	DISCUSSION DES DONNEES .....	46
4.1	Interprétation des résultats : .....	46
4.2	Réponse à l'objet de recherche .....	49
4.3	Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche .....	52
4.4	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle .....	53
4.5	Apport, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats .....	56
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>59</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>62</b>
	<b>Annexe 1 : Critères DSM 5 pour le diagnostic de l'alcoolodépendance .....</b>	<b>62</b>
	<b>Annexe 2 : Préenquête .....</b>	<b>63</b>
	<b>Annexe 3 : Matrice conceptuelle .....</b>	<b>63</b>
	<b>Annexe 4 : Entretien n°1 .....</b>	<b>65</b>
	<b>Annexe 5 : Entretien n°2 .....</b>	<b>79</b>
	<b>Annexe 6 : Entretien n°3 .....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUCTION

### 1.1 Contexte

Ces deux premières années d'études en ergothérapie m'ont beaucoup apporté, j'ai enfin pris conscience du potentiel de ce métier dans la prise en charge. Ergothérapie signifie « thérapie par l'activité », elle vient du Grec « *ergon* » : travail et de « *therapia* » : soin / service. Je me suis rendu compte de l'incroyable diversité du potentiel thérapeutique de l'activité qui est un des fondements de cette profession et cela me conforte chaque jour dans mon choix de vie professionnelle.

Lors d'un cours de santé mentale en ergothérapie, le professeur que nous avions, nous a parlé de l'importance du corps chez les alcoolodépendants qui est souvent laissé à l'abandon, alors qu'il peut être un réel atout pour améliorer le sevrage, notamment dans le ressenti du corps à jeun. J'ai toujours été attirée par le lien entre le corps et l'esprit, encore plus depuis mon entrée en école d'ergothérapie, grâce au cours et aux stages que j'ai eu l'occasion de faire pendant mes trois années d'études. Je me suis donc intéressée à ce lien corps-esprit dans l'alcoolodépendance en ergothérapie, en me demandant notamment pourquoi ce corps est-il détérioré, en quoi il peut être un élément obstacle ou facilitant dans la prise en charge et quel pourrait être le rôle de l'ergothérapie dans ce cas. J'ai très vite constaté que ce domaine était encore peu investi par l'ergothérapie et qu'il y avait peu d'écrits à ce sujet. J'ai donc décidé faire de la recherche sur l'alcoolodépendance et d'apporter ma contribution aux travaux déjà effectués par le reste de la profession.

Pour cela je me pose deux premières questions : où en est la recherche en alcoologie, et est-ce que la notion du corps, relié à celle de l'esprit, est intéressante et pertinente dans une prise en charge chez les alcoolodépendants ?

#### 1.1.1 Utilité sociale et intérêt professionnel

L'alcoolisme est la deuxième cause de mortalité prématuée en France. D'après l'INPES<sup>1</sup>, chaque année, le nombre de décès liés à la consommation d'alcool serait de 40 000 à

---

<sup>1</sup> Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

50 000, soit près de 10% de la mortalité, toutes causes confondues. Ils estiment à 5 millions le nombre de personnes ayant des difficultés d'ordre psychologique, sociale ou médicale à mettre en relation avec l'alcool. Cela représente donc un véritable problème de santé publique. (1)

Il est important de noter qu'il n'existe pas de centre de recherche en alcoologie en France, alors que les USA en comptent une vingtaine. Les budgets pour la recherche en alcoologie en France sont quasi nuls, en effet ils sont en priorité donnés aux recherches sur d'autres drogues, comme la cocaïne, l'héroïne ou encore le sucre. La France se place en dernière position des publications scientifiques sur l'alcool, malgré son coût social très important (120 milliard d'euros par an d'après l'INPES) et son budget de publicité contre l'alcool qui représente 200 millions d'euros par an. La France reste un des pays européens les plus consommateurs d'alcool. La recherche pour déminuer le coût de cette addiction est donc primordiale.

La Fondation pour la recherche en alcoologie soutient de nombreuses études de haut niveau, pour étudier les modes de consommation et les effets. La fondation explique que l'objectif de ces recherches est d'étudier les facteurs de risque de basculement vers la dépendance et les éléments favorisant la sortie de ces situations pathologiques. Elles cherchent notamment comment consolider les traitements proposés et le maintien de l'abstinence. (2)

Mon travail s'inscrit dans cet axe de la recherche en alcoologie, en lien avec les compétences en ergothérapie. Par ce mémoire, je tente de faire avancer la recherche dans l'accompagnement des personnes alcoolodépendantes. Je montre aussi les compétences qu'un ergothérapeute peut offrir au sein de cette prise en soin en alcoologie, les écrits dans ce domaine étant très pauvres pour l'instant.

## 1.2 Questionnement

Effectivement, la recherche en alcoologie est pauvre en France, pour des questions de budgets, de priorités et de culture, la recherche dans ce domaine est donc pertinente et d'utilité sociale. Pour en revenir à l'idée de départ qui est la question du corps chez les alcoolodépendants, nous pouvons nous demander en quoi le corps est-il une problématique ?

Tout d'abord, nous pouvons observer les conséquences sanitaires : en effet d'après l'INSERM<sup>2</sup> (3), l'alcool est responsable de plus de 200 maladies et atteintes diverses : notamment la cirrhose alcoolique, le syndrome de Korsakoff<sup>3</sup>(4), le cancer, les maladies cardiovasculaires et des troubles cognitifs. Nous pouvons aussi observer des conséquences

---

<sup>2</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale

<sup>3</sup> Ensemble de troubles neurologiques (amnésie, fabulation, polynévrite)

socio-professionnelles : les représentations négatives de l'alcoolisme provoquent un repli sur soi, des difficultés dans la relation à l'autre, une baisse de la performance au travail, des problèmes financiers et judiciaires. Il est très difficile de trouver un moyen pour arriver à détacher la personne de l'alcool, addiction qui est souvent présente depuis de nombreuses années comme unique point de repère et de soutien.

Une autre conséquence en lien avec la conséquence sanitaire vient attirer notre attention : la place du corps chez la personne alcoolodépendante. Il est souvent négligé, délaissé, matérialisé en fonctions distinctes et non comme un tout lui appartenant. L'alcoolodépendant consulte pour son foie, son estomac, en niant les effets de l'intoxication. De plus ce corps est sujet à de nombreuses représentations négatives par la société, en effet le corps de l'alcoolodépendant dégoûte, fait peur, c'est la figure de « l'ivrogne », incapable de boire avec modération, seul et insociable. (5) Les relations deviennent difficiles et l'alcoolodépendant reçoit les paroles de l'autre comme un perpétuel jugement.

Nous notons là un axe très important dans la prise en soins des personnes alcoolodépendantes. En parallèle de l'axe purement psychologique de l'alcoolodépendance, l'axe physique, ou corporel, semble avoir un impact sur la maladie.

Le corps est pourtant l'outil indispensable à la communication et à la sociabilisation. Merleau Ponty fonde en 1945 une véritable philosophie du corps, il explique que le corps ne peut pas être considéré comme un objet extérieur à soi, il est le lien entre l'intérieur et l'extérieur, il permet de comprendre la relation de l'être humain au monde. (6)

Le corps pourrait être un élément important de la prise en charge des alcoolodépendants.

De fait, nous pouvons nous demander en quoi la prise en charge du corps serait -elle importante, de quoi serait-elle faite, et quelle pourrait-être la place de l'ergothérapie ?

### 1.3 Thème général

Pour répondre à ces questions, nous allons cibler nos recherches sur les alcoolodépendants adultes en phase de sevrage, qui ont besoin de renouer un lien avec leur corps, notamment dans le ressenti à jeun (c'est à dire sans être alcoolisé).

Les recherches s'inscriront dans les différentes institutions où il est possible de travailler

dans ce domaine et avec la notion du corps (Hôpital de jour, CSAPA<sup>4</sup>, CMP<sup>5</sup> par exemple, pas obligatoirement spécialisé en alcoolologie), afin de bénéficier d'un maximum de ressources.

L'ensemble des professionnels présents et qui peuvent avoir un avis sur ce thème seront susceptible d'être interrogés, pour définir la prise en charge, en plus du champ d'intervention de l'ergothérapeute.

#### 1.4 Problématique pratique

Pour être dans le cadre d'une démarche scientifique, nous allons faire une revue de la littérature concernant l'alcoolodépendance, la notion du corps et le rapport avec l'ergothérapie. En effet l'objectif de la revue de littérature consiste à synthétiser l'état actuel de la recherche en lien avec notre problématique.

Pour cela, nous allons nous intéresser à la banque de données Cairn et Pascal et Francis pour leur apport en sciences humaines et sociales, en lien avec l'accompagnement des personnes alcoolodépendantes, mais aussi EM Premium pour son apport médical et paramédical, BDSP (banque de données en santé publique) et enfin OT Seekers et CJOT (Canadian journal of Occupational Therapy) pour des données en ergothérapie.

Mes mots clés pour ma recherche sont :

- Alcool (alcohol)
- Corps (body)
- Ergothérapie (occupational therapy)

La littérature en ergothérapie est pauvre dans le domaine du corps de l'alcoolodépendant, cependant, cette revue de littérature va nous permettre de nous rendre compte de la complexité de cette pathologie. En effet, elle demande une prise en charge et un accompagnement réfléchi comme beaucoup d'autres pathologies, mais qui effectivement, devrait s'intéresser au corps du patient. Nous allons expliquer pourquoi dans la suite du mémoire.

En plus de la revue de littérature, nous allons nous servir des résultats d'une pré-enquête à l'attention de tous les professionnels qui travaillent avec des personnes alcoolodépendantes. Ce questionnaire vise à vérifier sur le terrain les données de la revue de littérature et aussi à

---

<sup>4</sup> Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

<sup>5</sup> Centre médico-psychologique

faire émerger un questionnement, en plus de la revue.

Tout d'abord décrivons l'alcoolodépendance, en définissant certaines notions importantes, pour bien comprendre dans quel contexte s'inscrivent nos questions.

#### 1.4.1 L'alcoolodépendance

##### *La dépendance*

D'après la CIM 10<sup>6</sup> la dépendance se caractérise par « l'ensemble des phénomènes cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substance entraîne un désinvestissement progressif des autres activités » (7)

##### *Le diagnostic*

D'après un dossier sur les addictions tiré de l'INSERM, réalisé par Bertrand Nalpas, directeur de recherche à l'INSERM et chargé de mission addiction (décembre 2014), « les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères » (3)

Le diagnostic repose sur différents critères d'après le DSM<sup>7</sup> (8). Parmi eux, nous pouvons relever la perte de contrôle de soi, une répercussion sur les activités scolaires ou professionnelles ou encore une poursuite de la consommation même si le sujet à conscience des troubles qu'elle engendre. (Annexe 1)

##### *Les différents usages*

On distingue plusieurs types d'usages d'une substance psychoactive :

*Le non usage* : toute conduite à l'égard d'une substance psychoactive caractérisée par une absence de consommation.

*L'usage* : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'absence de risque, l'absence de dommages et de dépendance.

*Le mésusage* : toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisées par l'existence de risques et/ou de dommage et/ou de dépendance :

<sup>6</sup> Classification internationale des maladies

<sup>7</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- Usage à risque : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'existence de risques ET l'absence de dépendance ET de dommages.
- Usage nocif : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'existence de dommages ET l'absence de dépendance.
- Usage avec dépendance : toute conduite de consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'existence d'une dépendance : perte de la maîtrise de la consommation, quels que soient la fréquence et le niveau de la consommation et qu'il existe ou non des dommages. Ce dernier usage demande un sevrage et une abstinence, par substitution ou compensation. (9)

#### 1.4.2 Conséquences de l'alcool

D'après l'association « Alcool Assistance » (10) l'alcool donne une triple dépendance, d'abord psychique, puis physique et sociale :

##### *Dépendance psychique*

Elle commence toujours avant la dépendance physique. L'alcool produit des psychotropes qui modifient le psychisme du sujet. Il est au départ source de plaisir, plaisir du groupe, plaisir intérieur, sensation de bien-être, il rend euphorique et permet de vivre dans l'imaginaire. L'alcool est aussi connu comme médicament contre l'anxiété et la dépression, que l'on peut s'offrir en société en toute circonstance. A partir de là commence la « lune de miel » entre le sujet et l'alcool. Les petits tracas du quotidien sont masqués, la communication est améliorée, les tensions psychologiques sont apaisées. Cependant l'alcool ne résout pas les problèmes, il les cache.

Petit à petit, le sujet se retrouve sur une montagne de problèmes qu'il va tenter de cacher en augmentant les doses d'alcool. Cette augmentation va marquer la dépendance physique, avec des conséquences sociales, désintéressement pour l'entourage, désocialisation, dépression nerveuse. Le sujet se bat avec lui-même, pour ne pas voir qu'il EST ce que lui-même pense des alcoolodépendants, des personnes méprisables. C'est le mécanisme du déni.

##### *Dépendance physique*

Après la dépendance psychique, vient la dépendance physique, qui est la perte de liberté du corps à s'abstenir d'alcool. Plus les cellules du corps sont en contact avec l'alcool dans le

sang et les milieux extra-cellulaires, plus elles vont s'habituer à vivre dans ce milieu. Cela aboutit à un phénomène de tolérance, qui pousse le sujet à augmenter les doses pour retrouver l'effet recherché. Le cerveau se met alors à fabriquer des endorphines « like » qui vont bloquer les endorphines naturelles du sujet, indispensables à la survie. Le sujet devient alors dépendant aux endorphines « like », donc à l'alcool. Quand il n'a plus d'endorphines « like », il y a un manque, que le sujet va chercher à combler avec l'alcool, en trouvant un prétexte pour se déculpabiliser et pour éviter de se rendre compte de sa dépendance.

### *Dépendance sociale*

Lorsque la dépendance physique est installée, toutes les instances sociales vont rejeter l'alcoolodépendant. L'entourage sait qu'il l'est, sauf le sujet alcoolodépendant lui-même. Il se sent alors persécuté et l'entourage dupé par des promesses qui ne sont jamais tenues à cause du manque. Les problèmes sociaux vont s'ajouter à la dépendance psychique et physique : le licenciement, des sanctions par la justice qui ne reconnaît pas la dépendance physique. Enfin le corps médical continu de soigner l'alcoolodépendant comme un sujet sain, ce qui aboutit à des prises en charge inadaptées.

Jean Paul Descombey (psychiatre et psychanalyste) explique : « C'est le corps-propre, tout simplement, qui n'est pas ressenti comme appartenant au sujet dans lequel il habite. Il en parle d'ailleurs souvent comme d'un accessoire, certes indispensable, mais encombrant et qui a le mauvais goût, parfois, de « vous lâcher » quand vous en avez besoin. Il n'est ainsi ressenti, bien souvent, que quand il défaillit et gêne dans l'activisme. » (11) Pour vérifier ce lien entre dimension psychique et physique, nous avons demandé aux professionnels dans notre pré-enquête si le corps était impacté dans l'alcoolodépendance, comme décrit dans la revue de littérature. Huit personnes sur neuf ont répondu oui.

Le corps est-il impacté dans l'alcoolodépendance?



■ Oui ■ Non

Il y a un lien fondamental entre la dimension psychique et la dimension physique chez les alcoolodépendants. L'alcool cache dans un premier temps les problèmes psychiques, sans les résoudre, alors que le corps devient petit à petit dépendant à la molécule. Cela nous permet de comprendre le cercle vicieux dans lequel se retrouve la personne alcoolodépendante : plus le corps s'habitue à la molécule, plus les doses augmentent et plus le psychisme devient inatteignable par la personne elle-même car les problèmes sont trop importants. Le lien entre le psychisme et le corps s'altère, jusqu'à se rompre complètement.

Ces définitions nous donnent deux concepts intimement liés que nous allons expliquer pour comprendre la place du corps dans l'alcoolodépendance et la problématique inhérente à cette place particulière :

- Le lien entre la dimension psychique et la dimension physique ;
- La notion de déni (des problèmes psychiques et de la dépendance physique).

#### 1.4.3 Lien entre la dimension psychique et dimension physique

Nous avons expliqué plus haut que les alcoolodépendants cherchaient à oublier leurs problèmes psychiques par l'alcool. Pourtant, la dépendance physique s'installe et les dégâts corporels deviennent visibles.

Nous avons demandé aux professionnels de quelle manière le corps pouvait être impacté. La pré enquête nous informe que le corps est le « siège de tension internes en lien avec un mal être ». Le sujet va donc se remplir d'alcool pour atténuer les tensions, le trop plein d'angoisse ou de tristesse et provoquer la détérioration des fonctions organiques (neurologiques, digestives, motrices, cognitives) lorsque la consommation devient chronique. De plus, « la sensation de manque qui résulte de l'état de dépendance se vit psychiquement mais aussi à travers des sensations physiques. » Le corps est le lieu de remplissage qui traduit un manque lié à la dépendance. « Il est le siège de l'expression visible de la pathologie », d'après les résultats de la pré enquête.

Pour éviter de se confronter à la dépendance, les personnes alcoolodépendantes en viennent à négliger leur corps, à l'anesthésier, pour ne pas entrer en confrontation avec le psychisme. Ce

lien corps / esprit porte le nom d'unité somato-psychique (12) : « soma » signifie « corps » et « psyché » signifie tout ce qui est relatif à l'esprit. Elle regroupe les trois modes de vie fondamentaux de l'être humain :

- La vie sensorielle et motrice, ou vie de relation. Elle permet les échanges de sensations et d'actions avec le monde extérieur, c'est donc le support des échanges sociaux.
- La vie neuro-végétative et neuroendocrine
- La vie psychique

Ces trois vies sont intimement liées, elles forment un complexe et fonctionnent en symbiose.

Cependant, dans l'alcoolodépendance, elles sont éclatées, la vie psychique est mise de côté et la vie de relation est biaisée par la consommation d'alcool, qui altère les fonctions sensorielles et motrices.

Cela dit nous pouvons nous demander en quoi cette unité somato-psychique est importante ? Pourquoi en avons-nous besoin ?

Toute la vie d'un sujet (sensorielles, motrice, neurovégétative et psychique) est conditionnée par le fonctionnement de son système nerveux central. Il reçoit les informations venues de l'extérieur et de l'intérieur, pour ensuite donner les ordres nécessaires pour s'adapter au milieu environnemental. Les trois modes de vie fondamentaux doivent se manifester de façon adaptée pour garantir un bon équilibre de vie. Ils doivent de plus se manifester les uns par rapport aux autres, c'est pourquoi nous parlons d'unité. Par exemple, la vie psychique ne peut pas se manifester correctement si la vie de relation, permettant les échanges avec l'extérieur, est biaisée, délaissée ou malmenée.

L'alcoolodépendant aurait donc une unité somato-psychique altérée. En effet, écouter son corps, prêter attention à la vie de relation et à ses sensations, est synonyme d'écouter son esprit, or c'est exactement ce que l'alcoolodépendant rejette, il ne veut pas et ne peut pas accéder à sa vie psychique qui est la base de la maladie, il rejette alors son corps et ses sensations pour ne pas laisser de porte ouverte à la vie psychique.

Ce rejet des sensations pour ne pas accéder à la vie psychique est à mettre en relation avec un mécanisme de défense très présent dans l'alcoolodépendance : le déni.

#### 1.4.4 Le déni

D'après le DSM-IV (8), le déni correspond à une réponse à un conflit ou un stress en « refusant de reconnaître certain aspect douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui serait évident pour les autres. » Effectivement, l'alcoolodépendant « refuse » de reconnaître ses problèmes psychiques qui l'envahissent en refusant de ressentir son corps.

Ce déni est en fait synonyme de fragilité narcissique chez les alcoolodépendants. Véritable défense psychique, ce mécanisme est une des principales barrières à l'entrée dans un processus décisionnel, selon le Journal of Substance Abuse Treatment (13): « Many of those who have a drinking problem simply refuse to acknowledge it or somehow fail to recognize it. They are classically identified as being in denial—a major barrier to treatment seeking. Similarly, many individuals are aware that they have a drinking problem, but they do not easily (or do not ever) decide that change is needed. »

De plus, souvent l'alcoolique s'arrête de boire pour se prouver et prouver aux autres qu'il n'est pas malade et ensuite recommencer à boire avec moins de culpabilité. Ce moyen fonctionne tant qu'il n'est pas dépendant dans son corps. Une fois qu'il ne pourra plus s'empêcher de stopper le geste de boire, il se comparera à quelqu'un de son entourage qui est plus avancé dans la maladie et se dira que l'alcoolique c'est lui, c'est l'autre, mais ce n'est pas lui.

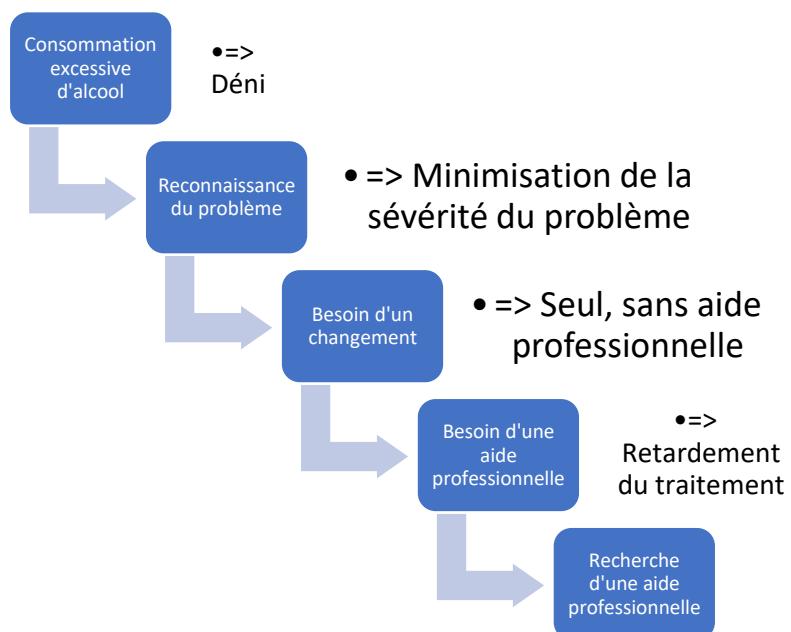


Fig 1. Schéma du processus décisionnel et des sorties possibles à chaque étape (d'après : A Model of the steps of the treatment-seeking process (13))

Nous comprenons ici la notion de complexité de l'alcoolodépendance. Le déni est un mécanisme visant à pallier une certaine fragilité narcissique, relatif à une unité somato-psychique altérée. Il représente une des principales barrières à la l'entrée dans un processus décisionnel, jusqu'à l'acceptation du traitement.

Nous pouvons maintenant nous demander comment cette unité somato-psychique est abordée dans la prise en charge des personnes alcoolodépendantes.

#### 1.4.5 Parcours de soin

« La prise en charge d'une addiction est multidisciplinaire : elle repose le plus souvent sur l'association d'un traitement médicamenteux, d'une prise en charge psychologique individuelle et/ou collective et d'un accompagnement social. Il n'existe pas de " recette " magique. La prise en charge est souvent longue et semée de rechutes. Le succès dépend essentiellement de la motivation du patient à se sevrer, puis de l'amélioration durable de ses conditions de vie et de son estime de lui : trouver un emploi, mener des activités, avoir des centres d'intérêt, trouver un rôle et une utilité dans la vie sociale. » (3)

#### *Cures*

La première étape d'une désintoxication, après une prise de conscience, est le sevrage. Il peut se faire dans le cadre d'une hospitalisation, ou en ambulatoire (dans l'environnement habituel de la personne). Elle bénéficie alors de visites médicales rapprochées. Le sevrage consiste à donner un traitement médicamenteux par benzodiazépines et une hydratation conséquente pendant les cinq premiers jours, pour éviter les effets secondaires, notamment le delirium tremens, l'anxiété, les tremblements, les crises convulsives ou encore des vomissements. Un arrêt de travail est délivré pour assurer un sevrage dans les meilleures conditions. Enfin la personne est suivie sous la responsabilité d'une structure spécialisée. (Société Française d'Alcoologie, 2006) (14) La prise en charge est essentiellement médicale et psychologique. Le taux de rechute après le sevrage est estimé à 80% s'il n'est pas suivi par une équipe pluriprofessionnelle. (Heinz, Beck, Grusser, Grace et Wraze, 2009) (15)

### *Postcures*

Les patients qui souhaitent une prise en charge plus longue, qui n'ont pas d'environnement familiale stable et accueillant ou qui ont peur de la sortie de la cure peuvent demander un suivi en postcure. Ils seront encadrés par une équipe paramédicale afin de les aider à maintenir leur abstinence. Ils pourront bénéficier de divers moyens thérapeutiques :

- Consultations médicales
- TCC (thérapies cognitivo- comportementales)
- Groupe de parole
- Psychothérapies individuelles ou collectives
- Entretien motivationnel
- Activités à médiation
- ETP (éducation thérapeutique du patient)
- Rééducation des troubles cognitifs
- Réflexion sur les étapes de changements (16)

Pour que la prise en charge soit la plus optimale possible, l'équipe doit être pluridisciplinaire :

- Médecin
- Psychologue
- Infirmier
- Ergothérapeute
- Assistante sociale
- Educateur spécialisé (16)

Les professionnels doivent prêter attention au syndrome de sevrage, qui touche environ 53 à 80 % des sujets alcoolodépendants. Il regroupe les symptômes qui apparaissent à l'arrêt de la consommation (anxiété, agitation, insomnie, cauchemars, sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension). Le delirium tremens est à surveiller, il procure des convulsions et des hallucinations qui peuvent être extrêmement anxiogènes pour le patient s'il n'est pas bien suivi par une équipe médicale lors d'un sevrage. L'arrêt de l'alcool provoque aussi d'autres troubles, comme des troubles neurologiques, hépatiques, des troubles anxieux, dépressifs, cognitifs etc. Le sevrage peut être institutionnel pour des personnes à risque de complications sévères, comme

des antécédents de delirium tremens. Le plus souvent il est ambulatoire, mais il suppose une bonne information du patient, une mise en confiance et une chimiothérapie anxiolytique.

Nous avons expliqué plus haut qu'il fallait une prise de conscience : elle entre selon le Journal of Substance Abuse Treatment (13), dans la première marche appelée « problem recognition » ou la reconnaissance du problème, du process of treatment seeking (processus de recherche de traitement). Cette reconnaissance du problème demande de prendre des décisions (processus décisionnel). Parfois la personne préférera disparaître, ou dénier complètement le problème de l'alcool, ou encore se rapprocher des groupes d'anciens buveurs, d'une assistante sociale ou d'un médecin.

Cette prise de conscience est le premier pas vers la guérison et vers l'abstinence. L'abstinence totale et définitive est le seul traitement, le plus simple, mais aussi le plus compliqué, si on considère que l'alcoolodépendant a utilisé l'alcool comme unique médicament à ses souffrances depuis plus de 10 ans. Il peut redevenir dépendant à la première occasion car le corps garde l'intoxication en mémoire à vie.

Nous comprenons maintenant que la personne alcoolodépendante doit effectivement entrer dans un processus décisionnel pour accepter le traitement et la prise en charge. Ce processus est long, semé d'embûches et de rechutes, comme nous l'avons vu sur le schéma. Il passe tout d'abord par une prise de conscience de la maladie, puis par l'acceptation d'une aide professionnelle et enfin d'un traitement pour aller jusqu'à l'abstinence.

Demandons-nous maintenant si une approche sur l'unité somato-psychique permettrait de passer les différentes phases du processus décisionnel.

#### *Unité somato-psychique et processus décisionnel*

L'alcoolodépendant « s'est rendu inaccessible par sa relation à la boisson ». Jean Paul Descombey et Anne Toussaint dans leur livre « sortir l'alcoolique de son isolement » (17), expliquent que le corps constitue une porte d'entrée intéressante car elle évite de s'avouer alcoolodépendant directement. Selon une approche sur le symptôme, celui-ci devient une aide précieuse pour les thérapeutes et pour les patients, quand la médecine cherche à le faire

disparaître. Le rôle du bilan physique dépasse de loin le dépistage des dégâts organiques. Il s'agit d'un formidable outil permettant de confronter un patient dans le déni à la dimension très réelle du corps qu'il rejette par son comportement autodestructeur. Dans *Organisation et Fonctionnement Intrapsychique dans L'alcoolodépendance*, Barbara Smaniotto explique que « des approches corporelles peuvent être proposées, permettant aux sujets alcooliques de réhabiter leur corps autrement » (18)

JP Descombey parle de la réalité du corps qui aide le patient à reconnaître plus facilement la nécessité d'un changement, tout en gardant l'estime de soi et sans perdre la face envers lui-même et/ou de son entourage. Il est alors encouragé à quitter son rôle de spectateur.

Anne Toussaint et Jean Paul Descombey expliquent que peu à peu, comme par effet de noyade psychique, les conflits intrapsychiques se sont gommés, au prix d'un vide qu'il s'agit juste de remplir d'alcool. L'alcool bloque le lien entre les émotions et leurs traductions corporelles, avec beaucoup d'efficacité, l'émotion est alors rendue inaccessible à la remémoration. L'abandon de l'alcool signifie donc de remettre en place de la perméabilité émotionnelle qui précède les capacités d'élaboration intellectuelles et exposant particulièrement à la souffrance.

Une approche sur l'unité somato-psychique permettrait d'entrer en relation avec la personne mais aussi d'entrer dans le processus décisionnel, en aidant la personne à prendre conscience de la maladie au niveau corporel et en libérant les tensions internes et émotions.

Demandons-nous alors comment faire pour accueillir ces émotions qui peuvent être très violentes pour la personne et ainsi éviter un maximum les rechutes.

### *Emotions et rechutes*

La rechute est très présente et elle est synonyme de rejet du patient par le corps médical, très souvent du médecin, qui adoptera souvent un discours moralisateur, ce qui pourra mettre en péril la relation thérapeutique déjà très instable, due à la fragilité narcissique du patient.

L'écoute et l'empathie du thérapeute sont très importantes pour ne pas reproduire ce sentiment de rejet que le patient peut confier. Le thérapeute se doit d'accueillir la souffrance psychique du patient, pour lui permettre de s'inscrire dans une revalorisation narcissique, à la suite de ses rejets. L'entretien motivationnel, conceptualisé par William R. Miller et Stephen Rollnick, comme une approche de la relation d'aide, est une technique qui a pour but d'amener

la personne à découvrir ses motivations. (19) Il demande au professionnel de santé une écoute active ainsi qu'un regard bienveillant et compréhensif. Les professionnels utilisent cet entretien dans l'esprit qu'il propose : Il s'attache à faire ressortir les propres arguments de la personne en faveur d'un changement de comportement. Il donne du pouvoir à la personne et le rend acteur de sa prise en charge. (20)

Les émotions, relatives à une unité somato-psychique retrouvées, sont accueillies par le thérapeute grâce à l'esprit d'écoute active et de bienveillance de l'entretien motivationnel. Celui-ci permet à la personne de se rendre compte de ses motivations au changement.

De fait, nous pouvons nous demander ce que représente la motivation au changement et quel lien nous pouvons faire avec l'unité somato-psychique.

#### 1.4.6 La motivation au changement

Il faut garder en tête que le patient n'a souvent pas envie de changer. Les réflexes des professionnels de santé sont alors de convaincre, argumenter, conseiller ou encore mettre en garde. Or, les patients restent ambivalents face à ce concept de changement (modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente). Ce qui est tout à fait normal. Pour aider les patients à entrer et rester dans le processus, l'esprit de l'entretien motivationnel centré sur la personne, guide le patient pour susciter et renforcer la motivation au changement. Pour cela l'entretien doit faire émerger un « discours-changement » chez le patient, fait de ses désirs, besoins et capacités. Le thérapeute doit alors adopter une attitude d'écoute, de collaboration, de soutien de l'autonomie et d'empathie, mais aussi une attitude de communication en posant des questions ouvertes et en valorisant le patient, en accord avec une approche centrée sur la personne.

La motivation au changement est primordiale pour assurer une prise de décision de la personne par rapport au traitement. Elle permet d'avancer dans le processus décisionnel.

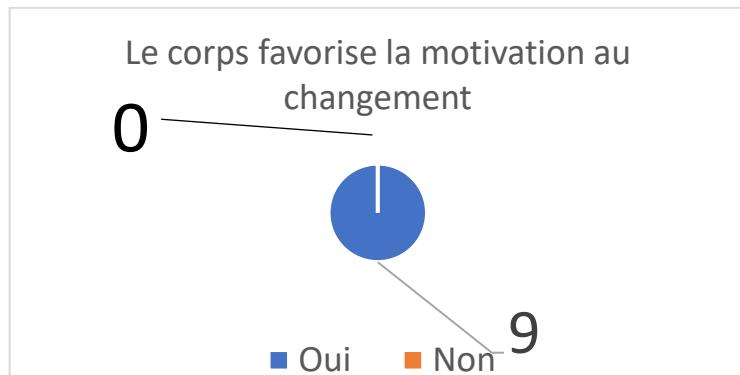
Nous avons donc demandé aux professionnels de quelle manière ils travaillaient la motivation au changement avec leurs patients alcoolodépendants. Les résultats de la pré-enquête montrent une forte concordance dans le principe de conscientisation du processus menant à l'alcoolisation, une mesure et une verbalisation des impacts liés à l'alcool : « Travail

sur la prise de conscience des bénéfices de l'abstinence au travers d'entretiens motivationnels », par le biais d'éducation thérapeutique, d'activités expressives, ainsi que toutes autres activités favorisant le plaisir, la recherche de l'émotion et l'émergence d'un discours changement. Il existe différents outils : la balance décisionnelle, le roue du changement et les groupes de parole et de réflexion par exemple : « Groupes de paroles, atelier d'affirmation de soi, atelier de revalorisation de l'image de soi, atelier écriture/journal », ou encore « échange inter actif afin d'aider le patient à préciser son éventuel projet et discussion ».

Nous pouvons nous demander si une approche sur l'unité somato-psychique permettrait de favoriser la motivation au changement.

#### 1.4.7 Motivation au changement et unité somato-psychique

Nous avons demandé aux professionnels s'ils pensaient qu'une approche sur le corps favorisait ou favoriserait la motivation au changement et ils ont tous répondu oui :



Après cela, nous avons demandé pourquoi, selon eux, le corps pourrait favoriser la motivation au changement.

Il apparaît d'après les professionnels interrogés, que le corps constitue une porte d'entrée au psychisme, il permet de « conscientiser plus fortement les tensions internes pour ensuite élaborer des solutions alternatives afin de les atténuer » (réponse à l'enquête). Cela suppose de « réinvestir le corps comme un outil de plaisir et non comme une expression de la souffrance psychique », en recréant du lien avec le symbolique, l'imaginaire et le réel de la personne. Cela peut se faire par des ateliers de conscience de soi, de bien-être, d'apaisement,

en recréant l'unité somato-psychique par des stimulations sensorielles : « Re - découverte de nouvelles sensations corporelles, autour du bien-être et du plaisir, de la détente évoluant vers une amélioration du schéma corporel, une image (physique) de soi plus valorisante, donc un changement de comportement tout en travaillant autour de la confiance en soi ».

Le corps serait aussi un outil de relation : « En utilisant le corps comme outil relationnel : avoir la bonne distance avec l'autre au travers de médiations corporelles (type arts martiaux).

**En schéma :**

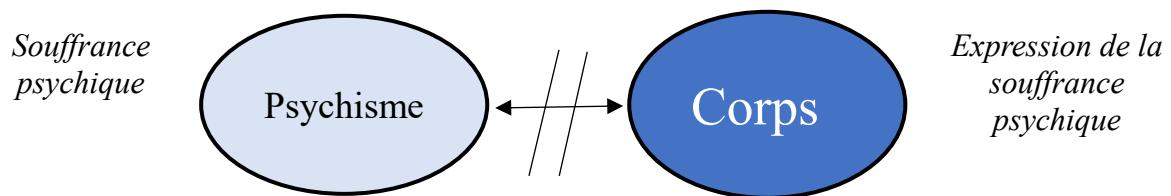


Schéma 1 : L'unité somato-psychique altéré. (Pas de lien entre le corps et l'esprit)

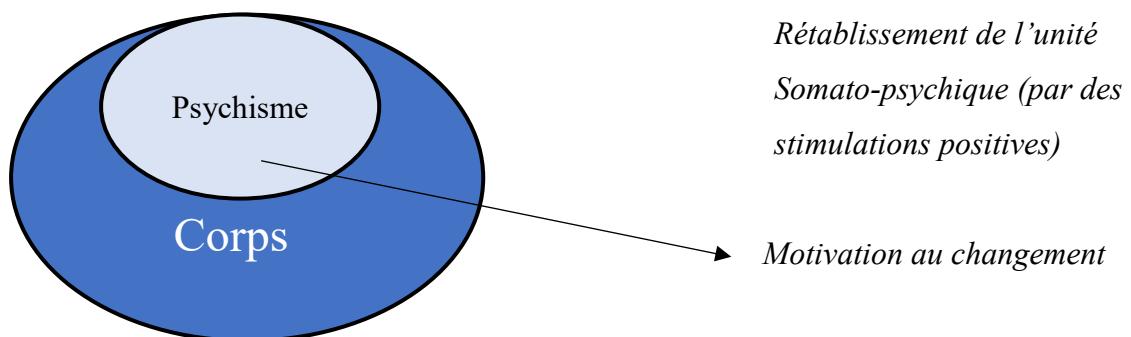


Schéma 2 : unité somato-psychique retrouvée. (Accès au psychisme par le corps, permettant un discours changement)

Ces résultats tendraient à montrer le corps comme un outil relationnel, qui permettrait de refaire du lien entre la dimension physique et psychique de la personne, en recréant une unité somato-psychique et ainsi favoriser la motivation au changement par le réinvestissement du corps, grâce notamment à des stimulations sensorielles positives.

Cela nous permet de faire le lien entre le déni, la motivation au changement et l'effet d'une approche corporelle, avec une autre notion importante dans l'alcoolodépendance : « l'Insight », ou le fait d'avoir conscience de son trouble, que nous allons expliquer dans la partie suivante.

#### 1.4.8 L'Insight et la conscience du trouble

Dominique Friard explique que « le concept d'Insight décrit la capacité à percevoir les choses de l'intérieur, à les pénétrer suffisamment pour que leur sens puisse s'éclaircir pleinement. » (21) La compréhension de la maladie devient plus compliquée lorsqu'il y a un manque d'Insight. Nous pouvons faire le lien entre cet Insight et l'unité somato-psychique qui est altérée dans l'alcoolodépendance : entre le manque de capacité à percevoir les choses de l'intérieur, et le manque de capacité à faire du lien entre le corps et le psychisme.

Il explique que le manque d'Insight n'est pas une simple « anosognosie » (déficit neurologique), car de multiples déterminants psychologiques et psychiques complexes empêchent cette prise de conscience du trouble, comme : « la réticence, peur de la stigmatisation, dévalorisation de soi, hypervalorisation compensatrice, mécanismes de défense inconscients (dénie). » (21) Il ne saurait donc être pensé de façon binaire, mais en prenant en compte les déterminants de la personne : il demande alors une approche dite globale de la personne.

La conscience du trouble, ou Insight seraient indispensables pour favoriser une motivation au changement durable. Ce manque de perception « de l'intérieur » fait le lien avec le concept d'unité somato-psychique, qui est altérée dans l'alcoolodépendance. Il peut évoluer, mais demande de prendre en compte l'aspect multifactoriel de la maladie, par une approche globale de la personne.

Nous pouvons faire le lien entre cet aspect multifactoriel et l'ergothérapie qui offre notamment une prise en charge globale de la personne, dans le paragraphe suivant.

#### 1.4.9 Ergothérapie et alcoolodépendance

La prise en charge des personnes alcoolodépendantes doit prendre en compte la complexité de la maladie, avec une unité somato-psychique altérée et un manque d'insight qui empêche l'entrée dans le processus de changement.

Les alcoolodépendants rencontrent des obstacles psychologiques importants, en effet la stigmatisation, le fait de se reconnaître malade et dépendant peut se révéler très compliqué. De plus, l'accès aux soins n'est pas adapté. Jean Paul Descombes donne deux raisons à cela : le déficit majeur d'accès aux soins des patients alcoolodépendants et la difficulté de traiter le sujet lorsqu'il accède enfin aux soins. Il est donc important de comprendre cette complexité et la notion multifactoriel de la maladie pour une prise en charge plus adaptée. En effet, la place du patient alcoolique dans un modèle de soins classique pose question, notamment sur la relation soignant-soigné, le levier important que représente le corps et le compromis difficile entre l'accueil, le soin et l'exigence de la prise en charge.

Pour être efficace, la prise en charge doit donc être globale. L'ergothérapie et son approche globale prend en compte la personne, son histoire, sa singularité dans la maladie, elle doit comprendre ses obstacles psychologiques à l'abstinence et ses obstacles par rapport au traitement lui-même.

Nous parlons plus précisément d'approche holistique. Cette approche propose de considérer chaque personne dans sa globalité, comme étant vivant dans un environnement singulier aussi bien à l'intérieur (psychisme, corps) qu'à l'extérieur (vie sociale, professionnelle, environnement matériel) la compréhension de ses interactions est la spécificité de l'ergothérapie.

« L'ergothérapie s'appuie sur une vision holistique où l'individu est considéré en tant qu'être global. La personne est considérée comme un tout intégré dont aucune fonction ne peut être isolée, mais où chacune de ces fonctions constitue l'un des éléments de l'ensemble. » (22)

L'ergothérapie prend sa place dans la prise en soin de l'alcoolodépendance par son approche globale dite holistique, en considérant la personne dans son intégralité.

## 1.5 Problématique théorique

### 1.5.1 La prise en soin en ergothérapie

« Le traitement ergothérapeutique, fondé sur une vision holistique de la personne, tient compte du niveau de développement, des idées, des souhaits et des peurs de la personne. L'ergothérapie offre ainsi une thérapie individuelle, adaptée à la personne même. » (22)

F.Bouquet, dans son article « Ergothérapie en alcoologie » (23) explique que : « L'objectif essentiel des soins en alcoologie sera d'amener le sujet à choisir en pleine connaissance de cause et en toute lucidité entre la poursuite d'une existence alcoolique ou l'orientation vers un autre type d'existence ». Il explique que cette phase vient après le sevrage, et va être le temps de « la réflexion et de la réadaptation ». Il ajoute que « l'ergothérapie sera à la base de cette nouvelle expérience cohérente, positive et constructive qui s'inscrira dans l'existence alcoolique ».

Il a construit cet article sur la base d'une lettre de motivation d'un sujet sevré depuis dix jours, avec un grand besoin d'aide. Il explique « Depuis longtemps, il m'est arrivé de boire « plus que de raison », [...] Depuis deux ou trois ans, ce phénomène devient chronique. Je ne me saoule plus mais tente d'atténuer certaines réactions physiques que je voulais dissimuler à mon entourage : tremblements, rougeurs, suées excessives, éclatement du cerveau...par l'absorption d'une certaine dose d'alcool qui semblait me redonner toute ma sérénité. Sur le plan moral, je recherchais une certaine griserie d'où étaient absents : tensions, angoisses, complexes... ». Il termine par : « je cherche déjà une certitude : ne plus dépendre physiquement de l'alcool ».

L'auteur passe ensuite à l'intérêt de l'ergothérapie selon deux dimensions : l'une gratifiante qui correspond au besoin de renarcissation (valorisation de soi, dépassement du sentiment d'infériorité, d'indignité) issu du vécu de dégradation de la personne.

L'autre dimension est dite frustrante : elle confronte le sujet au groupe, pour aider chacun à trouver sa place dans une micro société où le partage des lieux, des outils, la confrontation d'idées existent, où d'autres choix sont possibles et où chacun doit pouvoir s'exprimer, se valoriser. Il ajoute que le groupe peut procurer des changements du regards des autres vis à vis d'eux-mêmes.

En résumé de son article, il explique que l'ergothérapie en alcoologie « est un lieu où l'on doit constamment s'interroger sur ce qu'il s'y joue. On y ose la stimulation, on y pratique la frustration, on y cherche plus ses possibilités que ses manques ».

Pour compléter ces informations, L Darsy, (Ergothérapeute) dans son article « Quête de l'objet à perdre chez un patient alcoolique » (24) évoque le problème de la prise en charge globale intégrant le corps et l'esprit des alcoolodépendants. En effet ils passent souvent d'une prise en charge seulement somatique à une prise en charge psychiatrique. Cet auteur définit lui aussi les buts de la prise en charge : « l'amener à prendre conscience de son alcoolisme, de la nécessité d'un traitement et d'un suivi régulier, réaliser le sevrage et le maintenir, mettre en œuvre les moyens nécessaires pour permettre une réinsertion familiale, sociale et professionnelle la meilleure possible. »

B. Ferrier Perrusset, (Ergothérapeute) dans son article « Présentation du travail proposé en ergothérapie auprès des personnes alcoolodépendantes dans un centre de rééducation fonctionnelle » (25) parle de l'importance de la notion d'accompagnement. En effet les patients sont fragilisés par la peur de la rechute, qui peut entraîner perte de confiance en soi, peur du quotidien et repli sur soi. Cet accompagnement, selon l'auteur, se découpe en plusieurs axes : réinsertion communautaire, groupe d'activités, organisation de la vie quotidienne, permissions et congés thérapeutiques, activités socio-récréatives et réinsertion professionnelle. Cela entre-coupé de « temps pour penser et débuter un travail introspectif, l'occasion de repérer tant pour le thérapeute que pour la personne elle-même, la capacité à vivre bien des temps de solitude, « vivre bien avec soi-même ». » et non dans l'angoisse des pensées que les patients cherchaient justement à oublier avec l'alcool.

Par son approche holistique, l'ergothérapie pourrait prendre en compte le corps, plus précisément, l'unité somato-psychique, dans la prise en soin des personnes alcoolodépendantes. Un travail sur le lien entre le corps et l'esprit permettrait de commencer un travail introspectif : le passage par le corps aiderait la personne à se rendre compte de son trouble, c'est ce qu'on appelle avoir de l'insight. Plus cet insight est fort, plus la motivation au changement est favorisée.

Pour définir la manière dont nous allons aborder le travail du corps dans la suite de ce mémoire, nous pourrons parler « d'approches corporelles », qui engloberont l'ensemble des démarches et des points de vue autour de cette notion de corps.

Nous avons expliqué plus haut le concept d'unité somato-psychique et l'approche holistique. Pour bien comprendre dans quel cadre conceptuel s'inscrit ce mémoire, nous allons maintenant expliquer le concept de motivation au changement, celui de l'Insight, ainsi que le modèle de l'occupation humaine, spécifique à l'ergothérapie,

### 1.5.2 La motivation au changement

Les personnes alcoolodépendantes sont souvent sujettes à l'ambivalence : elle se définit comme l'existence de sentiments et d'attitudes contradictoires qui entraînent une situation d'indécision. En effet, le patient est partagé entre l'idée d'arrêter l'alcool en raison des inconvénients et la nécessité de maintenir ce comportement lié aux avantages qu'il procure (Miller & Rollnick, 2006).

Selon la littérature scientifique, la motivation est une composante essentielle dans la prise en charge globale des personnes dépendantes aux substances. (Lukasiewicz et al., 2006 ; Malet, 2007 ; Csillik & Le Merdy, 2007 ; Miller & Rollnick, 2006.(26).

La motivation a été conceptualisé par Prochaska et DiClemente dans leur modèle transthéorique des changements de comportements. Il décrit six étapes sous la forme d'une roue.

Les différentes étapes :

*Précontemplation* : la personne ne se rend pas encore compte de son trouble, elle n'envisage pas de changer de comportement, (déni).

*Contemplation* : la personne se rend compte des effets de l'alcool. C'est le temps de la balance décisionnelle où la personne commence à envisager un changement.

(Nous pouvons replacer le concept d'unité somato-psychique au moment de la précontemplation et de la contemplation, ainsi que le concept d'Insight, dans le réinvestissement du corps et la prise de conscience du trouble.)

*Détermination* : la personne décide de commencer un traitement et veut passer à l'étape supérieure.

*Action* : la personne s'engage dans une réflexion et un changement de ses habitudes quotidiennes. C'est l'étape la plus difficile, où la personne doit se sentir accompagnée et valorisée.

*Maintenance* : c'est la phase de prévention de la rechute. La personne identifie les risques potentiels de rechute et élabore des stratégies pour les éviter.

*Chute ou rechute* : cette phase est possible et peut s'avérer nécessaire à l'aboutissement du processus vers une sortie permanente. Le professionnel devra alors être patient et tolérant.

L'entrée dans le processus de motivation au changement se produit pendant la précontemplation, avec une sortie possible lors de la détermination si le patient n'est pas prêt, ou lors du maintien de l'abstinence (maintenance), quand la rechute est évitée. Sinon le cycle reprend à nouveau avec le stade de la précontemplation.

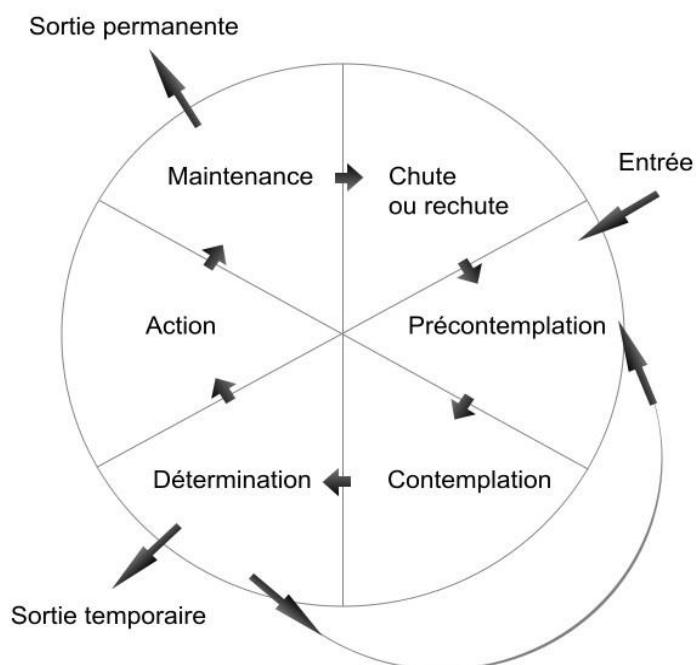


Fig 2. Les stades du changement de Prochaska et DiClemente (27)

Nous pouvons faire le lien avec le processus décisionnel (13) que nous avons décrit page 10. En effet, la consommation excessive d'alcool, la reconnaissance du problème correspondent à la précontemplation et à la contemplation ; le besoin d'un changement, le besoin d'une aide professionnelle et la recherche d'une aide professionnelle correspondent à la détermination et au début de l'action.

L'HAS<sup>8</sup> propose cet outil dans le cadre d'une addiction au tabac (28), mais il est en réalité utilisable dans toutes les addictions et dans toutes les situations qui nécessitent un changement.

Ce modèle permet au professionnel de santé de se rendre compte de la motivation actuelle de la personne par la composante temporelle des différents stades. En effet, toutes les personnes ne sont pas égales et n'avancent pas de la même manière dans le processus de changement. Ce cycle permet d'évaluer le stade atteint par la personne ou l'éventuelle régression, pour ensuite adapter les stratégies en fonction de ses capacités : « Le passage d'un stade à un autre ne s'effectue pas de manière linéaire, variant selon les capacités du patient. » (26) La rechute fait d'ailleurs partie de ce modèle comme quelque chose de normal, et non comme un manque de volonté.

Pour faire le lien avec la motivation et le concept d'unité somato-psychique, nous allons éclaircir le concept d'Insight : la conscience du trouble.

### 1.5.3 L'Insight

L'Insight, concept anglais apparu en France au milieu du XIXe siècle (21), est défini dans le langage courant comme « avoir conscience de quelque chose ». (26) Il signifie « la perception et la conscience de son propre trouble ». (29)

Nous allons considérer l'Insight « en tant qu'état mental », comme « un processus dynamique qui va varier en fonction des changements internes et externes ». (30)

Il apparaît dans une étude que les personnes alcoolodépendantes auraient un faible insight. Cette étude explique que l'insight serait une composante importante à mettre en lien avec la motivation pour une meilleure compliance et adhérence aux soins : « plus le score d'Insight est élevé, plus les patients ont de grande possibilité de se situer au stade d'action ou de contemplation ». Ils établissent donc un lien entre ses dimensions, même si les résultats sont très difficiles à analyser. « La motivation et une bonne conscience du trouble sont nécessaires pour qu'un changement de comportement soit possible. En effet, une bonne conscience de la maladie améliore la motivation au changement, entraînant par la suite une plus longue abstinence ».

---

<sup>8</sup> Haute Autorité de Santé

Nous pouvons donc nous demander si le corps permettrait de favoriser l'insight et donc la motivation au changement.

Cette question permet de faire le lien avec le modèle de l'occupation humaine en ergothérapie qui prend en compte la motivation dans une prise en charge holistique de la personne.

#### 1.5.4 Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

En ergothérapie, la motivation se retrouve dans un modèle appelé le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner, traduit par Marie-Chantal Morel-Bracq. (31)

Ce modèle est divisé en trois axes selon Gary Kielhofner : tout d'abord l'*Être*, avec trois composantes :

- La volition : la motivation et le processus aboutissant au choix des activités, par la conscience de ses capacités, le sentiment d'efficacité, les valeurs et intérêts personnels.
- L'habituatation : organiser et simplifier la vie quotidienne selon une routine et des habitudes de vie (habitudes et rôles liées à la société et à la culture), dans le but d'y consacrer le moins d'énergie possible.
- Les capacités de rendement : qui permettent l'action. (Systèmes organiques dans leurs aspects objectifs, mais aussi et surtout dans leurs aspects subjectifs correspondant à la sensation et au vécu de la personne, relatifs au concept d'unité somato-psychique)

Ses trois composantes sont interdépendantes et inséparables de l'environnement humain et matériel qui apporte des opportunités, des ressources, des exigences et des contraintes.

Ces composantes agissent simultanément sur les actions, les pensées et les émotions.

Le deuxième axe s'appelle L'*Agir*, prenant en compte trois composantes :

- La participation : implication dans des activités signifiantes ou significatives, engagement dans un processus de changement.
- Le rendement : la satisfaction de la personne dans ses activités quotidiennes, du chemin parcouru dans son processus de changement.
- Les habiletés : capacités à trouver des stratégies, à s'organiser et à s'adapter.

Ces trois composantes permettent de développer des compétences et une identité permettant de s'adapter, relatives au troisième axe de ce modèle : le *Devenir*.

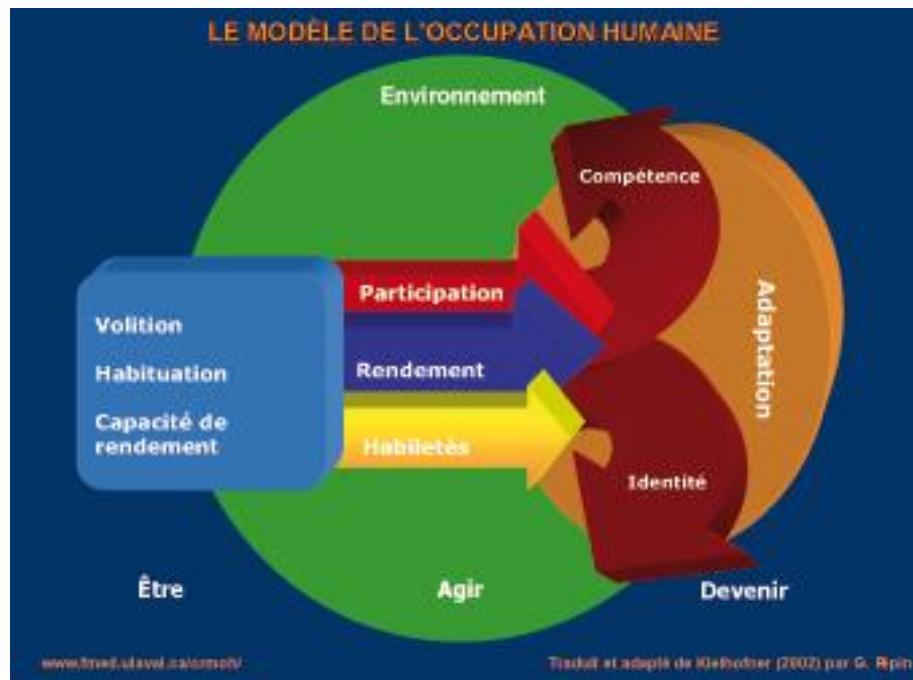


Fig 2 : Modèle de l'occupation humaine, par Gary Kielhofner. (31)

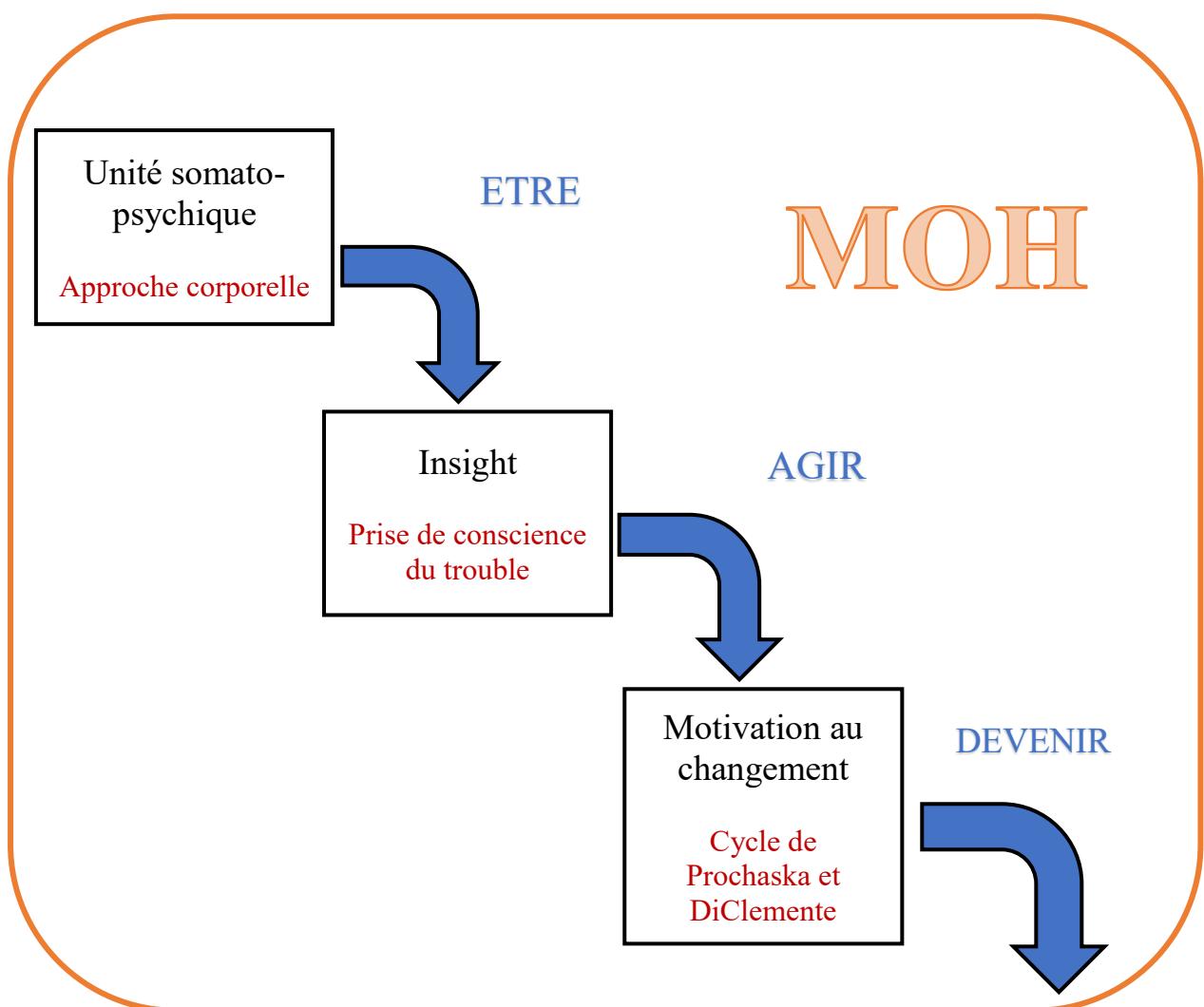
Marie Chantal Morel-Bracq a écrit : « Les objectifs thérapeutiques sont d'accompagner la personne dans son processus de changement. » (31) En ergothérapie, selon ce modèle, la prise de conscience de l'*Être*, la compréhension de l'*Agir* et un travail sur le *Devenir* permettraient d'accompagner la personne dans un processus de changement.

« La vraie dynamique de changement est ce que le client fait, pense, ressent, ce qui se traduit par un changement dans ses compétences et de son sentiment d'identité. » (31)

Ce modèle reprend les concepts énoncés plus haut : une **unité somato-psychique** retrouvée permettrait à la personne de prendre conscience de son *Être* (d'avoir de l'**insight**), de trouver en elle **une motivation au changement**, lui permettant d'*Agir* sur son environnement, donc d'entrer dans un processus de changement. Cela, afin de retrouver une identité et des compétences d'adaptation, permettant de *Devenir*.

Nous allons donc nous concentrer sur l'entrée dans le processus de changement, en lien avec nos concepts d'unité somato-psychique et d'Insight, qui correspondraient à priori aux phases de précontemplation, contemplation et action.

Nous pouvons maintenant reprendre nos concepts et construire notre axe de réflexion, dans lequel notre question de recherche va pouvoir s'inscrire :



### 1.5.5 Objet de recherche

Nous pouvons proposer l'hypothèse selon laquelle : une approche corporelle pourrait avoir un intérêt sur l'entrée dans un processus de changement, par l'émergence d'une motivation au changement. Cette motivation passerait alors par une unité somato-psychique retrouvée, en favorisant l'insight des personnes alcoolodépendantes.

Nous pouvons nous demander quel serait l'avis des ergothérapeutes sur cette hypothèse et quels seraient leur regard sur les approches corporelles visant une entrée dans un processus de changement, en posant la question de recherche suivante :

En quoi des approches corporelles en ergothérapie auprès de personnes alcoolodépendantes pourraient-elles favoriser l'entrée dans un processus de changement ?

## 2 MATERIEL ET METHODE

### 2.1 Méthode choisie

Afin de répondre à cette problématique, nous allons choisir une méthode dite clinique, par des entretiens, pour des résultats qualitatifs.

« La démarche clinique est une façon de prendre du recul vis-à-vis d'une pratique : elle se fonde sur l'observation, qu'il y ait problème ou non ; elle permet d'élaborer des hypothèses ou des stratégies d'action par la réflexion individuelle ou collective, la mobilisation d'apports théoriques multiples, des regards complémentaires, des interrogations nouvelles. Elle sollicite des personnes ressources qui mettent en commun leurs points de vue pour faire évoluer la pratique ainsi analysée. » M. Cifali et P. Perrenoud. (32)

Il nous semble plus pertinent de recueillir des témoignages d'ergothérapeutes, que des réponses quantifiées. En effet nous cherchons à recueillir le regard des ergothérapeutes quant à

une pratique, qui est l'approche corporelle et d'en retirer les aspects, les bénéfices ou les limites.

Certains aspects du cadre conceptuel doivent être interrogés : l'unité somato-psychique, le processus de changement, l'Insight et la motivation. Nous allons donc poser des questions semi-ouvertes, pour laisser la place aux personnes interrogées de s'exprimer et d'être spontanées, tout en construisant des questions de relance pour réguler l'entretien.

Pour cela nous allons nous appuyer sur l'entretien d'aide à l'explicitation de Vermersch (33), pour une technique d'entretien scientifique, tant dans le déroulement de l'entretien que dans le traitement des résultats. Vermersch explique que la technique d'entretien concerne « ce qui est implicite dans la réalisation d'une action, qu'elle soit mentale ou matérielle », pour ensuite expliquer ou préciser l'implicite dans la traitement des données. L'implicite concerne la subjectivité de l'interviewé par rapport à la réalisation de l'action que nous interrogeons et il a besoin d'être canalisée par des outils d'explication. Vermersch parle d'une réelle « technique de conscientisation, de mise en mot sur un domaine particulier » grâce à l'accompagnement de celui qui mène l'entretien.

## 2.2 Population interrogée

Nous allons interroger trois ergothérapeutes selon les critères d'inclusions et d'exclusion suivants :

- Inclusions :
- Avoir déjà travaillé avec des personnes alcoolodépendantes.
- Exclusions :
- N'avoir jamais travaillé avec des personnes alcoolodépendantes.

Nous allons interroger quatre ergothérapeutes, pour avoir le maximum d'informations et des résultats plus pertinents, car plus nombreux. Ces ergothérapeutes ont répondu présents à la pré-enquête.

## 2.3 Construction de l'outil

Pour répondre à cette question et traiter les résultats, nous allons concevoir une matrice conceptuelle, qui aura pour but de recenser les concepts généraux, de façon claire et précise,

sous la forme d'un tableau.

Cette matrice (Annexe 3) permettra de mettre en valeur les idées et nous aidera à former nos questions pour l'entretien, en lien avec l'entretien d'explication de Vermersch : pour construire les questions de relance, il faut avoir repéré au préalable les informations particulières relatives aux concepts.

Cette matrice permet de ne rien oublier pour notre recherche et de mener l'entretien de manière fluide grâce à aux questions de relance : celles-ci permettent d'initialiser, focaliser, élucider ou réguler l'entretien (33) : « canaliser la mise en mots vers la dimension vécue et procédurale de l'action ».

Pour cela, nous allons construire un tableau, en détaillant chaque concept en variables (qui caractérisent le concept), elles-mêmes divisées en critères (différents paramètres d'une variable), eux-mêmes divisés en indicateurs (expression du critère dans le réel).

Les concepts sont :

- Unité somato-psychique : nécessaire pour s'adapter à l'environnement (*Être*)
- L'Insight : la conscience du trouble, (*Etre*).
- Le processus de motivation au changement : dans les phases de précontemplation (*Être*), de contemplation (*Être*), de détermination (*Agir*) et d'action (*Agir*), relatives à l'entrée dans le processus.
- Le MOH : en particulier dans la volition (*Être*), mais aussi dans l'habituation, les capacités de rendement (*Être*), la participation, le rendement et les habiletés (*Agir*), permettant de *Devenir*.

#### 2.4 Déroulement de l'enquête

Nous allons commencer par tester notre outil de recherche. Pour cela, nous allons le faire passer à un ergothérapeute qui connaît le sujet pour être sûr de la pertinence de nos questions et de la bonne compréhension afin de le corriger si besoin.

Le premier entretien aura lieu au domicile de l'ergothérapeute, par simplicité et pour bénéficier de tout le temps dont nous aurons besoin.

Les deux autres entretiens auront lieu par téléphone, à cause d'une distance kilométrique trop élevée.

Nous procéderons à un entretien semi-directif, avec une question inaugurale, puis des questions de relance, au fil de la discussion, selon une certaine validation de réponse. (33) Pour cela, trois critères complémentaires vont nous permettre de réguler l'entretien :

- Vérité : est-ce que ce qui est dit est vrai ?
- Précision : est-ce que ce qui est dit est détaillé ?
- Complétude : est-ce que tout a été rapporté ? (33)

Les entretiens se feront selon des principes éthiques : le « respect de la personne et du rôle professionnel » (33), la confidentialité et l'anonymat et la demande de permission pour enregistrer l'entretien, afin de pouvoir le retranscrire intégralement.

## 2.5 Choix des outils de traitement des données

Vermersch explique que l'entretien vise à la mise en mot de l'action a posteriori, dans plusieurs axes : l'action elle-même, la dimension vécue, la dimension procédurale, la dimension implicite et préréfléchie de l'action et la source privilégiée d'information qu'elle représente. Nous sommes susceptibles d'interroger tout cela, par nos questions de relance.

Ainsi, pour traiter nos résultats de la manière la plus cohérente possible, nous allons commencer par une brève présentation des ergothérapeutes interrogés, pour les situer dans leur pratique. Nous noterons l'année de leur diplôme, leurs années d'expérience, et leurs différents domaines de pratique.

Ensuite nous procéderons à une analyse des différentes réponses de manière transversale, par des tableaux pour chaque concept.

Nous comparerons et analyserons les réponses des ergothérapeutes, pour ensuite tenter d'aller plus loin dans notre matrice conceptuelle, en proposant un autre questionnement, que nous développerons à la fin de la partie Discussion.

### 3 RESULTATS

#### 3.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés

##### Entretien 1 (Annexe 4) :

Madame A est ergothérapeute en psychiatrie, depuis son diplôme en 2001. Elle a eu l'occasion de travailler avec des alcoolodépendants, mais pas spécifiquement.

Elle a suivi des formations en sophrologie, en danse thérapie, et elle pratique l'expression corporelle, dans le cadre de séance avec les patients.

Elle a travaillé en intra et extrahospitalier, et travaille maintenant dans un hôpital de jour, accueillant des psychotiques principalement. L'équipe comporte des infirmiers, une psychologue, un médecin psychiatre et une assistante sociale. Elle participait il y a peu à un atelier écriture avec la psychologue, elle anime un atelier d'expression « Des images et des mots », à base d'images, un atelier médiation corporelle, où elle intègre ses connaissances en danse, sophrologie et expression corporelle. Enfin, elle accompagne parfois les patients en sorties, avec les infirmiers.

Elle donne aussi des cours sur l'ergothérapie en psychiatrie à l'IFE de Marseille ainsi qu'une découverte de la médiation corporelle.

##### Entretien 2 (Annexe 5) :

Madame B est ergothérapeute en santé mentale, diplômée en 2002. Elle a ressenti le besoin de pousser plus loin sa formation par un Diplôme Universitaire en alcoologie en 2009, et un autre diplôme de réhabilitation psychosociale en 2018. Elle exerce actuellement dans une structure de 130 lits à 15 km au nord de Toulouse, à 30% sur l'HDJ et 70 % sur l'hospitalisation à temps plein. C'est la seule ergothérapeute en poste mais le nombre d'intervenants sur les ateliers thérapeutiques et la façon dont ils fonctionnent font la particularité de cet établissement : ils travaillent souvent en binôme de coanimation d'atelier. L'équipe comporte une IDE musicothérapeute, une AMP Zoo-thérapeute ; un éducateur spécialisé environnemental ; un psychomotricien, une psychologue intervenante en théâtre, une psychologue coordinatrice. Sur la clinique elle anime trois des ateliers spécifiques en alcoologie : affirmation de soi, journal, carnet de route. Elle est aussi intervenante en éducation thérapeutique depuis 2018, et donne des cours de d'ergothérapie en psychiatrie à l'IFE de Toulouse.

Concernant ses ateliers, elle anime un atelier d'écriture à base de support visuel : « De l'image à l'écriture », un atelier d'art-thérapie avec des médiations autour du dessin et de la peinture

quel que soit le support, un atelier « modelage et compagnie », avec des médiations autour du volume. (Argile, plâtre, vannerie, mosaïques...) Enfin, pour l'HDJ, elle participe aux ateliers de création qui sont proposés et au spectacle de chant théâtre et danse proposé deux fois par an. Elle participe aussi à l'accompagnement des sorties en extérieur, dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.

### Entretien 3 (Annexe 6) :

Madame C est ergothérapeute en addictologie, elle a toujours travaillé dans ce domaine depuis son diplôme en 1985 à Paris. Elle est maintenant en fin de carrière. Elle intervient auprès de patients en cure de sevrage (à partir de la deuxième semaine), en SSR A (soin de suite et de réadaptation en addictologie) en postcure et hôpital de jour (patients en ambulatoire).

C'est un poste unique où elle anime un atelier terre comme approche corporelle, elle dispose d'une grande expérience dans le modelage, elle a d'ailleurs créé et animé un atelier terre pendant cinq ans à temps plein. Elle anime aussi un atelier écriture, pour lequel elle a reçu une formation, un atelier journal et un travail autour des fonctions cognitives, notamment la mémoire, à la demande d'un médecin du service, par une évaluation qui peut aboutir à un suivi personnalisé. Elle intervient aussi pour des collaborations ponctuelles avec des artistes ou des sorties thérapeutiques.

### 3.2 Analyse transversale des données

#### Unité somato-psychique : Travaillez-vous le lien corps/esprit avec vos patients ?

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Oui : « le corps est le refuge de l'Être, [...] c'est l'être qui habite le corps. » 1.103-105. ; « prendre conscience de l'être que je suis [...] dans son corps, dans sa pensée, et comment tout s'articule. [...] ça permet de retourner la conscience vers soi » 1.111-112.	Oui « Très grande difficulté à la verbalisation des affects, sujets à l'asomatognosie, anosognosie » ; « ils ont du mal à ressentir leur corps ». (1.24-27) « Pas de vécu unifié de leur corps. » (1.77-78)	Oui (avec l'atelier terre) « Et bien c'est surtout l'alliance entre l'esprit, l'imaginaire, et [...] les mains. » (1.50) « C'est je suis donc je fais. Ce n'est pas je fais pour être » (1.216)

Ici, nous remarquons que les trois ergothérapeutes travaillent le lien corps – esprit avec leurs patients, dans la prise de conscience du corps qui amène à la prise de conscience de l'esprit, donc du psychisme. Elles parlent de réunification du corps et de recentrage des pensées.

Madame B explique notamment qu'il y a un grand travail d'unification du corps et une recherche d'un contenu psychique et somatique unifié. En effet, l'unité somato-psychique « est clairement rompue » (l.330). Il faut leur permettre d'être à nouveau à l'écoute de leurs émotions et sensations, et de remettre du sens. « C'est pas qu'il ne perçoit pas les choses, c'est que d'abord il perçoit mal les sensations corporelles, il les interprète mal, et n'a pas les mots pour les nommer » (E2. l.323-325)

Madame A parle aussi de la conscience de soi, de ses ressentis et de ses émotions, dans la rencontre avec soi, « le corps comme refuge de l'être » (E1. l.103) réussir à habiter ce corps de nouveau, car le corps dans cette pathologie est en fait un contenant vide que l'alcool rempli.

Le corps devient la porte d'entrée de l'être « pas comme une machine, mais comme partie concrète de tout ce qu'il y a à l'intérieur » (E1. l. 421-422).

### Quelles sont les approches corporelles que vous utilisez ?

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
La danse thérapie, l'expression corporelle, la relaxation (l.41-43)	« Le travail autour de l'argile » (l.48)	« Alors moi j'utilise la terre, comme atelier corporel » (l.18)

Pour madame A les approches corporelles sont : « Toute situation où notre corps est mis en jeu dans la vie » (E1. L.306) ; et madame B : « toutes médiations qui mettent en jeu le corps. » (E2. L.69) Madame A ajoute : « Comment parler d'activité sans parler de corps, le mouvement vient de la connexion entre le cerveau et le corps [...] entre l'intention, le désir ... » (E1 ; l. 416-417.) Madame C parle de son expérience avec la terre, qui permet d'allier l'esprit au mouvement du corps, à la matière. Cette matière qui a déjà sa propre vie. De fait, par le toucher, Donc par le toucher, les personnes peuvent apprécier la solidité du matériau, sa résistance, et permettre à la personne de ressentir des choses.

Les approches corporelles peuvent prendre en compte le corps comme un média à part entière, comme l'explique madame A, mais elles peuvent aussi passer par un matériau, comme l'argile, qui met en mouvement le corps et permet de confronter ses ressentis à la qualité de la matière.

### L'Insight (conscience du trouble) : Comment abordez-vous la question du déni ?

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
<p>Faire verbaliser la personne sur les raisons de la présence en ergothérapie</p> <p>Passer par des questions sur la vie quotidienne ou les relations aux autres, mises en situation, pour mettre en évidence les difficultés grâce à une phase de verbalisation. (1.12-19)</p>	<p>Mettre en place un doute raisonnable sur leur fonctionnement, travailler sur le lien de causalité entre leur vécu, leur consommation.</p> <p>(1.89-91)</p>	<p>Ne l'aborde pas avec le média. « on est dans une prise en charge d'équipe, donc les patients sont pris en charge en amont par les infirmiers » (1.266-267)</p> <p>« moi je ne travaille pas obligatoirement autour du symptôme » (1.271)</p>

Le déni peut être abordé sous la forme d'entretien motivationnel, par l'expression sur les activités de la vie quotidienne, ou grâce au média et à la verbalisation des ressentis, qui va permettre aux personnes de se rendre compte petit à petit de leur trouble et donc de favoriser leur insight. Madame B parle du lien de causalité entre le trouble et ce que cela fait dans le corps. « Le lien entre leur vécu, leur consommation, les conséquences sur leur vie [...] mais ça après, c'est les outils motivationnels par exemple, que j'utilise [...] c'est lié à l'entretien motivationnel. » (E2. L.90-94)

### **Une approche corporelle permet-elle de favoriser l'Insight ?**

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
<p>Oui</p> <p>Elle permet de se recentrer sur soi, d'apaiser certaines tensions, de prendre conscience de certains troubles et de certaines capacités, de prendre conscience de soi.</p> <p>(1.5-9)</p>	<p>Oui</p> <p>Dans une notion d'unification du corps, d'être à nouveau à l'écoute de leurs émotions et sensations, mais qui doit être verbalisé et accompagné.</p> <p>(1.112 ; 1.139)</p> <p>Donner du sens aux ressentis</p> <p>(1.148)</p> <p>« Mais ça peut être un levier clairement » (1.125)</p>	<p>Non</p> <p>« au niveau de la maladie, moi je suis très réservée, c'est pas le lieu spécifique pour vraiment prendre conscience de la maladie, [...] c'est plutôt de l'ordre des ateliers à visée thérapeutique » (1.299-301)</p>

Les avis sont partagés en ce qui concerne l'Insight. En effet, pour madame A et madame B, l'approche corporelle permet effectivement de favoriser l'Insight, en revanche il faut une verbalisation, pour donner du sens. D'après madame A, pour que cette conscience de soi apparaisse, il faut une mise en mots des ressentis et émotions après chaque séance, pour permettre aux personnes de trouver du sens, de faire du lien : selon un principe de réalité et un rapport à soi concret. Parfois on remarque une discordance dans le discours et dans les actions. Donc il y a un besoin de recréer un lien entre « l'esprit, l'intention, la volonté et la réalité de l'être, à l'instant présent » (E1 ; 1.248-249) donc de recréer l'unité somato-psychique. Elle ajoute : « Une fois que j'apprends à être conscient de moi à travers mon corps, j'apprends à être conscient de qui je suis et donc dans ma vie, dans mes relations aux autres, dans mes actions, dans mes choix » (E1, 1.122-124).

Cet avis semble être partagé par madame B : Les approches corporelles sont aussi des leviers pour initier une prise de conscience : elles servent donc à favoriser l'Insight, par la connaissance de soi. « Se questionner sur le lien de causalité entre leur vécu, leur consommation, les conséquences sur leur vie ... » (E2. 1.91), en permettant un accès à la verbalisation pour les accompagner au-delà. « C'est ça qui leur redonne du sens en fait. » (E2. 1.148). Elle ajoute : « Parce qu'ils sont face à un vide psychique et une incapacité à nommer les choses » (1.313-314) Il ne faut pas les laisser face au vide, et leur montrer une reconnaissance de leur ressentis.

Le principe de réalité est aussi très important, dans le sens qu'on donne aux ressentis de la personne. C'est un levier, « mais d'une réalité douloureuse, on peut faire quelque chose de positif », « ces patients sont dans l'obligation de passer par cette étape de réalité, et c'est d'ailleurs leur corps qui cède avant le reste et qui les invite à aller consulter » (1.225-228). Ces approches servent à Être, car les alcoolodépendants ont déjà l'Agir, justement pour se couper de l'Être.

Pour madame C, ce travail ne se fait pas en atelier. Elle explique que ce travail d'insight doit être fait en amont, et que l'atelier à plutôt une visée qui serait « comment permettre à ceux qui ont décidé d'être abstinents [...] à être vivants [...] dans le chemin dans lequel on s'est engagés. » (E3. L.302-304) elle ajoute : « être vivant et constructif » (E3. L. 306)

L'approche corporelle va d'abord avoir un effet de relaxation, dans l'ici et maintenant, relatif au principe de réalité. « C'est déjà l'effet dans l'ici et maintenant, qui a souvent un effet de relaxation » (1.82-83). Elle explique : « Je leur demande de passer par le modelage, pour qu'elles arrivent à apprécier, justement par le toucher [...] la texture du matériau, c'est un matériau qui ne résiste pas, sur lequel on peut tout imprimer, mais qui a sa propre vie, qui va

sécher, va résister, qu'après on peut casser... » (E3. 1.62-66) Ces sensations sont ensuite verbalisées, pour prendre conscience de ce qu'il se passe lorsqu'on fait une action, autre que toxique. « Toutes ses étapes sont parlées et amenées à la conscience » (E3. 1.67-70). Cette relaxation sera amenée à la conscientisation par la verbalisation, qui va permettre de recentrer les pensées. « Le temps de parole qui recentre la pensée » (l.223-224). Les ambitions de cette approche (la terre) sont de permettre au patient de devenir sujet de lui-même. (l.152-153)

L'approche va aussi leur redonner une position humaine et va leur permettre d'exister en tant que sujet. « Moi je pense que ça leur redonne une position plus humaine, parce que ce sont des gens qui passent leur temps à se malmener » (E3. 1.192-193)

**Le cycle de Prochaska : Contemplation / détermination : L'approche corporelle pourrait-elle aider à faire émerger un discours changement et donc être un déclencheur à une prise de décision d'un traitement ?**

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Oui  Il y a une évolution qui peut se faire pendant la séance et donc pendant le processus. Il est important de poser des mots sur les ressentis pour prendre conscience de cette évolution et sur les changements. (1.24-30)	Oui, mais il faut absolument une verbalisation et un accompagnement, car prendre conscience de son trouble peut être très angoissant. (l.131)	Pas de réponse.  Il y a cependant une verbalisation, un temps de parole pour amener les différentes phases de l'approche corporelle à la conscience.  « Toutes ces étapes sont parlées et amenées à la conscience, vous parliez de l'Insight, et bien il y a aussi la conscience du mal être que les personnes peuvent avoir exprimées, mais il y a aussi la conscience de ce qu'il se passe lorsqu'on fait une action, autre que toxique. » (l.69-70)

Pour les trois ergothérapeutes, il semblerait qu'une approche corporelle, si elle est accompagnée et verbalisée, peut permettre aux personnes de se rendre compte d'une probable évolution sur leur état. Cet état, quand l'unité somato-psychique se relie, peut parfois être très

angoissant, l'accompagnement est donc de rigueur. Madame A explique qu'il faut « offrir la possibilité de s'exprimer » (E1. L. 212)

Madame B ajoute : « ce type de patients ont une très grande difficulté à accéder à la verbalisation des affects, ils sont sujets à l'asomatognosie, l'anosognosie [...] qui sont déjà quelques facteurs qui empêchent l'accès au verbal. » (E2. L. 24-27). Elle explique « Ce sont des gens assez intolérants à leurs émotions et à leurs ressentis, et tout inconfort [...] va être balayé par justement l'utilisation du produit » (E2. 1.137-138). L'accompagnement est très important pour palier à la difficulté que peut représenter une unité somato-psychique retrouvée. « Ça peut être très violent et vécu de manière très violente parce qu'ils n'en n'ont déjà, d'une pas l'habitude, deux qu'ils n'ont pas forcément les moyens pour les nommer et trois ça peut leur faire rappeler des vécus traumatisques. » (E2. 1.140-142).

#### **Action : Une approche corporelle peut-elle permettre un engagement dans le processus ?**

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
<p>Oui</p> <p>Après la phase de la rencontre avec soi terminée, il peut y avoir la découverte de sensations agréables de détente, de plaisir, apprendre à s'apprécier, retrouver confiance en soi dans l'expression avec les autres, qui permettent à la personne d'avancer. C'est un bon support pour permettre l'implication de la personne dans son processus de changement. (1.54-65)</p> <p>Le fait de trouver du sens entre ce qu'elle ressent et sa problématique va favoriser l'implication. (1.69)</p>	<p>Oui</p> <p>Faire du lien entre le vécu corporel unifié bon pour la personne et que cela soit grâce à l'abstinence, pour maintenir un investissement dans le processus. (1.154-158)</p> <p>Aider la personne à se rendre compte des bénéfices de l'abstinence. (1.168)</p> <p>Transformer l'agir destructeur en agir créateur. (1.171)</p>	<p>Oui</p> <p>« C'est déjà l'effet dans l'ici et maintenant, qui a souvent un effet de relaxation, [...] qui appuie, qui soutient l'engagement justement, le fait de revenir, [...] et puis une mise à distance donc des préoccupations morbides. » (1.82-85)</p> <p>« L'élément psychologique très important, c'est aussi le sujet qui renoue avec sa propre créativité, on est, comme l'avait si bien décrit Freud, on est du côté des pulsions de vie qui vont prendre le pas sur les pulsions de mort, [...] et ça peut les aider à soutenir un processus de changement. » (1.104-108)</p>

L'approche corporelle permettrait un engagement dans le processus de changement selon les trois ergothérapeutes. Tout d'abord grâce à une créativité retrouvée, de nouvelles sensations et émotions, mais aussi grâce à la verbalisation et à l'accompagnement, les personnes peuvent se rendre compte des bénéfices de l'abstinence sur leur corps et donc leurs actions. Une unité somato-psychique retrouvée et au service de la créativité permettrait de favoriser l'engagement dans le processus de changement.

Madame A parle de prendre conscience de qui je suis, comment je fonctionne, pour ensuite être plus conscient lors des activités de la vie quotidienne, de ce qui a du sens pour moi, et de ce qui n'en a pas. Il est donc important de favoriser des sensations de plaisir dans la valorisation : retrouver du plaisir, reprendre soin de soi, retrouver des sensations de détente, retrouver confiance en soi « le patient peut se surprendre et ressentir de nouvelles choses qui lui ouvrent d'autres possibilités, ou finalement se rendre compte que oui, il a réussi à bouger, à prendre la parole corporellement devant un groupe, et du coup ressentir quelque chose de valorisant, renarcissant » (E1 ; 1.259-262). Cela lui donnera peut-être envie de revenir régulièrement et donc de s'investir dans le processus. Madame B ajoute que le but des approches corporelles est de pouvoir recréer le lien de causalité « pouvoir recréer le lien en fait causes conséquences, entre la dégradation physique et l'alcoolisation et donc de mettre en avant les bénéfices tirés de l'abstinence ». (E2. 1.207-208)

Madame A développe le fait de devenir acteur dans le processus : « Faire ce va et vient entre ce que je mets en action ou ce que je fais dans ma vie et qu'est-ce que ça a comme effet sur moi » (E1. L.163-165) pour « prendre conscience de ça et être plus conscient de chaque moment, de chaque choix, de chaque chose que je fais » Madame C partage cet avis : « Il faut qu'eux, ils soient aussi acteurs, donc après ça c'est mon travail et d'être dans l'accompagnement pour les rendre acteurs justement d'un éventuel changement. » (E3. 1.120-122), en plus d'avoir « un effet narcissique et revalorisant au niveau personnel ». (E3. L.42)

Le groupe peut aussi être un facteur d'engagement, car l'approche corporelle favorise les interactions avec les autres : « L'un des intérêts, c'est que l'on peut regarder l'autre, être regardé, toucher l'autre, être touché et dans la façon dont une personne peut se sentir exister » (E1. 1.340-341)

### Le MOH : La volition : La motivation est-elle favorisée par une approche corporelle ?

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Oui Le fait de trouver du sens entre l'approche corporelle et la pathologie peut favoriser la motivation. (1.69-75)	Oui Le fait de réinvestir le corps comme un lieu de plaisir et non de souffrance peut favoriser la motivation au changement. (1.193)	Oui Si les personnes deviennent actrices, et qu'elles y trouvent du sens. « il faut que eux, ils soient aussi acteurs, donc après ça c'est mon travail, de les rendre acteurs, et d'être ce qu'on appelle dans l'accompagnement pour les rendre acteur justement d'un éventuel changement. » (1.120-122) « il y en a qui font ça aussi parce que ça les nourrit de quelque chose de vivant. » (1.130)

La motivation au changement sera favorisée par le sens que les personnes alcoolodépendantes vont trouver dans leurs émotions et sensations. Le fait que les personnes deviennent actrices de leur propre corps et de leur propre psychisme et qu'elles retrouvent du plaisir, permettra de favoriser l'entrée dans le processus et de s'engager. C'est pour cela qu'il est très important de les aider à retrouver un agir dans une notion de plaisir. Selon madame B « Et l'agir même autour du corps, autour d'une notion de plaisir. Et c'est ça qui va les aider à maintenir le processus de changement. Parce que si dans leur tête, il peut y avoir de nouveau du lien, entre je peux avoir un vécu corporel unifié et bon pour moi et qu'en plus, c'est grâce à l'abstinence, [...] alors il va pouvoir maintenir cet investissement et, ça va pouvoir être vecteur de changement ». (E2. 1.154-158). Pour cela il faut donc transformer l'Agir destructeur en Agir plaisir et même « créateur » (E2. 1.171). Madame C ajoute également que l'attrait pour l'activité et le groupe vont permettre de favoriser la motivation et l'engagement de la personne. Elle va renouer petit à petit avec sa créativité et devenir actrice.

**Habituation : Une approche corporelle peut -elle permettre d'aider la personne à changer ses habitudes de vie ?**

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Oui  S'interroger sur l'impact des activités de la vie quotidienne sur la personne elle-même. Prendre conscience de ce qui est bon ou mauvais pour elle, de qui elle est et de ce que cela lui fait dans son corps. (l.163-169)	Oui  Quand la pratique physique est revécue comme quelque chose de plaisant, qu'elle stimule le bien être, elle peut permettre le maintien au moral, cela peut aussi être relié dans les relations sociales. (l.178-181)	Oui  « Moi je pense que ça leur redonne une position plus humaine, parce que ce sont des gens qui passent leur temps à se malmener, [...] il y a aussi la revalorisation narcissique, et qui est quelque chose de très important et qui peut les aider dans leur quotidien. » (l.192-196)

La personne changera ses habitudes de vie si elle y trouve du plaisir et du bien-être. La prise de conscience de ce qui est bon ou mauvais, aura un effet revalorisant et plaisant, qui les portera vers le chemin de l'abstinence et donc vers un changement des habitudes de vie. La destruction laissera la place au bien-être corporelle et dans les relations sociales.

Nous pouvons reprendre la citation de madame A : « Faire ce va et vient entre ce que je mets en action ou ce que je fais dans ma vie et qu'est-ce que ça a comme effet sur moi » pour « être plus conscient de chaque moment, de chaque choix, de chaque chose que je fais » et cela « va peut-être m'aider à modifier mes habitudes de vie » (E1. L. 163-167) Madame B explique qu'il y a un travail de revalorisation très important : « il y a vraiment un travail de revalorisation de l'image de soi et ça peut passer par des ateliers comme ça autour de l'estime, autour de réinvestir ce corps [...] travailler dans une idée de réinvestissement du corps. Pour que ce corps soit un lieu de plaisir et pas de souffrance. » (E2. l.190-193). De plus, il faut avoir en tête que les alcoolodépendants sont souvent dans la recherche de sensations extrêmes, mais dans un allant destructeur. « Ils ne sont que dans des ressentis extrêmes. Et donc ils trouvent la vie fade aussi sans alcool. » (E2. l.362-364) En retrouvant un agir créateur, le travail de l'ergothérapeute est aussi de leur faire découvrir que l'on peut être bien sans être euphorique, mais aussi que cette sensation peut être dans la durée, et que cela ne doit pas forcément être une sensation forte. Et pour qu'ils puissent le percevoir il faut leur faire comprendre toute nuance qu'il peut y avoir » (E2. l.371-372), même au niveau relationnel, qui est assez binaire.

**La capacité de rendement et le rendement : Une approche corporelle aide-t-elle la personne à se sentir capable de s'engager dans le processus ?**

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Oui Dans la découverte de sensations nouvelles, qui ont un effet de re narcissement et de revalorisation, le fait de prendre la parole corporellement devant un groupe. (1.256-262) Et dans la régularité, le fait de revenir régulièrement. (1.264-265)	Oui Surtout dans les ateliers de revalorisation, autour de l'estime de soi et du réinvestissement du corps. (1.191-193) La satisfaction peut être majorée aussi, mais surtout par le feedback. (1.213)	Oui En le rendant acteur : « Nos ambitions, c'est d'emmener le patient à devenir sujet de lui-même, [...] pour des personnes qui ont passé 10 ou 15 ans de leur vie à se détruire. » (1.152-154) « le groupe peut soutenir la motivation du patient » (1.134-135)

L'approche corporelle va permettre une revalorisation, et une réappropriation du corps et du psychisme. L'effet renarcissant mettra en évidence les capacités de chaque personne à s'engager dans le processus. Madame A ajoute que le fait que l'ergothérapeute s'intéresse à cette partie de la personne peut favoriser la relation de confiance et l'alliance thérapeutique, donc peut aider à favoriser l'implication dans le processus. Pour madame B, Le groupe peut aussi être un bon levier, grâce au « feedback par les pairs » (E2. 1.300)

**Les habiletés : Une approche corporelle aide-t-elle les personnes à trouver des stratégies contre la consommation d'alcool ?**

Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Oui, sous la forme d'outils pour gérer des moments d'angoisse ou d'anxiété dans la vie quotidienne (autre que par la consommation de substance) (1.277-280)	Il faut qu'ils trouvent des moyens de compensations pour lutter contre les pulsions : par l'écoute de leur état psychique, et en le mettant en corrélation avec les facteurs de risque qu'ils peuvent rencontrer dans la vie	Pas de réponse. Plutôt dans une dynamique de « je suis, donc je fais » (1.216) « il y a l'être, et pour pouvoir agir, il faut déjà que l'être existe. » (1.215)

	quotidienne, ils pourront trouver des stratégies. (1.249-255)	
--	--	--

L'approche corporelle peut aussi être un outil pour la personne, dans son quotidien. Mais pour cela, madame B explique qu'il est important de « questionner le mode relationnel de dépendance » (E2. 1.467), pour questionner le transfert des addictions. (Addictions croisées) Cela montre qu'ils sont toujours dans la maîtrise, par rapport au corps. Se demander aussi « à quoi lui sert l'alcool ? », pour bien comprendre le mode relationnel de dépendance et ensuite trouver les stratégies adaptées au mode de consommation. Toutefois, il ne faut pas oublier que la rechute fait partie du processus « mais pour autant une rechute ce n'est pas forcément une catastrophe en soi » (E2. 1.386) parfois la personne a besoin de vérifier qu'elle est bien malade alcoolique, pour « accepter l'inacceptable, [...] se tester, tester ses limites et c'est souvent leur corps qui leur renvoie que ce n'est pas possible justement. » (E2. 1.388-391)

### **Quelles pourraient être les spécificités de l'ergothérapeutes dans ces approches corporelles ?**

Pour madame A, la spécificité serait l'analyse d'activité, savoir à quel moment on rend une approche corporelle outil thérapeutique « comment on amène la personne à faire du lien entre ce qu'on lui propose et ce qu'elle travaille et comment on l'invite à mettre des mots, à prendre conscience du changement que ça peut lui apporter » (E1 ; 1.327-329) elle ajoute : « C'est vraiment la mise en lien de tous les domaines, de tous les aspects de la personne, de comment elle se relie avec son environnement proche, ou plus éloigné, dans différents domaines de sa vie, et comment tout cela se relie en fonction de ce qui a de l'importance pour la personne, et qui a du sens pour elle » (E1. L.411-414)

Pour madame B, la spécificité de l'ergothérapeute serait dans le fait de se servir du levier corps pour accompagner les sensations et émotions, aider les personnes à réinvestir ce corps, verbaliser les ressentis, leur montrer qu'ils peuvent aller vers de la création et du plaisir. Leur montrer aussi que s'écouter, écouter son corps, comprendre les liens entre la pensée et l'action, aide à trouver des stratégies pour lutter contre la pulsion et peut aider à maintenir l'abstinence. Enfin pour madame C, ce serait pouvoir amener le sujet à s'approprier ses actions, aider la personne à recréer du lien entre ce qu'elle est et ce qu'elle fait, mais aussi de l'aider à rester vivante et à continuer dans le chemin dans lequel elle s'est engagée. (Vers l'abstinence)

### 3.3 Pour aller au-delà de la matrice conceptuelle

Finalement, ces différentes réponses nous amènent à pousser notre matrice conceptuelle un peu plus loin. Reprenons nos concepts, en ajoutant les paramètres, ici en gras, évoqués par les ergothérapeutes :

- A l'unité somato-psychique s'ajouteraient **la personne, avec son histoire de vie, sa structure psychique et son mécanisme de dépendance, qui aiderait à comprendre les interactions avec la substance**
- Le niveau d'Insight
- L'étape dans le processus de changement.
- Ancré dans le modèle du MOH avec les notions d'être, d'agir et de devenir.
- **Tout cela serait contenu dans un cadre, que nous pourrions appeler cadre thérapeutique en ergothérapie, incluant l'alliance thérapeutique, la médiation thérapeutique, la verbalisation, la mise en lien et le sens, inscrit dans le temps, avec des modalités de groupe ou en individuel**
- **Sur lequel l'ergothérapeute viendrait appliquer ses connaissances en alcoologie, sa pratique et son analyse de l'activité, pour favoriser l'être, dans la découverte de soi, un agir créateur dans des sensations de plaisir et la nécessité que la personne devienne actrice, pour aller vers un devenir constructif et non destructeur.**

Pour établir notre matrice conceptuelle, nous avions décrit un processus plutôt linéaire, en mettant en lien nos concepts. Cependant, il apparaît que les connexions soient plus complexes, nécessitant une verbalisation constante et des aller-retours entre la phase du processus, le niveau d'Insight et l'unité somato-psychique.

En effet l'humain, ici la personne alcoolodépendante, peut-il se résoudre à un processus linéaire ? Ne serait-il pas finalement une sorte de système complexe, fait du corps comme refuge de l'être, donc de l'unité somato-psychique, où pourrait se jouer le processus de changement ? Jean Paul Descombes parlait déjà de complexité de la maladie, mais nous n'avions pas mis en parallèle la complexité de l'être humain, et c'est peut-être parce que l'être humain est complexe, que la maladie l'est aussi.

Par les approches corporelles, ce système serait donc remis en mouvement, dans une dynamique propre à chacun. Eric Lowen, dans une conférence sur la complexité humaine (Respect de la complexité humaine et de la globalité humaine) explique que « L'être humain

est corps mais ne se réduit pas qu'à la matérialité, la physiologie ou la biologie de son corps. L'espèce humaine est caractérisée par une complexité infiniment plus vaste. L'être humain est aussi émotions, sentiments, pensées, réflexions, souvenirs, imaginations, désirs, conscience... tous enfantés par le corps matériel. » (34). L'humain est fait d'une multitude de connexions, qui font la spécificité de chacun. Et même si la pathologie reste la même, chaque personne l'inscrit dans une vie différente.

Le fait de redonner du sens et recréer le lien entre toutes les parties de la personne, dans une idée de réunification, par une approche corporelle supportée par un cadre thérapeutique en ergothérapie et subordonnée par le modèle de l'occupation humaine, offrirait un nouvel axe de réflexion, avec une vision plus globale de la personne, comme un système où toutes les composantes influeraient les unes sur les autres et non comme un processus linéaire, évoqué plus haut. Ces résultats donnent l'idée d'une interconnexion entre les différents concepts, l'un ne venant pas forcément après l'autre, mais évoluant en symbiose, dans le système complexe qu'est l'être humain. Edgard Morin, sociologue et théoricien de la complexité explique : « Je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus de connaître le tout sans connaître les parties. » (35)

Nous pouvons déjà remarquer l'évolution de notre matrice conceptuelle, qui inclurait la complexité comme « liant » de tous les concepts évoqués et que le cadre en ergothérapie soutiendrait. Il replacerait la personne dans une réalité concrète, laisserait la liberté d'expression, tout en contenant les éventuels débordements qui pourraient être angoissants pour la personne. Et pour que le cadre soit solide, cette complexité aurait besoin d'être analysé. En effet, Jean Paul Descombey explique que les alcoolodépendants ont une grande difficulté à accéder aux soins et que la pathologie est parfois mal comprise. Madame B parle dans son entretien de la nécessité de se former à l'alcoologie plus qu'à l'activité elle-même, (E2. L.284-285) car les alcoolodépendants sont des personnes « difficiles à accompagner, qui peuvent susciter beaucoup de contre-transferts négatifs, qui sont beaucoup dans l'agir ou dans le passage à l'acte ou dans la recherche du cadre et des limites et c'est justement hyper important de comprendre tous ces leviers pour pouvoir un positionnement juste. » (E2. L.287-291)

D'après les ergothérapeutes interrogés ces leviers seraient de l'ordre de l'approche corporelle, de la verbalisation des sensations, de la mise en lien, mais pourraient aussi être par des modalités différentes, en individuel ou en groupe et en pluridisciplinaire, mais nous pourrions certainement être plus précis dans une nouvelle recherche sur ce cadre thérapeutique au service du processus de changement chez les alcoolodépendants.

Pour réfléchir à ces nouvelles thématiques, qui sont la complexité de l'humain par rapport à celle de la pathologie et l'intérêt du cadre thérapeutique en ergothérapie, nous allons interpréter les données dans la prochaine partie en reprenant chaque concept et en les confrontant aux résultats, afin de trouver les axes de réflexion possibles.

## 4 DISCUSSION DES DONNEES

### 4.1 Interprétation des résultats :

Il est tout d'abord intéressant de s'interroger sur le sens que chacun peut donner des approches corporelles. Pour les trois ergothérapeutes interrogés, ce sont plus que des activités directement basées sur l'activité du corps, comme la relaxation par exemple. Ce sont « toutes les activités qui mettent en jeu le corps » d'après madame A et madame B, ce qui offre de très larges possibilités d'activités et un grand champ d'action. Une approche corporelle peut donc être sous la forme d'une médiation corporelle, comme l'expression corporelle, ou d'une médiation mettant en jeu les mouvements du corps comme l'argile. L'objectif principal d'une approche corporelle est de permettre à la personne de ressentir des sensations et émotions, qui seront amenées à la conscience par le biais de la verbalisation.

Nous pouvons maintenant reprendre nos différents concepts que nous avons trouvé dans la revue de littérature par rapport à l'approche corporelle, selon notre axe de réflexion.

Concernant *l'unité somato-psychique* que nous avions décrite, il apparaît que ce concept soit très important dans la prise en charge des personnes alcoolodépendantes. En effet, elles n'ont plus accès à leur psychisme, elles ne ressentent plus leur corps et remplissent ce vide sensoriel par l'alcool : « le corps est le refuge de l'être » d'après madame A. L'alcool leur permet de ressentir des sensations, mais aussi de se couper de leur psychisme.

Les trois ergothérapeutes expliquent que l'alcoolodépendant est confronté à une grande difficulté de verbalisation des affects et des sensations : « très grande difficulté à la verbalisation des affects, sujet à l'asomatognosie, l'anosognosie » (E2. L. 24-27). L'approche corporelle va alors permettre d'habiter le corps de nouveau, sans alcool, en recréant le lien entre le mouvement et la sensation. Madame B parle d'unification du corps et de l'esprit. Madame C explique que l'approche corporelle va allier l'esprit, l'imaginaire et le mouvement.

L'unité somato-psychique est un concept qu'il faut avoir en tête pour comprendre les mécanismes de l'alcoolodépendance. Il permet de se rendre compte du lien qui unit le corps à l'esprit et il est indispensable à chaque être humain pour vivre et s'épanouir de manière équilibrée. Les ergothérapeutes doivent le prendre en compte, ainsi que les autres professions qui peuvent avoir à travailler avec des approches corporelles sur la réunification du corps par exemple.

L'approche corporelle va aussi permettre de rétablir le lien de causalité entre ce que je fais et ce que cela procure au corps. En effet, les sensations procurées par l'alcool sont destructrices. C'est pourquoi ce concept d'unité somato-psychique peut être mis en corrélation avec le concept d'*Insight*, ou de conscience du trouble. Comme les personnes se coupent de leur psychisme, elles n'ont pas conscience de leur maladie et de l'effet destructeur de leurs actions. Nous parlons de déni. Les approches corporelles sont intéressantes pour aider et accompagner les personnes à ressentir de nouveau leur corps, les amener à découvrir qui elles sont et comment elles fonctionnent dans le but de réinvestir ce corps, mais aussi de se rendre compte de leur trouble pour madame A et B, ou alors au moins de se rendre compte du mal-être et de ce qu'il se passe lorsqu'on fait une action pour madame C.

L'*Insight* n'est pas un concept connu par tous les ergothérapeutes sous cette appellation, en revanche cette conscience du trouble est primordiale dans l'alcoolodépendance mais aussi dans les autres pathologies psychiatriques. Finalement, l'ergothérapeute, mais aussi les autres professions peuvent rencontrer une conscience du trouble absente ou altérée et doivent adapter leur prise en charge en conséquence.

L'approche corporelle peut être un levier pour lever le déni et favoriser l'*Insight*. En revanche, elle nécessite un accompagnement de l'ergothérapeute. En effet, ces phases dite de précontemplation et de contemplation dans *le cycle de Prochaska* peuvent être désagréables. La découverte de soi dans l'ici et maintenant peut être une épreuve difficile, le fait d'être ramené à une réalité aussi, c'est pourquoi il est important d'accompagner la personne dans cette démarche. Madame A explique que le corps devient une porte d'entrée pour accéder à l'être, l'approche corporelle permet de se recentrer sur soi, d'apaiser certaines tensions, de prendre conscience de certains troubles et de certaines capacités, de prendre conscience de soi. Et c'est la verbalisation qui pourra permettre de faire émerger un discours changement et donc de passer à l'étape suivante dans le processus de changement.

Pour faire le lien avec le *Modèle de l'Occupation Humaine* que nous avons décrit, le fait de redevenir sujet de soi-même ou d'unifier son corps à son esprit peut être mis en corrélation avec la notion d'Être, qui regroupe la volition (la motivation), l'habituation (organisation des habitudes de vie) et les capacités de rendement (sensations et vécu de la personne qui vont permettre l'action). Ces trois composantes, avec l'environnement (qui apporte les opportunités, les ressources, les exigences et les contraintes qui peuvent avoir un impact important sur la personne et sur ses activités), affectent simultanément les actions, les pensées et les émotions. Cette idée nous emmène naturellement vers une notion de complexité que nous développerons plus tard dans les perspectives de recherche, notamment la question du cadre thérapeutique. L'Être prend donc en compte l'unité-somato-psychique et le concept d'Insight comme nous l'avions expliqué.

Après la contemplation, la phase suivante dans le cycle de Prochaska se nomme l'action. Madame B explique que les alcoolodépendants ont déjà l'agir, mais c'est un agir destructeur. Cette phase doit donc permettre à la personne de transformer son agir destructeur en agir créateur. Faire des éléments désagréables quelque chose de positif qui vont permettre à la personne de favoriser sa motivation au changement. Cet agir doit permettre l'engagement dans le processus de changement et l'approche corporelle peut le favoriser selon les ergothérapeutes. En effet, selon MC. Morel-Bracq : « l'agir permet de développer son identité et ses compétences » cet agir se décrit selon trois composantes : les habiletés, la participation et le rendement. L'approche corporelle pourrait permettre de favoriser le rendement en rendant la personne actrice dans le processus et la satisfaction pourra être majorée par le plaisir qui pourra en jaillir. Les habiletés pourront aussi être favorisées dans une idée de se servir des approches corporelles pour trouver des stratégies de compensation contre la consommation d'alcool. En ce qui concerne le devenir, nous n'avons pas souhaité le questionner car nous voulions rester sur l'idée d'une entrée dans le processus. Cependant, les résultats nous donnent quelques hypothèses. Selon MC Morel-Bracq, l'agir permet de développer son identité et ses compétences et donc, permet l'adaptation à l'environnement. Nous pouvons donc prétendre que les approches corporelles pourraient permettre une meilleure adaptation à l'environnement par la conscience de soi. En faisant des allers et retours entre ce que je fais et ce que cela fait dans mon corps et mon esprit.

Finalement, l'utilisation de ce modèle nous aura aidé à faire le lien entre les concepts d'unité somato-psychique, d'Insight et de motivation au changement, comme nous l'avions évoqué dans le schéma de notre axe de réflexion. Le Modèle de l'Occupation Humaine est un

modèle intéressant pour les ergothérapeutes afin de mieux comprendre l'importance et le processus de l'engagement humain dans l'activité. Il s'accorde parfaitement avec le cycle de Prochaska qui permet aux ergothérapeutes, mais aussi les autres professionnels, de situer la personne dans le processus afin de proposer une prise en soin la plus pertinente possible. La pluri-disciplinarité et le partage des informations est importante pour que chaque professionnel s'accorde en fonction de la phase du processus dans laquelle se trouve la personne.

Pour conclure cette analyse, les concepts évoqués en amont lors de la revue de littérature semblent convenir à la question des approches corporelles en ergothérapie auprès des personnes alcoolodépendantes. Ils ont tendance à rejoindre les éléments recueillis lors des entretiens et font partie des fondements de la pratique en alcoologie. L'ergothérapeute peut tout à fait s'en saisir pour sa pratique dans ce domaine.

#### 4.2 Réponse à l'objet de recherche

Pour répondre à l'objet de recherche : « **En quoi des approches corporelles en ergothérapie auprès de personnes alcoolodépendantes pourraient-elles favoriser l'entrée dans un processus de changement ?** », je cherchais à mettre en évidence :

Tour d'abord le fait que les alcoolodépendants ont bel et bien une unité somato-psychique altérée et que cela avait un impact sur la motivation au changement. Effectivement, d'après les ergothérapeutes interrogés, le lien entre le corps et l'esprit est rompu. Cela explique une conscience du trouble floue voire absente. Les ergothérapeutes peuvent l'évaluer au moyen d'entretien motivationnel ou par une observation clinique de l'état des patients, qui répond à la *Compétence 1* du référentiel de compétences en ergothérapie (36) :

« *Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique.* » :

- Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.
- Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation.
- Conduire un entretien visant au recueil d'informations.
- Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux

appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.

- Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie.
- Identifier les éléments facilitants ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.
- Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé.
- Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapique prenant en compte la complexité de la situation de handicap. (36)

Ensuite, je cherchais à savoir si les approches corporelles pouvaient avoir un rôle à jouer dans cette réunification du corps et la prise de conscience du trouble.

Cette évaluation va donc permettre à l'ergothérapeute de se rendre compte du niveau d'Insight de la personne alcoolodépendante et de la situer dans le cycle de Prochaska, afin de construire un processus d'intervention en lien avec les composantes du modèle de l'occupation humaine : favoriser l'être de la personne, au moyen d'approches différentes et notamment les approches corporelles. Celles-ci vont pouvoir rétablir le lien corps-esprit par la découverte de sensations et émotions, mais aussi ramener la personne vers un agir créateur, en l'aidant à donner du sens et faire le lien entre la notion de plaisir et l'abstinence. Pour cela, l'ergothérapeute se sert de la *Compétence 2* du référentiel :

« *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie d'aménagement de l'environnement* » en particulier dans les champs suivants :

- Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapique.
- Choisir un modèle d'intervention ergothérapique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations.
- Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne.
- Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-

sociales et environnementales de l'activité.

- Élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité. (36)

L'approche corporelle pourra aider le patient à favoriser son Insight, réunifier son corps et son esprit et à faire jaillir un agir créateur pour avancer dans le processus et sur le chemin de l'abstinence. Pour cela, l'ergothérapeute a développé la *Compétence 3* du référentiel :

« *Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.* » Notamment :

- Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
- Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
- Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
  - Techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
  - Techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuromotrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ;
  - Techniques de guidance et d'accompagnement ;
  - Techniques de compensation et de remédiation
- Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
- Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.
- Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
- Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
- Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité. (36)

Cette compétence lui permet de rendre une approche corporelle thérapeutique, adaptée à la personne, qui aura pour première intention de favoriser l'Être.

Pour avancer dans le processus, l'activité va être accompagnée d'une verbalisation, d'une mise en lien qui sera porteur de sens pour la personne. Cette mise en lien nécessite une alliance thérapeutique et une relation de confiance entre l'ergothérapeute et la personne, relative à la *Compétence 6* du référentiel :

« *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.* » dans les champs suivants, selon le référentiel :

- Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
- Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
- Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
- Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
- Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique. (36)

L'approche corporelle pourra permettre de favoriser cette alliance thérapeutique, par l'attrait de l'activité et le plaisir que les personnes vont trouver, en lien avec leur abstinence. Elle permettra de faire du lien entre « ce que je fais et ce que cela procure dans mon corps ». Les personnes pourront alors se rendre compte du lien de cause à effet de l'alcool sur elle-même et ainsi, s'inscrire dans un Devenir en accord avec le choix de l'abstinence.

#### 4.3 Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche

D'après les résultats, nous pouvons admettre l'idée selon laquelle les approches corporelles en ergothérapie auraient un intérêt pour favoriser l'entrée dans un processus de changement chez les personnes alcoolodépendantes. En revanche, il est important de noter que ces approches n'auront un effet que si l'ergothérapeute invite les personnes à verbaliser leurs

ressentis et les accompagne dans cette phase qui peut parfois être difficile à supporter. L'approche corporelle peut être un levier, mais il faut être vigilant aux modalités de l'activité pour qu'elle soit adaptée à la personne en fonction de l'étape du processus et au niveau d'Insight. Enfin, il faut que l'activité soit inscrite dans le temps, car le chemin vers l'abstinence est long et semé d'embûches. L'ergothérapeute doit faire preuve de patience et doit respecter le rythme de chaque personne. Enfin l'activité doit être source de plaisir et doit permettre une revalorisation de la personne.

Concernant mon dispositif de recherche, je me rends compte que certaines questions auraient mérité une autre formulation. En effet, les critères du MOH n'ont pas été tout à fait compris comme prévu. Les modèles conceptuels n'étant pas connus par tous les ergothérapeutes, je me suis senti parfois pris au dépourvu pour expliquer les différents termes et l'intérêt dans la pratique.

Je remarque que je n'ai pas assez pris en compte la personne alcoolodépendante avec son histoire de vie, sa structure psychique et son mode de consommation qui font la spécificité de la pathologie, sa singularité et sa complexité.

Je n'ai pas pris en compte le cadre et la relation thérapeutique qui sont pourtant extrêmement importants pour mettre en place l'activité et la rendre thérapeutique.

L'alcoolodépendance est encore peu développée en ergothérapie de nos jours et j'ai pu ressentir parfois le besoin des ergothérapeutes de parler d'autres choses qui leur tenaient à cœur, comme leurs différentes pratiques, ou encore la vision de l'ergothérapie en psychiatre par les équipes par exemple. Je me rends compte que mes questions de relance n'étaient probablement pas assez structurées pour répondre complètement à ma question de recherche, même si le contenu était tout de même passionnant.

Enfin, mes résultats ne sont pas généralisables car ils reposent sur l'expérience de seulement trois ergothérapeutes, en revanche ils représentent un axe de réflexion intéressant quant à la prise en charge des personnes alcoolodépendantes de nos jours et sur l'impact que l'ergothérapie peut avoir sur la prise en soin.

#### 4.4 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Les approches corporelles semblent être des leviers pour favoriser l'Insight des personnes alcoolodépendantes et accompagner l'entrée dans un processus de changement, si les ressentis

qui en jaillissent sont amenés à être verbalisés, analysés et mis en lien avec l'histoire de vie et le mode de consommation, par l'accompagnement de l'ergothérapeute.

L'alcoologie est un domaine complexe. Il me semble important de rappeler ce que madame B a rapporté lors de l'entretien : « je pense que ce n'est pas sur l'approche corporelle qu'il faut être formé mais vraiment sur l'alcoologie. [...] parce que ce sont des patients difficiles à accompagner, qui peuvent susciter beaucoup de contre-transferts négatifs, qui sont beaucoup dans l'agir ou dans le passage à l'acte, ou dans la recherche du cadre et des limites et c'est justement hyper important de comprendre tous ces leviers pour pouvoir avoir un positionnement juste » (E2. L.284-291)

Il apparaît que les professionnels de santé ne soient peut-être pas assez formés sur la pathologie et notamment sur la question du corps. Finalement, l'activité en tant que telle est le propre de l'ergothérapie. Comme nous l'avons écrit plus haut, elle fait partie de nos compétences et elle est surtout le fondement de notre pratique. Lors de mes stages, plusieurs ergothérapeutes m'ont fait part de leur ressenti quant à leur profession et m'ont finalement expliqué que l'ergothérapie était avant tout une profession de « bon sens ». De fait, chaque ergothérapeute développe au cours de sa formation les compétences pour proposer des activités adaptées et en accord avec la situation. En revanche, parfois la formation ne suffit plus et le besoin de se former plus solidement se fait sentir. Sur cette question du corps chez les personnes alcoolodépendantes, madame B explique : « ils ont un rapport au corps qui est quand même très compliqué, quand on a une anosognosie euh... aucune conscience de la mort, de ses conséquences, ou c'est vécu comme quelque chose d'accident et qui ne leur appartient pas, voilà, il y a quand même je pense une grande réflexion à faire sur ça, après la médiation corporelle et bien c'est comme toutes les médiations, je pense que clairement ça ne pose pas de difficultés à un ergothérapeute. » (E2. L.291-296)

Cela me permet de faire le lien avec les autres compétences du référentiel d'ergothérapie. Tout d'abord la *Compétence 7* : « *Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.* », en effet, au bout d'un certain temps sa propre pratique peut se heurter à un manque de connaissance sur la pathologie. Il faut donc pouvoir l'analyser et trouver le moyen de la faire évoluer, en constatant les effets de sa pratique et en se questionnant. Selon le référentiel :

- Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de

pratique et de la culture des personnes concernées.

- Évaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires.

- Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité.

- Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution de sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfices/risques.

- Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation.

- Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie. (36)

La dernière compétence que je souhaiterais développer découle de la précédente : la *Compétence 8 : « Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques »*. L'ergothérapeute pourra trouver des réponses à ses questionnements dans la littérature scientifique dans les champs suivant :

- Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux
- Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle
- Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client
- Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et/ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes
- Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations

Enfin, si cela ne suffit pas, poursuivre sa formation par un diplôme supplémentaire comme l'évoque madame B : « C'est mon parcours professionnel qui m'a poussé à avoir une vraie connaissance théorique sur la psychopathologie du patient malade alcoolique. » (E2. L.286-287) ; « au bout de quelques temps, je me suis sentie limitée dans ma pratique et que j'avais besoin de plus » (E2. L.440-441)

Voici ce que je proposerais comme éléments de transférabilité dans la pratique. Finalement de se former de manière plus solide sur la pathologie, pour être plus pertinent face à la complexité de l'alcoolodépendance et aussi probablement sur les autres pathologies psychiatriques. Mais surtout, ne pas hésiter à se documenter et à travailler en équipe dans un premier temps. La *Compétence 9* : « *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* » (36) nous invite à coopérer avec l'environnement institutionnel et partenarial, qui est aussi un outil très précieux pour comprendre la complexité de la pathologie et de l'être humain.

#### 4.5 Apport, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats

Ce travail de recherche sur l'intérêt des approches corporelles chez les personnes alcoolodépendantes nous amène à constater par le concept de l'unité somato-psychique, que l'être humain ne peut pas être défini par son seul corps ou son psychisme. Il est plus complexe. En effet, le travail des ergothérapeutes dans ce domaine sur la réunification de ses deux entités demande un accompagnement. Nous pouvons imaginer à quel point cette phase peut être désagréable et perturbante, voire même angoissante si la personne n'a pas l'habitude de ressentir son corps et de mettre des mots sur ses sensations et émotions. Le rôle de l'ergothérapeute est alors de favoriser cette parole avec un environnement stable, donc un cadre thérapeutique solide. Le MOH nous donne finalement les clés pour accueillir, analyser et soutenir les mouvements d'une unité somato-psychique réunifiée dans une notion d'environnement dont nous n'avions pas encore parlé. Le cadre thérapeutique semblerait être une clé déterminante dans ce processus. MC. Morel-Bracq explique dans son livre *Modèle conceptuels en ergothérapie* que : « les objectifs thérapeutiques sont d'accompagner la personne dans son processus de changement du fait des altérations, visant une réorganisation complexe, de façon simultanée et en résonnance, de la volition, de l'habituation, des capacités de rendement et des conditions environnementales. » Ce modèle permet de prendre en compte des aspects de la personne beaucoup plus étendus que les simples données médicales. Mais de les prendre en compte dans une vision globale.

Pour comprendre ce dont nous parlons, nous pouvons nous appuyer sur les travaux d'Edgard Morin, précurseur de « La Pensée Complexe ». Il explique selon Patrick Juignet, Docteur en science humaine et philosophie, qu'il y a « La nécessité de relier l'objet au sujet et à son

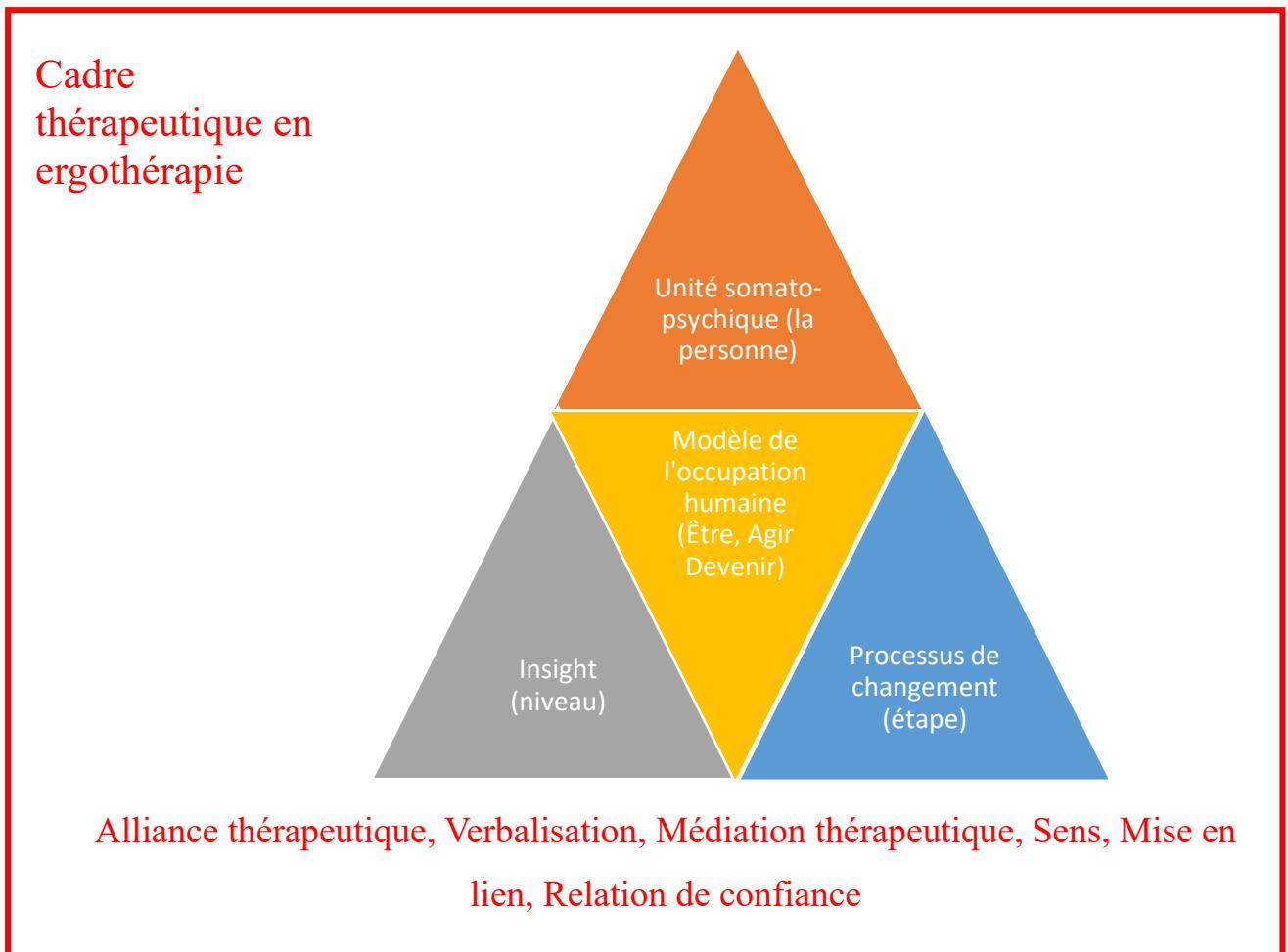
environnement, de considérer l'objet non plus comme une chose inerte et privé de forme, mais comme un système doué d'organisation, de faire dialoguer la théorie avec l'incertitude et le contradictoire. Il faut, selon lui, respecter la « multi dimensionnalité » des êtres et des choses. La connaissance doit se connaître elle-même, être une « science avec conscience ». » (33) La complexité de l'être humain s'ajoute à celle de la pathologie, qui affecte l'être humain dans sa globalité, « avec toutes ses dimensions, (santé physique et psychique, personnalité, relations avec l'entourage, situation sociale, économique...) ainsi que son entourage et la société dans son ensemble. » (34)

Nous avions compris plus haut que notre schéma était peut-être trop linéaire, Edgar Morin nous donne l'idée d'un système en mouvement, fait de multiples dimensions et connexions. Les limites de notre recherche se trouveraient alors dans la forme et la manière de proposer l'activité en faveur d'une entrée dans le processus, où l'insight serait l'objectif premier.

Et pour accueillir cette complexité et ses mouvements, l'ergothérapeute dispose de plusieurs principes, qui font les fondements de notre pratique : la médiation thérapeutique, le cadre thérapeutique, et la relation thérapeutique. Nous avons interrogé la médiation par l'approche corporelle, les ergothérapeutes ont développé la notion de relation, dans l'accompagnement et la verbalisation.

En revanche nous n'avons pas abordé la notion de cadre thérapeutique. De fait, nous pourrions nous demander pour aller plus loin, de quoi le cadre devrait être fait pour accueillir la complexité de l'être humain et celui de la pathologie, selon un nouvel axe de réflexion qui prendrait en compte le caractère humain de la personne mais aussi celui de l'ergothérapeute, en lien avec la médiation et la relation, dans un système en mouvement où chaque composante aurait un impact sur les autres et qui évoluerait en symbiose, c'est-à-dire ensemble. (du grec « *sumbiōsis* » qui signifie « vivre ensemble »).

Nouvel axe de réflexion, en schéma :



L'ergothérapeute :  
Connaissance en alcoolologie,  
Pratique et analyse d'activité  
s'inscrivant dans le modèle du  
MOH



## BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. La place de l'alcool en France. [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/image-alcool.asp>. Consulté le 01/02/18.
2. Fondation pour la recherche en alcoologie . [En ligne]. <https://www.fondationdefrance.org/fr/fondation/fondation-pour-la-recherche-en-alcoologie>. Consulté le 01/02/18
3. INSERM. Addictions, du plaisir à la dépendance. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>. Consulté le 13/11/17
4. Pitel AL., Beaunieux H., Sullivan EV., Pfefferbaum A., Viader F., Desgranges B., et al. Le syndrome de Korsakoff revisité, The Korsakoff's syndrome revisited. *Rev Neuropsychol*. 2009 ; me 1(1) : 84-9.
5. Les représentations de l'alcoolique [En ligne]. 2015. <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-representations-de-l-alcoolique--9782749246208.htm>. Consulté le 28/02/18
6. Angelino L. L'a priori du corps chez Merleau-Ponty. *Rev Int Philos*. 2008;(244):167-87.
7. Garrabé J., Kammerer F. Classification française des troubles mentaux R-2015: correspondance et transcodage CIM 10. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2015.
8. Guelfi J-D. DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux version internationale avec les codes CIM-10. 4e éd. Paris Milan Barcelone: Masson; 1996.
9. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement [En ligne]. <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>. Consulté le 01/02/18.
10. Alcool Assistance, alcool, aide alcool, prévention alcool, addiction [En ligne]. <https://www.alcoolassistance.net/>. Consulté le 01/02/18.
11. Descombez J-P. Le corps de l'alcoolique, tache aveugle pour lui et ses interlocuteurs médicaux, The alcoholic's body, a blind task for him and his medical team, El cuerpo del alcoholico, mancha negra para él y sus interlocutores médicos. *Inf Psychiatr*. 2009 ; me 85(1) :51-5.
12. Neuro-végétatif, psychique [En ligne]. <http://www.etaap-quertant.com/article-16--neuro-vegetatif-psychique.html>. Consulté le 05/02/18
13. Saunders SM., Zygowicz KM., D'Angelo BR. Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat*. 1 avr 2006 ; 30(3) :261-70.
14. SFA - Société Française d'Alcoologie [En ligne]. <https://www.sfalcoologie.asso.fr/>. Consulté le 15/02/18.

15. Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability - Heinz - 2008 - Addiction Biology - Wiley Online Library [En ligne]. <http://onlinelibrary.wiley.com.lama.univ-amu.fr/doi/10.1111/j.1369-1600.2008.00136.x/abstract>. Consulté le 15/02/18.
16. Denouette S, Vassalo A. En quoi un accompagnement ergothérapique, basé sur l'activité, peut diminuer le risque de rechute chez une personne alcoololo-dépendante ? 2017.
17. Timary P de, Toussaint A, Besson J, Descombey J-P, Roussaux J-P. Sortir l'alcoolique de son isolement. Bruxelles: De Boeck; 2014. (Carrefour des psychothérapies).
18. Smaniotto B., Lighezzolo-Alnot J. Organisation et fonctionnement intrapsychique dans l'alcoolodépendance. Étude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, Intrapsychic organization and behaviour in alcohol-dependence. Comparative study between chronic and binge alcoholism. Bull Psychol. 2009;Numéro 504(6):533-41.
19. Fond G, Ducasse D. Entretien motivationnel : accompagner le changement. <Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues02416972v36i299S0241697214001935> [En ligne]. 2 juill 2015. <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/988198/>. Consulté le 10/02/18.
20. Shannon RJ. Motivational Interviewing: Enhancing Patient Motivation for Behavior Change. In: International Handbook of Occupational Therapy Interventions [En ligne]. Springer, New York, NY; 2009. [https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/chapter/10.1007/978-0-387-75424-6\\_57](https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/chapter/10.1007/978-0-387-75424-6_57). Consulté le 17/01/18.
21. Friard D. Insight. In: Les concepts en sciences infirmières [En ligne]. Association de recherche en soins infirmiers (ARSI); 2012. p. 205-8. <https://www.cairn-info.lama.univ-amu.fr/article.php?>. Consulté le 20/02/18.
22. Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client [En ligne]. <http://journals.sagepub.com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/000841749506200408>. Consulté le 05/02/18.
23. Izard M-H, Moulin M, Nespolous R. Expériences en ergothérapie: 4e série. Paris Milan Barcelone: Masson; 1991. (Rencontres en rééducation).
24. Izard M-H, Nespolous R. Expériences en ergothérapie: 13e série. Montpellier: Sauramps médical; 2000. (Rencontres en médecine physique et réadaptation).
25. Izard M-H, Nespolous R. Expériences en ergothérapie: dix-huitième série. Montpellier: Sauramps médical; 2005. (Rencontres en médecine physique et de réadaptation).
26. Sousa CD, Romo L, Excoffier A, Guichard J-P. Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions, Abstract. Psychotropes. 2011;17(3):145-61.
27. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [En ligne]. [intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé](https://intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-cannabis/). <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-cannabis/>. Consulté le 19/02/18.

28. outil\_modele\_prochaska\_et\_diclemente.pdf [En ligne]. [https://www.health-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](https://www.health-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf). Consulté le 19/02/17.
29. BOURGEOIS M. L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesureInsight (awareness of illness), nature and measure. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2002;160(8):596-601.
30. Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2011;169(7):409.
31. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017. (Collection Ergothérapie).
32. DÉMARCHE CLINIQUE [En ligne]. [http://probo.free.fr/ecrits\\_app/Demarche\\_clinique.htm](http://probo.free.fr/ecrits_app/Demarche_clinique.htm). Consulté le 26/02/18.
33. Entretien\_explicitation JM. pdf [En ligne]. [http://disciplines.acbordeaux.fr/ecogestion/hotellerie/uploads/rubriques/94/file/Entretien\\_explicitation%20JM.pdf](http://disciplines.acbordeaux.fr/ecogestion/hotellerie/uploads/rubriques/94/file/Entretien_explicitation%20JM.pdf). Consulté le 26/02/18.
34. La complexité humaine: soma-psyché-noüs - Audiotheque Alderan [En ligne]. <https://www.alderan-philo.org/telechargement/la-nature-humaine/356-la-complexite-humaine-soma-psyché-nous.html>. Consulté le 30/02/18.
35. Abdelmalek AA. Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité : Sociétés. 2004;no 86(4):99-117.
36. Référentiel de compétences [En ligne]. <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82>. Consulté le 01/05/18.

## ANNEXES

**Annexe 1 : Critères DSM 5 pour le diagnostic de l'alcoolodépendance**

Un sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :

- Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

L'addiction est qualifiée de faible si 2 à 3 critères sont satisfaits, modérée pour 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus.

## Annexe 2 : Préenquête

Questionnaire à l'intention des professionnels travaillant ou ayant travaillé avec les alcoolodépendants : (par Google Form sur internet, pour la facilité de réponse)

- De quelle profession êtes-vous ? *Réponse attendue : Ergo, psychomotricien, médecin, psychologue...*
- Pensez-vous que le corps est impacté dans l'alcoolodépendance ? *R : oui/non*
- Si oui, de quelle manière ? *R : oui/non parce que...*
- Comment travaillez-vous la motivation au changement avec vos patients alcoolodépendants ? *R : Par tel ou tel moyen ...*
- Pensez-vous qu'une approche corporelle peut favoriser la motivation au changement ? pouvez-vous expliquer pourquoi ? *R : Oui / non parce que ...*
- Proposez-vous des activités spécifiques autour du corps à vos patients ? si oui, pouvez-vous en donner les principaux objectifs ? *R : oui/ non. Si oui, activité corps pour ...*

## Annexe 3 : Matrice conceptuelle

Concepts	Variables	Critères	Indicateurs	Questions de relance
L'unité somato-psychique	Nécessaire pour s'adapter à l'environnement	Unité altérée, pas de lien entre le psychisme et le corps	Corps délaissé, malmené, anesthésié	Travaillez-vous le lien corps/esprit avec vos patients ?
L'insight	Conscience du trouble (Première étape du cycle de changement : la pré contemplation)	Etre capable d'en parler	Déni du trouble	Comment abordez-vous la question du déni ?
		Etre capable de le ressentir	Le voir sur le corps et le ressentir	Corporéelle vous permet-elle de favoriser l'insight ? Comment faites-vous concrètement ?

La motivation au changement	La contemplation	Reconnaissance du trouble, balance décisionnelle	Commence à envisager un changement, éventuellement	L'approche corporelle pourrait-elle aider à faire émerger un discours changement ?
	Détermination	Décision d'entamer un traitement	Se sent près à passer à l'étape suivante	L'approche corporelle peut-elle être un « déclencheur » à la prise de décision d'un traitement ?
	Action	Engagement dans le processus de changement	Modification des habitudes de vie, réflexion	Une approche corporelle peut-elle permettre un engagement dans le processus ?
Le MOH	Volition	Motivation	Choix des activités	La motivation est-elle favorisée par une approche corporelle ?
	Habituat	Habitudes de vie	Pouvoir modifier ses habitudes de vie	Cette approche peut-elle permettre d'aider la personne à changer ses habitudes de vie ?
	Capacités de rendement	Permettent l'action	Se sentir capable	L'approche corporelle aide-t-elle la personne à se sentir capable de s'engager dans le processus ?
	La participation	Implication dans les activités	S'implique dans les activités	Une approche corporelle permet-elle une plus forte implication dans les activités ?
	Le rendement	Satisfaction	Est fière du chemin parcouru	La satisfaction des personnes est-elle majorée par une approche corporelle ?
	Les habiletés	Capacités à trouver des stratégies	S'adapte	Une approche corporelle aide-t-elle les personnes à trouver des stratégies contre la consommation d'alcool ?

1 **Annexe 4 : Entretien n°1 : madame A, ergothérapeute en psychiatrie**

2

3 **Selon vous, une approche corporelle en ergothérapie, pourrait-elle favoriser l'entrée dans**  
4 **un processus de changement chez les personnes alcoolodépendantes ?**

5 Je pense que oui, euh, dans le sens où ... euh, la médiation par le corps permet de se recentrer  
6 sur soi, donc peut-être, euh... déjà d'apaiser certaines tensions, et de prendre conscience de  
7 certains troubles et de certaines capacités aussi. ... Enfin de prendre conscience de soi tout court  
8 en fait. Donc euh... c'est un bon départ pour ... ba... évaluer, faire un petit bilan d'où la per-  
9 sonne en est, puis du coup de ce qu'elle a à travailler.

10 **D'accord. Comment abordez-vous la question du déni ? Vous parlez de prendre cons-**  
11 **cience de certains troubles.**

12 Ben déjà dans la rencontre avec la personne il y a un temps où peut être on l'invite à formuler,  
13 à verbaliser sa demande ou la raison pour laquelle elle est là ou ce qu'elle attend du suivi en  
14 ergothérapie, et c'est déjà une façon de faire un point sur sa conscience de ses troubles donc sur  
15 son déni s'il y en a un. Euh... peut-être qu'en passant par des questions autour de la vie quoti-  
16 dienne ou de ses relations aux autres ou par des mises en situation, qui mettent en évidence  
17 certains troubles ou certaines difficultés, du coup on peut, dans les phases de verbalisation qui  
18 suivent l'expérimentation, peut être amener la personne à prendre conscience de certaines  
19 choses dont elle n'aurait pas conscience.

20 **D'accord. Du coup, l'approche corporelle, est ce qu'elle pourrait aider euh, à faire émer-**  
21 **ger un discours changement, ou, amener un déclic ?**

22 Oui après dans... là je parlais plutôt du temps d'évaluation en fait, mais je pense que ... en  
23 pratiquant des séances euh en partageant avec les patients des séances à médiation corporelle,  
24 il y a bien-sûr une évolution qui peut se faire et donc dans le processus de changement. Mais  
25 euh... je pense qu'il faut vraiment que ça s'inscrive dans le temps. Ce ne sont pas des choses  
26 qui viennent du jour en lendemain. Je pense que déjà au cours d'une séance, entre les ressentis  
27 d'une personne en début de séance et en fin de séance, il peut déjà y avoir une évolution, donc  
28 c'est intéressant et important d'amener la personne à mettre des mots sur ses ressentis, avant et  
29 après, pour déjà prendre conscience de cette évolution, et puis, du coup sur plusieurs séances  
30 aussi, essayer de voir les changements qu'elle repère, que nous repérons à travers l'observation  
31 clinique.

32 **D'accord. Heu...**

33 Je ne sais pas si c'est assez précis comme réponse ?

34 **Si si. Seulement je dois réussir à interroger tous les paramètres de mes concepts, que je**  
 35 **surligne au fur et à mesure et du coup il faut que je ... c'est hyper dur ! parce que heu...**  
 36 **du coup... heu... en fait... vous déjà, on va faire un point là-dessus déjà, ça sera pas mal.**  
 37 **Quelles sont les approches corporelles que vous utilisez ? que vous utiliseriez par exemple**  
 38 **avec des patients alcoolodépendants ?**

39 Que j'utiliserais ?

40 **Ou que vous avez utilisez... ?**

41 Et bien moi les médiations corporelles que je connais, et que j'utilise, c'est la relaxation, l'ex-  
 42 pression corporelle et la danse thérapie, qui seraient je pense intéressantes pour des personnes  
 43 dépendantes, mais, enfin qui ont des conduites addictives, mais euh... probablement aussi  
 44 d'autres activités comme, enfin, qui tournent autour de l'alimentation, ou euh... ou du... de la  
 45 représentation de soi, plutôt au niveau de l'esthétique, qui amènerait un travail de valorisation  
 46 mais aussi de reprendre soin de soi , enfin... voilà.

47 **Est-ce que du coup, tout cela, peut permettre un, enfin, une prise de décision de, d'avoir**  
 48 **un traitement et euh... un engagement dans le processus de changement ? une entrée dans**  
 49 **le processus et aussi une ... se dire et bien parce que j'ai fait telle ou telle mise en situation,**  
 50 **j'ai remarqué que la relaxation ça me fais du bien, est ce que ça peut permettre du coup**  
 51 **au personne de s'engager plus dans le processus, vous voyez ce que je veux dire ?**

52 Oui.

53 **De continuer ses approches corporelles.**

54 Alors je pense que le ... enfin... on parlait tout à l'heure de la conscience de soi, de la rencontre  
 55 avec soi, et de son corps quand il est peut-être un peu ... marqué par la maladie, ça peut être  
 56 euh... une phase compliquée. De prendre conscience de comment son corps est abimé, et plus  
 57 pareil qu'avant enfin... voilà, ça peut être compliqué donc euh... à accompagner quoi, mais par  
 58 contre euh... une fois cette étape apprivoisée, il peut y avoir aussi la découverte de sensations  
 59 agréables de détente, de retrouver du plaisir à s'occuper de soi, à se détendre ou à apprendre à  
 60 s'apprécier enfin... et aussi retrouver confiance en soi dans l'expression avec les autres, donc

61 comment la personne peut bouger son corps sous le regard de l'autre, comment elle peut accepter ce nouveau corps, se le réapproprier. Donc je pense que ces perceptions qui peuvent être agréables, ou en tout cas pas forcément agréables mais qui permettent à la personne d'avancer, peuvent être un bon support pour permettre l'implication de la personne dans son processus de changement.

66 **D'accord.**

67 Et dans cette médiation du coup.

68 **D'accord.**

69 Qu'elles y trouvent du sens en fait. Le fait d'expérimenter, de ressentir des choses, et qu'on 70 l'aide à faire du lien, avec sa problématique, les choses qu'elle aurait besoin de travailler, enfin, 71 le fait qu'elle y trouve du sens et qu'on l'aide à y trouver du sens aussi, je pense va favoriser le 72 fait qu'elle s'implique dans ce processus et dans ce travail.

73 **Cela va lui donner une motivation ?**

74 Oui.

75 **D'accord. Est-ce que euh... parce que là dans mes concepts, j'utilise ... vous ne connaissez 76 pas trop les concepts ?**

77 Non pas vraiment...

78 **Parce que là j'utilise un concept qui s'appelle le MOH, modèle de l'occupation humaine, 79 parce que je trouve que ça va bien avec ce concept de motivation au changement. Et du 80 coup il parle après euh... en fait c'est divisé entre l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être c'est 81 en gros se rendre compte de ce qui est, de qui on est, et du coup ça demande d'avoir une 82 conscience du lien corps-esprit, alors j'ai déjà une question, du coup est ce que, enfin, est 83 ce que le travail du lien corps-esprit c'est un objectif qui est quand même important ?**

84 Oui bien-sûr.

85 **Et euh... ça c'est plus du coup dans l'Être... Vous voulez rajouter quelque chose ?**

86 Non non.

87 **J'intègre aussi les notions d'insight dans l'être du coup. Après l'Agir, enfin, dans mon 88 mémoire je l'ai euh je l'ai inscrit dans ce qui était plutôt euh ... contemplation, détermi- 89 nation, action, les trois clés du processus de changement, et du coup après il y a d'autres**

90   **chose, comme l'habituat, la volition, enfin, c'est l'agir du coup qui tend vers le deve-**  
 91   **nir. Du coup c'est voir un peu toute la boucle de ... comment une approche corporelle**  
 92   **peut jouer, à quel endroit elle peut jouer, dans l'Être l'Agir et le Devenir, pas trop le**  
 93   **Devenir, je ne le traite pas trop, mais surtout dans l'être et l'agir, et du coup comment ...**  
 94   **c'est ça en fait qui est compliqué... du coup dans mes questions, je pense il faut d'abord**  
 95   **que je vous explique tout ça pour que vous compreniez le fil euh ...**

96   Oui d'accord.

97   **Du coup ce que je cherche c'est quels intérêts les approches corporelles peuvent avoir et**  
 98   **à quel moment d'une prise en charge. Du moment où il y a un patient qui arrive, il fait un**  
 99   **gros déni, et jusqu'au moment où il prend conscience et où il peut agir, est ce que l'ap-**  
 100   **proche corporelle peut continuer à ce moment-là, où est ce qu'elle a moins d'intérêt, ou**  
 101   **est-ce que ... voilà. Vous voyez ce que je veux dire ?**

102   Ben je pense que ... l'approche corporelle ... elle permet de travailler sur différents plans.  
 103   Quand on utilise son appellation, bien-sûr il y a le corps mais le corps comme refuge de l'être,  
 104   c'est-à-dire, enfin c'est comme ça qu'on en parle en sophrologie, il n'est pas dissocié de l'esprit  
 105   ou de l'âme, c'est l'être qui habite ce corps. Et des fois dans la pathologie il n'y a justement  
 106   plus cette notion d'habiter. Donc le corps devient un contenant vide. Que peut-être d'ailleurs  
 107   on a besoin de remplir. Enfin voilà selon la problématique de chacun, mais dans l'addiction ça  
 108   peut être une des raisons, euh... de boire ou de consommer quelque chose, pour venir remplir  
 109   un vide. Donc euh... quand je disais prendre conscience de soi, de ses troubles, de ses capacités,  
 110   enfin c'est prendre conscience de l'être que je suis enfin, donc que la personne est, donc euh...  
 111   dans son corps, dans sa pensée et comment tout s'articule. Donc déjà ça permet de retourner sa  
 112   conscience vers soi, donc la première étape dont tu parles, l'être, et ensuite cette posture elle ...  
 113   enfin, la personne quand elle la découverte, elle peut apprendre, en pratiquant la médiation  
 114   corporelle, à la maintenir même dans ses décisions, dans ses choix, dans son action, c'est-à-dire  
 115   que du coup en pratiquant elle va devenir plus consciente d'elle-même dans ses moments de  
 116   vie quotidienne, de ses relations, consciente de ce qui se joue, consciente de ce qui a du sens  
 117   pour elle, ou de qui n'en a pas, alors que peut-être à un moment de sa vie, elle en aurait été  
 118   déconnecté. Du coup de qui elle est, quels sont ses désirs, ses envies, qu'est-ce qu'elle veut,  
 119   qu'est-ce qu'elle ne veut pas, donc en fait, l'intérêt de la médiation corporelle c'est pas juste,  
 120   enfin ça peut être dans le temps de séance, par rapport à tout ce qui est relaxation, apaisement  
 121   des tensions ou conscience de certaines zones tendues tout ça, mais c'est aussi au-delà c'est-à-

122 dire que une fois que j'apprends à être conscient de moi à travers mon corps, j'apprends à être  
123 conscient de qui je suis et donc dans ma vie, dans mes relations aux autres, dans mes actions,  
124 dans mes choix.

125 **D'accord. C'est plus clair comme ça.**

126 C'est vrai ?

127 **Oui. Enfin c'est plus clair, enfin, pour vous aussi c'est plus clair je pense.**

128 Oui je comprends mieux où tu voulais en venir.

129 **Mais c'est bien, parce que je sais maintenant par quoi je vais passer pour expliquer euh...**

130 Et bien c'est vrai que c'est large comme question, donc ça aide de savoir après quel est ton  
131 déroulement.

132 **Oui, du coup... est ce que euh... oui donc on a parlé, enfin, a priori, l'approche corporelle,  
133 enfin la médiation... moi j'appelle ça approche corporelle mais on peut dire médiation  
134 c'est pareil... euh peut permettre un engagement dans le processus, et que la motivation  
135 était aussi favorisée par l'approche corporelle. Euh, est ce que, plus dans le versant AVJ,  
136 activités de la vie quotidienne, est ce que ça peut l'aider elle dans son quotidien, à changer  
137 ses habitudes de vie, et comment ça pourrait se traduire, vous, dans les expériences que  
138 vous avez eues ?**

139 Et bien euh... déjà juste pour rebondir sur ce que tu disais , le fait que les approches corporelles  
140 peuvent aider euh l'implication dans le processus de changement, je pense que particulièrement  
141 les approches corporelles favorisent ça, comme on est directement dans le travail de la percep-  
142 tion et des ressentis, c'est un façon de rencontrer la personne un peu plus, enfin je trouve par  
143 rapport à ce que j'ai pu expérimenter avec mes patients, la personne ressent plus rapidement  
144 des choses d'elle-même, enfin, de l'insight, ce qu'elle est amenée, on l'invite à s'y intéresser  
145 directement, et euh... le fait de sentir aussi que l'ergothérapeute s'intéresse, à cette partie d'elle-  
146 même, enfin d'elle-même de la personne, euh... ça favorise la relation de confiance et l'alliance  
147 thérapeutique. Je pense, parce que on invite la personne à verbaliser ses ressentis, des choses  
148 assez personnelles, à travers d'abord son corps mais du coup tous les liens qu'elle peut faire et  
149 à la fois les perceptions sont peut-être plus rapides qu'avec d'autres médiations, et en plus c'est  
150 vraiment une façon de s'adresser à l'être qu'on a en face. Je pense que le patient le reçoit comme  
151 ça.

152 **D'accord.**

153 Je pense que ça favorise l'alliance thérapeutique et donc l'implication dans le processus de  
154 changement. Voilà, et du coup la première question c'était quoi ? (Rire)

155 **Après c'était euh... attendez je fais mes petits euh....**

156 A oui, comment ça peut l'aider dans sa vie quotidienne ?

157 **Oui voilà, comment aller du coup un peu plus dans l'agir, et l'agir au quotidien.**

158 Et bien, par exemple, si je n'ai pas conscience de moi, de mon corps, de ce qui me fait du bien,  
159 du mal, ce que je veux ce que je veux pas, je vais agir ou être dans la vie quotidienne de façon,  
160 enfin sans conscience des choses en fait. Donc je vais fonctionner par habitude ou par influence,  
161 en étant un peu déconnecté de mes besoins, et de moi, mais si euh... j'apprends à sentir que  
162 quand je mange telle chose, ou quand je fais telle chose ça me fait du mal, parce que je le sens  
163 dans mon corps, parce que je ne me sens pas bien du coup après, enfin à faire ce va et vient  
164 entre ce que je mets en action ou ce que je fais dans ma vie et qu'est-ce que ça a comme effet  
165 sur moi. Ça peut du coup... enfin, la visée c'est que, prendre conscience de ça et être plus cons-  
166 ciente de chaque moment, de chaque choix, de chaque chose que je fais, va peut-être m'aider à  
167 modifier mes habitudes ou à aller, à faire des choix plus appropriés à ma problématique ou en  
168 tout cas à ce qui me fait du bien ou à mes désirs. Voilà c'est ce va et vient entre je prends  
169 conscience de qui je suis et de ce que ça me fait dans mon corps, donc voilà, si quand je bois je  
170 me sens mal, peut-être que par habitude je ne fais plus attention, mais si je remets ma conscience  
171 là-dessus, un peu comme qu'on essaye d'arrêter de fumer, enfin je ne fume pas mais... (Rire)  
172 mais euh... De vraiment s'arrêter sur cette sensation désagréable, du goût, de l'odeur, enfin des  
173 choses désagréables, ça peut m'aider à faire d'autres choix, peut-être, enfin ce n'est pas très  
174 clair...

175 **Si je vois ce que vous voulez dire. Du coup euh, est ce que parfois, euh... de se rendre  
176 compte de tout ça... enfin j'imagine que certains patients, ça peut leur faire peur enfin il  
177 peut y avoir un blocage euh du coup à ce moment-là, comment euh... comment faire pour  
178 quand même continuer à travailler ça ... Je ne sais pas si je suis très claire...**

179 ... oui alors c'est vrai que .... Il faut respecter le temps de chacun, l'évolution de chacun, et  
180 bien-sûr que la rencontre avec soi, surtout quand « soi » n'est pas bien, c'est pas très agréable.  
181 Euh donc ça va vraiment euh dépendre de l'étape dans laquelle on est, au niveau de l'accompa-  
182 gnement, et peut-être que si, euh, on se rencontre qu'à ce moment-là, euh, c'est un peu trop

183 direct, cette rencontre avec le corps, euh, on va peut-être passer par d'autres médiations, comme  
 184 le collage, enfin d'autres choses peut-être expressives et qui vont permettre d'aborder la ques-  
 185 tion du corps ou de l'enveloppe ou de soi, euh mais euh, peut-être plus détournée qu'avec la  
 186 rencontre des perceptions, des sensations, directement. Ça peut, peut-être, être plus progressif  
 187 selon les personnes.

188 **D'accord. Euh... oui parce que je m'étais dit... c'est ce que je disais en faisant mes ques-  
 189 tions, en fait, il y a d'autres moyens d'aborder le corps.**

190 Oui, il y a l'argile, pour modeler un corps, ou modeler son corps, enfin, modeler le corps idéal  
 191 ou modeler le corps malade et le corps idéalement sain, enfin, on peut travailler sur plein de  
 192 choses autour du corps mais sans mettre tout de suite en jeu le corps.

193 **Oui, d'accord, parce que j'avais une question, c'était justement comment euh... comment  
 194 travaillez-vous justement ce lien corps-esprit... en fait ce lien corps-esprit pourrait être...  
 195 pour que ce soit plus clair, moi je parle d'unité somato-psychique, qui peut être forcément  
 196 travaillé par des médiations corporelles mais effectivement qui peuvent être aborder  
 197 d'autres manières, et l'argile peut être un bon ... euh... un bon média ? du coup ce serait  
 198 quoi les objectifs ? enfin... par quoi vous pouvez passer, à part les approches corporelles  
 199 ... vous, vous passeriez par quoi, avant justement euh... pour une personne qui ne se sent  
 200 pas bien dans son corps et pour l'approche corporelle est trop violente, vous feriez com-  
 201 ment ?**

202 Ben déjà je ... enfin, déjà, il faut savoir d'où elle vient, parce que ... avoir des conduites addic-  
 203 tives c'est un indice mais ça prend des formes très différentes selon chaque personne et on  
 204 peut... il peut y avoir des gens qui ont une structure psychotique, d'autres une structure névro-  
 205 tique, et du coup, l'addiction va être euh ... un symptôme qui répond à ... à des problématiques  
 206 différentes selon ses cas, et donc la façon de l'aborder va être différentes aussi. Euh ... l'addic-  
 207 tion, ça peut venir apaiser des angoisses, ça peut venir apaiser un sentiment de solitude, ça peut  
 208 venir combler un vide, ça peut être la reproduction d'un schéma connu, enfin un schéma familial  
 209 qui se répète, enfin... selon la personne, l'histoire, ça va être important je pense de ... connaître  
 210 l'histoire et comment cette pathologie s'est installée et sur quelle structure, parce que ça va nous  
 211 orienter sur ce qu'on peut proposer. Donc euh... donc déjà voilà..., partir de qui est la personne,  
 212 et lui offrir la possibilité de s'exprimer, d'exprimer euh... comment elle consomme, à quoi ça  
 213 vient répondre, à quel besoin euh... pour essayer de dépasser peut-être ce symptôme et aller  
 214 rencontrer euh... oui plutôt sa problématique de fond en fait. Et en fonction de ça, proposer des

215 outils euh... ça peut être l'écriture, ça peut être l'argile, ça peut être... la cuisine, je ne sais pas,  
 216 après c'est vraiment je pense propre à chacun. Je ne sais pas si c'est clair...

217

218 **Si si, mais je me disais, c'est vrai que, enfin... dans mes questions c'est quels seraient les**  
 219 **intérêts d'une approche corporelle, mais ça peut être aussi quelles pourraient être les li-**  
 220 **mites au final...**

221 Oui. Euh... mais après dans la difficulté, enfin, constater que une personne à des difficultés à  
 222 un moment à se rencontrer à travers le corps, ça ne veut pas forcément dire immédiatement que  
 223 c'est une contre-indication je pense, c'est aussi peut-être avec des entretiens avec la personne  
 224 avant, après la séance, reprendre, réexpliquer, peut-être l'aider à comprendre en quoi ça a un  
 225 intérêt, et donc peut-être, le but c'est aussi d'aider à comprendre que c'est pas toujours agréable,  
 226 ce passage difficile il fait aussi parti de la prise de conscience et des étapes à traverser peut-être,  
 227 dans le processus de changement, c'est aussi euh... une piste de travail, enfin, ça ne passe pas  
 228 forcément tout de suite et que par le plaisir. Ça peut être euh... enfin voilà quelqu'un qui se  
 229 sent mal, forcément quand elle va se rencontrer ça ne va pas être agréable tout de suite.

230 **Oui. Du coup, ce ressenti du corps, il est ... enfin c'est une ... enfin à un moment ou à un**  
 231 **autre il doit se passer ? dans tous les cas c'est quelque chose qui est obligatoire ? pour**  
 232 **qu'une personne puisse aller vers l'abstinence par exemple, il faut à un moment donné**  
 233 **qu'elle prenne conscience de qui elle est et de ...**

234 Ba je pense que tant que la personne est dans le déni, il n'y aura pas forcément de demande de  
 235 soins ou euh... et donc on ne peut pas faire à la place de la personne donc pour qu'elle puisse  
 236 être actrice dans un processus de changement qui la concerne, euh... je pense que oui ça doit  
 237 passer par une prise de conscience, et que le corps est un moyen d'arriver à cette prise de cons-  
 238 cience. Peut-être que ça peut se faire autrement pour certains mais euh... .... dans tous les  
 239 cas le corps va être impliqué.

240 **D'accord...**

241 En plus, enfin, je réfléchissais euh... l'intérêt de passer par le corps, ça ramène à une réalité,  
 242 euh... à un rapport à soi ... concret. Parce qu'on observe souvent dans certaines pathologies,  
 243 dont les addictions, un décalage entre l'intention ou l'idéal et ce dont et capable la personne  
 244 dans le concret. Souvent les personnes disent, non mais ça y est moi maintenant j'arrête c'est

245 fini, et le lendemain elles reboivent, enfin il y a une discordance, une incohérence dans le dis-  
 246 cours, entre ce qu'elles essayent de se faire croire et donc qu'elles essayent de faire croire aux  
 247 autres, et ce que leur demande le corps, enfin, des conduites plus impulsives de dépendances  
 248 quoi. Donc ce lien qui se recréé, qui doit se retravailler entre l'esprit, l'intention, la volonté et  
 249 la réalité de l'être, enfin, à l'instant présent, c'est important, enfin c'est vraiment une base du  
 250 travail je pense.

251 **D'accord. Après au final euh... après c'est juste des questions de relance mais sur des**  
 252 **choses euh ... enfin... sur la satisfaction, se sentir capable par une approche corporelle,**  
 253 **est ce que euh... je ne sais pas comment tourner ma question. Comment est-ce que ça**  
 254 **pourrait aider, ou pas, une personne à se sentir euh... plus forte, plus capable d'affronter**  
 255 **le changement ?**

256 Ben je pense que dans les séances thérapeutiques, enfin, à travers l'approche corporelle, il y  
 257 aussi une forme de découverte de soi, qu'on peut être différent ou qu'on peut ressentir des  
 258 choses différemment, et que l'outil corporel va amener des perceptions différentes de ce qu'on  
 259 peut avoir au quotidien donc euh... le patient peut se surprendre et ressentir de nouvelles choses  
 260 qui lui ouvrent euh... d'autres possibilités en fait, ou finalement se rendre compte que oui, il a  
 261 réussi à bouger, à prendre la parole corporellement devant un groupe, et du coup ressentir  
 262 quelque chose de valorisant, re narcissisant.

263 **D'accord.**

264 Et puis dans la régularité, dans la continuité aussi, si la personne perçoit un mieux-être, un  
 265 apaisement, ça va lui donner envie, ça va l'aider à venir régulièrement, et peut-être qu'elle va  
 266 être satisfaite de s'investir dans quelque chose, d'être là à l'heure au rendez-vous par exemple,  
 267 ça ne va pas forcément être dans le faire, mais dans comment elle s'implique.

268 **D'accord, est ce que euh... certaines approches peuvent aider la personne, enfin, au quo-**  
 269 **tidien, vous voyez par exemple à trouver des stratégies... est ce que ça peut-être par**  
 270 **exemple je ne sais pas la relaxation, ça peut être quelque chose qu'elles ne font pas forcé-**  
 271 **ment qu'en séance, mais qu'elles font aussi chez elles ou à tout moment au final, et que du**  
 272 **coup ça les ...**

273 Ba oui, il y a certaines...

274 **Est-ce que ça peut être un objectif en ergo de se dire et bien ça peut être intéressant que**  
275 **telle personne arrive à se canaliser, à ne pas retomber dans son addiction en faisant de la**  
276 **relaxation ?**

277 Ba je pense oui, de donner des outils, pour que la personne gère des moments d'angoisse ou  
278 d'anxiété qu'elle aurait tendance à gérer en ingérant la substance et donc de passer par la respi-  
279 ration, se recentrer dans l'instant présent enfin des choses euh... qui peuvent se travailler en  
280 atelier et qui peuvent être réutilisées par elles en extérieur.

281 **Oui, parce que du coup c'est pas que ... la médiation corporelle... je dis ça dans l'idée de**  
282 **bien comprendre que ce n'est pas que ... un moyen d'entrer en relation avec la personne**  
283 **et qu'elle se rencontre, ça peut aussi être un outil pour elle au quotidien ?**

284 Oui.

285 **D'accord. Et bien en fait euh... vous avez répondu à toutes mes questions ! (Rire) je réflé-**  
286 **chie euh... bon maintenant une question plus pratique mais est ce qu'il faut avoir fait**  
287 **euh... est ce qu'il faut forcément une formation sur médiation corporelle ? ou est ce qu'on**  
288 **peut euh... si moi par exemple j'ai des patients qui ont des addictions en séance et que je**  
289 **me dis que ça peut être intéressant pour eux, est ce que ... il faut absolument avoir fait**  
290 **une formation pour ça ou est-ce que ça peut se mettre en place facilement ?**

291 Ba je pense que faire des formations ça nous donne à nous des outils, mais que ... je pense qu'en  
292 tant qu'ergothérapeute, on a déjà la démarche d'analyse d'activité, donc on peut et on a norma-  
293 lement développer notre capacité créative donc on peut imaginer certains exercices, qui pour-  
294 raient répondre à tel ou tel objectif ou... mais après c'est vrai que dans le temps, pour tenir  
295 euh... des ateliers sur la durée, ça fait du bien de développer l'outil en fait. Mais dans la dé-  
296 marche on peut le faire de façon pertinente sans forcément de formation. Enfin, pour aborder la  
297 question du corps, après pour aller plus en profondeur, je pense que oui il faut une autre forma-  
298 tion.

299 **Oui c'est ça parce qu'en discutant avec d'autres ergothérapeutes, je me suis rendu compte**  
300 **qu'effectivement oui la relaxation, la sophrologie il faut avoir un minimum de connais-**  
301 **sances pour ne pas faire n'importe quoi mais quand on parlait d'approches corporelles,**  
302 **ils me disaient mais moi j'emmène mes patients faire des balades, et ça fait aussi parti de**

303 **l'approche corporelle, parce que forcément les patients vont sentir des odeurs, des sensations de tension, de relâchement, de froid, de chaud, le vent et d'autres, et là oui il n'y a pas besoin d'avoir une formation.**

306 Oui et bien une approche corporelle c'est toute situation où notre corps est mis en jeu dans la  
307 vie, donc euh... il y en a beaucoup, ça peut être la toilette, la marche, ça peut être euh... un bain  
308 dans une piscine, euh... il y a plein de façons de stimuler le corps, après le fait de faire des  
309 formations va aider à être plus fin dans peut-être savoir à quelle partie du corps je m'adresse,  
310 et comment et pourquoi et, avec qui, mais bien-sûr qu'en tant qu'ergothérapeute on a déjà euh...  
311 une base, le corps est présent dans toutes les situations de la vie quotidienne, dans des jeux  
312 aussi, le mime, le dessin, la peinture debout sur des feuilles fixées au mur, enfin, après voilà il  
313 y a des approches plus spécifiques que d'autres, qui demandent une formation.

314 **Oui, je pense que c'est une question que je devrais poser, c'est intéressant d'essayer de définir une approche corporelle.**

316 Oui.

317 **Parce que certains vont penser à la danse, la relaxation, et d'autres vont avoir une autre vision comme toutes les situations où le corps est en mouvement. Même moi je ne l'avais pas vu comme ça. Donc oui en fait il y a plein de choses à faire !**

320 Même en atelier cuisine, si on cible plutôt sur les sensations, les perceptions, le goût, les odeurs,  
321 la digestion (Rire), plutôt que sur comment je réalise la recette par exemple, ça devient plus un  
322 outil de perception corporelle que ...

323 **Un outil sensoriel ?**

324 Oui. Ça peut être masser les mains, apprendre la personne à se masser par exemple, enfin il y a  
325 plein de chose, le sport aussi, les sports collectifs, la course, l'effet que ça a sur le cerveau, le  
326 rythme cardiaque enfin, le tout c'est comment on le rend euh ... outil thérapeutique en fait.  
327 Comment on amène la personne à faire du lien entre ce qu'on lui propose et ce qu'elle travail  
328 et comment on l'invite à mettre des mots, à prendre conscience de ce qu'il se passe quand elle  
329 le fait de ce que ça peut amener comme changement.

330 **Du coup ce temps-là est très important, avec l'ergothérapeute de verbaliser, de toujours avoir un temps de verbalisation après ?**

332 En fait la verbalisation amène la personne à se poser la question, de ce qu'elle a ressenti ou de  
 333 ce qu'il s'est passé, avec les autres à ce moment-là, enfin de poser une question, donc de prendre  
 334 conscience de ce qu'il s'est passé en fait. Et c'est ça qui permet ensuite, qu'il y ait appropriation  
 335 de quelque chose, et donc changement. Alors que si elle expérimente sans jamais prendre le  
 336 temps de prendre conscience de ce qu'il s'est passé, c'est comme si ça ne s'imprimait pas, enfin,  
 337 ça passe mais elle n'en est pas actrice quoi.

338 **D'accord, je crois que j'ai fini. Avez-vous des choses à rajouter ?**

339 Et bien ... ... ... on n'a pas trop parler des interactions avec les autres, mais dans l'approches  
 340 corporelles c'est un des intérêts, c'est qu'on peut regarder l'autre, être regardé, toucher l'autre,  
 341 être touché, et dans la façon dont une personne peut se sentir exister euh ... se sentir important  
 342 ou aimé, enfin, euh... tout ce contact corporel, il est vital aussi, et les gens qui sont très seuls,  
 343 qui souffrent de solitude, et qui peut-être consomment pour ces raisons-là, le fait de se remettre  
 344 en contact avec d'autres êtres humains, c'est important,

345 **En fait ça a pratiquement que des intérêts au final ? (Rires)**

346 Et bien je ne vais pas vous dire l'inverse !

347 **Mais du coup pour vous, qu'est ce qui pourrait, parce qu'au final on dit que ça n'a que  
 348 des intérêts, on a l'impression que c'est trop génial l'approche corporelle, mais du coup il  
 349 y a quand même des ergothérapeutes qui ne pratiquent pas, quels seraient alors les  
 350 freins ?**

351 Ben je pense justement ce dont on vient de parler, c'est-à-dire que c'est assez flou finalement,  
 352 et même si on sait que le corps est partout, on ne sait pas trop comment... si on n'a pas les outils  
 353 et si ce n'est pas trop un domaine qui intéresse particulièrement, ça reste vague quand même.  
 354 Comment adapter, comment proposer les consignes, savoir ce qu'il se passe, ce qui est mis en  
 355 jeu dans le corps, ça demande quand même de s'y pencher et euh... si on n'a pas trop dévelop-  
 356 per cet aspect-là, je pense que ça peut faire un peu peur enfin... dans le sens pas trop savoir  
 357 comment utiliser cet outil quoi. En plus de certains aprioris que certains peuvent avoir, on en-  
 358 tend des fois en psychiatrie, il faut faire attention, toucher le corps, c'est risqué, enfin, je pense  
 359 que les peurs viennent surtout du fait qu'on ne connaît pas bien le domaine en fait, et du coup  
 360 je pense que les formations aident à prendre conscience et à mieux connaître et avoir plus de  
 361 notions de cet aspect.

362 **C'est vrai que finalement j'ai de la chance dans ma formation d'avoir des notions sur les**  
 363 **approches corporelles, du coup on est énormément dans le ressenti, mais moins dans la**  
 364 **méthode.**

365 Oui plus dans l'expérience, et c'est bien pour des ergothérapeutes. Moi je trouve ça important  
 366 parce que les nouveaux concepts et outils c'est génial, tout ce que ça apporte, ça met en forme  
 367 une démarche, ça permet d'en parler plus facilement, de se référer à des écrits, à des... mais le  
 368 risques c'est que ça détache...enfin si on met toute l'importance là-dessus, ça éloigne de l'ex-  
 369 périence en fait. L'expérience de la rencontre avec le patient, de ce qu'il s'y passe, c'est un peu  
 370 comme si l'expérience c'était le corps, et les concepts la tête, si on est trop dans la tête on se  
 371 déracine, enfin on se détache du vécu, et si on est trop dans le vécu, on n'est plus dans les  
 372 concepts, c'est un équilibre, mais ce ressenti et cette perception, c'est aussi ce qui rend la  
 373 subjectivité à chacun, parce que chaque personne vit les choses différemment, en fonction de  
 374 ses perceptions, de son histoire, de ... son corps, par exemple par rapport à la douleur on ne  
 375 réagit pas tous pareil, on a pas tous mal de la même manière pour un même stimulus, donc  
 376 même sur des choses concrètes on est différents, et si on ne laisse pas de place à ça, on ne laisse  
 377 pas de place à l'être. Et je pense même dans des domaines plus techniques, comme la rééduca-  
 378 tion de capacités motrices, pour travailler sur la perception d'un mouvement, d'une partie du  
 379 corps et que la personne puisse se réapproprier ses capacités motrices, le fait de l'inviter à nom-  
 380 mer ses perceptions, à bien se positionner, pour les transferts par exemple, tout ça fait partie de  
 381 la conscience du corps, autant pour le patient que pour le thérapeute, et je pense que c'est vrai-  
 382 ment quelque chose qui est partout en fait, l'approche corporelle, peut être que des fois on ne  
 383 le fait plus consciemment, mais le fait de le rendre conscient ça potentialise les capacités. Si le  
 384 patient arrive à prendre conscience de son schéma corporel, ça passe par tous ces va et vient,  
 385 comment vous vous sentez, comment vous le nommez et maintenant positionnez-vous comme  
 386 ça...

387 **Et du coup vous parlez du schéma corporel, qu'est ce qui nous différencie d'un psycho-**  
 388 **motricien ? Pourquoi un ergothérapeute peut aussi se dire, et bien moi aussi je peux tra-**  
 389 **vailler le schéma corporel.**

390 Après pour moi c'est un peu comme si on disait euh... moi aussi je fais de la relation. Enfin  
 391 c'est une évidence, enfin, on est dans la thérapie avec un être humain, qui a son corps, son  
 392 esprit, sa pathologie, son histoire, enfin, donc pour moi tous les professionnels qui vont l'abor-  
 393 der, vont à un moment rencontrer ces parties-là de l'être humain, sauf qu'on ne va peut-être pas

394 les utilisez dans la même visée. Peut-être que le psychomotricien, de façon plus spécifique s'ar-  
 395 rreter sur le schéma corporel, la perception de l'espace, alors que l'ergothérapeute va peut-être  
 396 travailler cela pour que ça se redéploie dans une activité de vie quotidienne par exemple. En  
 397 psychiatrie par exemple, si la personne a perdu complètement l'estime de soi, qu'elle n'ose plus  
 398 regarder les autres, qu'elle est complètement isolé et qu'elle n'a plus de rapport avec les autres,  
 399 peut-être que notre objectif à moyen terme c'est qu'elle soit à nouveau en relation avec les  
 400 autres, mais si elle n'est plus en relation avec les autres parce qu'elle est coupée de son corps  
 401 ou qu'elle a une image d'elle très dévalorisée, on va d'abord devoir passer par ça, pour ensuite  
 402 travailler la relation à l'autre par exemple. C'est un outil pour lui permettre de ... voilà, d'être  
 403 plus autonome dans sa vie en fait. Est-ce qu'ensuite il y a mise en lien avec les domaines de la  
 404 personne qui sont importants pour elle, dans sa vie quotidienne, chez les psychomotriciens, je  
 405 ne sais pas. Et puis ensuite le schéma corporel fait partie des choses qu'on évalue en neuro,  
 406 donc euh... et qu'on sait travailler avec nos outils, voilà, après le psychomotricien va le faire  
 407 autrement, le neuropsychologue aussi.

408 **Et puis c'est vrai que l'approche en ergothérapie est par définition holistique, donc com-**  
 409 **ment de pas s'intéresser au schéma corporel...**

410 Ba oui. Moi je trouve vraiment, je dirais que ce qui nous caractérise, à l'instant de ma vie où je  
 411 suis, (Rires) peut être que dans cinq ans ce sera différent, c'est vraiment la mise en lien de tous  
 412 les domaines, de tous les aspects de la personne, de comment elle se relie avec son environne-  
 413 ment proche, ou plus éloigné, dans différents domaines de sa vie, comment tout cela se relie en  
 414 fonction de ce qui a de l'importance pour la personne, et qui a du sens pour elle.

415 **Et forcément le corps est partout au final.**

416 Ba comment on pourrait parler d'activité sans parler du corps ? Le mouvement vient de la con-  
 417 nexion entre le cerveau et le corps déjà, et aussi entre l'intention, le désir, enfin....

418 **On pourrait presque dire que l'ergothérapie est la rééducation par l'activité, mais surtout**  
 419 **par le corps en fait ... ?**

420 Ba oui, par le corps comme porte d'entrée sur l'être en fait... ou sur les fonctions cognitives si  
 421 on rééduque les fonctions cognitives, mais en fait ça passe par le corps pas comme une machine  
 422 mais comme partie concrète de tout ce qu'il y a à l'intérieur finalement.

1 **Annexe 5 :** Entretien n°2 : madame B, ergothérapeute en alcoologie

2

3 **Je vais vous expliquer la trame de mon mémoire pour que vous compreniez bien.**

4 Oui.

5 **Alors, en fait, je m'intéresse aux approches corporelles avec les patients alcoolodépen-**  
6 **dants, plutôt dans l'intérêt que cela pourrait avoir en ergothérapie, pour favoriser l'entrée**  
7 **dans un processus de changement.**

8 D'accord.

9 **Du coup je passe par plusieurs concepts, notamment ce que j'appelle l'unité somato-psy-**  
10 **chique, qui est en fait tout simplement le lien entre le corps et l'esprit, mais aussi l'insight,**  
11 **est ce que ça vous parle ?**

12 Oui, tout à fait.

13 **Et du coup aussi par les phases du processus de changement, donc contemplation, déter-**  
14 **mination et action**

15 Prochaska ?

16 **Oui voilà exactement, le cycle de Prochaska. Donc je ne m'intéresse pas au maintien, parce**  
17 **que je m'intéresse surtout à l'entrée dans le processus de changement donc euh... je m'ar-**  
18 **rete surtout à l'action, et après je me sers aussi comme modèle d'ergothérapie, je me sers**  
19 **surtout du MOH.**

20 Ça me parle, pas de problème.

21 **Voilà. Donc j'ai préparé des questions, mais déjà, une première question serait pour vous,**  
22 **quel serait l'intérêt d'une approche corporelle en ergothérapie avec les personnes alcoo-**  
23 **lodépendantes ?**

24 Alors la première des choses pour moi, c'est que ce type de patients ont une très grande diffi-  
25 culté à accéder à la verbalisation des affects, ils sont sujets à l'asomatognosie, l'anosognosie,  
26 l'alexithymie et la psychognosie, qui sont déjà quelques facteurs qui empêchent l'accès au ver-  
27 bal.

28 **Oui**

29 Ce sont des patients qui sont tout le temps dans l'agir, donc qui utilisent leur corps, que dans  
 30 un agir, mais un agir autodestructeur, et ils sont dans la recherche souvent de sensations corpo-  
 31 relles extrêmes, car en dehors de ce cadre ils ont beaucoup de mal à ressentir même ce corps.  
 32 Voilà. Donc déjà, ça, c'est le principe de base. Ce qui fait que euh... quel est l'intérêt d'une  
 33 approche corporelle, c'est déjà premièrement que c'est un vecteur privilégié de mode de com-  
 34 munication, donc ça c'est par rapport à l'accessibilité du média.

35 **Oui**

36 Deuxièmement ça pourrait servir d'apprentissage, c'est-à-dire de partir d'un état indifférencié  
 37 au niveau somatique, à apprendre à ressentir et vivre ce corps même en dehors des extrémités  
 38 qui peuvent leur faire vivre, ça peut être intéressant dans la recherche du travail de relaxation  
 39 par exemple, avec la recherche d'une euh... d'un contenu psychique et somatique unifié, voilà,  
 40 donc ça c'est par rapport euh... donc les apports directs. Et après c'est dans le relationnel, parce  
 41 que leur corps a été vraiment abandonné d'un point de vue relationnel. C'est euh... on peut le  
 42 voir chez les patients qui arrivent dans un état d'incurie, ou de négligence physique importante,  
 43 voilà, ça peut les aider à réinvestir ce corps, et ça permet aussi de rentrer en relation avec les  
 44 autres, autrement que par le fait de boire.

45 **D'accord. Euh... vous concrètement, qu'est-ce que vous utilisez comme approches corpo-  
 46 relles ?**

47 Alors euh... moi j'ai les ateliers traditionnels euh... d'ergothérapie niveau plastique, je dirais  
 48 notamment le travail autour de l'argile, parce que j'ai la chance d'être dans une équipe pluri-  
 49 disciplinaire, euh... très variée, qui fait que j'ai une collègue musicothérapeute qui peut propo-  
 50 ser des séances de relaxation, mon collègue psychomotricien aussi, et surtout on a un atelier  
 51 très spécifique pour les patients alcoolodépendants, c'est un atelier de médiation corporelle à  
 52 travers les euh... la relation à l'autre à travers les arts martiaux.

53 **D'accord.**

54 Voilà, donc ça c'est mon collègue psychomotricien, en association avec mon collègue éduca-  
 55 teur environnemental, qui fait du Karaté, comme mon collègue psychomotricien. Ils ont mis en  
 56 place cet atelier dans une idée justement d'un média très accessible au patient, qui est immé-  
 57 diatement utilisable, même sans forcément de connaissances particulières. Comme je le disais  
 58 tout à l'heure, euh... c'est un moyen privilégié de communication donc c'est plutôt facile, un  
 59 abord facile, et c'est surtout apprendre à gérer la distance à l'autre, dans ce rapport corporel.

60 C'est-à-dire que ce n'est pas un exercice de combat même si c'est lié aux arts martiaux, mais  
 61 c'est plutôt dans comment je peux entrer en communication avec l'autre et comment je me tiens  
 62 en équilibre face à l'autre, voilà c'est plutôt quelque chose de cet ordre-là.

63 **D'accord.**

64 Donc c'est pour cela que je n'ai pas développé d'autres ateliers spécifiques autour du corps,  
 65 moi en tant qu'ergothérapeute, ça a été fait à travers le travail d'équipe pluridisciplinaire.

66 **D'accord. Euh... du coup j'aurais une autre question, euh... vous dites que vous travaillez**  
 67 **avec l'argile mais du coup ça serait intéressant pour moi de savoir comment est-ce que**  
 68 **vous définissez une approche corporelle en fait ?**

69 C'est toute médiation qui met en jeu le corps, pour moi c'est vraiment ça. Ce n'est pas forcément  
 70 centré sur les sensations euh... enfin là c'est utiliser la matière comme euh... comme  
 71 euh... comme vecteur de feed-back pour le patient sur son fonctionnement psychique.

72 **Oui.**

73 Parce que clairement la matière quand elle ne fait pas ce qu'ils ont envie, euh... et bien c'est  
 74 un bon outil pour comprendre leur relation au corps et à l'autre et euh... et à la frustration. Et  
 75 euh... notamment, vu tout ce qu'on a dit dès le départ, une problématique autour de la trois-  
 76 dimensions. C'est-à-dire que clairement beaucoup ont de grandes difficultés vis-à-vis du média  
 77 qu'est l'argile parce que le rapport à la 3D est très compliqué du fait de leur patho. Ils n'ont pas  
 78 forcément un vécu unifié de leur corps et pour utiliser leur outil corps pour modeler devient  
 79 euh... devient très compliqué.

80 **D'accord. Euh... du coup si je fais le lien avec mon concept du MOH, en fait il est surtout**  
 81 **divisé en trois parties qui sont l'être, l'agir et le devenir, donc pour vous ces approches**  
 82 **corporelles elles servent aussi en ... à être ?**

83 Bien-sûr, elles servent surtout à être. C'est bien parce qu'ils utilisent l'agir pour se couper de  
 84 l'être finalement, qu'il faut les aider à réinvestir ce champ là parce que euh... l'agir ils l'ont.

85 **D'accord, oui, donc tout ça favorise l'insight, comment vous le travaillez ?**

86 Alors ça pour moi c'est essentiel, c'est la connaissance de soi et de sa pathologie, c'est la ques-  
 87 tion du levé du déni alcoolique, alors ça dépend clairement d'où c'est qu'ils en sont par rapport  
 88 au cycle de Prochaska, voilà et euh... moi pour quelqu'un qui est en pré-contemplation ou en

89 contemplation, le seul objectif, ça va être de mettre en place un doute raisonnable sur leur fon-  
 90ctionnement pour qu'il puisse se questionner sur euh... sur en fait le lien de causalité entre leur  
 91 vécu, leur consommation, les conséquences sur leur vie euh... voilà.

92 **D'accord.**

93 Mais ça, après c'est les outils motivationnels par exemple, que j'utilise euh... c'est lié à l'en-  
 94 tretien motivationnel. En plus moi j'ai une formation dans l'alcoologie, j'ai fait un DU.

95 **Oui d'accord.**

96 Oui donc pour finir, donc voilà à ce stade là on va travailler par rapport à ça, après j'anime aussi  
 97 d'autres ateliers qui ne sont pas des approches corporelles pures, mais qui permettent de tra-  
 98 vailler cette levée du déni et ce travail d'appropriation en alcoologie, de la connaissance de la  
 99 pathologie, c'est un atelier journal, voilà, une fois par semaine, et aussi un atelier d'affirmation  
 100 de soi.

101 **D'accord, euh... parce que du coup je ne sais pas si j'ai très bien compris, vous utilisez  
 102 quand même l'approche corporelle pour la précontemplation et la contemplation ?**

103 Euh ... alors après c'est toute la difficulté de les amener euh... parce qu'en fait dans l'établis-  
 104 sement où je travaille, il y a un dispositif d'accompagnement en alcoologie, donc normalement  
 105 c'est un programme spécifique pour les patients qui sont en démarche de soins par rapport à  
 106 l'alcool, et euh... même si les ateliers classiques d'ergothérapie sont proposés euh... c'est dif-  
 107 fique souvent de les intégrer à ce type de démarche. Donc malheureusement je n'en ai pas  
 108 beaucoup dans le lot, déjà quand ils suivent les ateliers qui ne sont plus obligatoires c'est déjà  
 109 compliqué, mais euh... après c'est pas forcément rattaché qu'à ce stade de précontemplation,  
 110 contemplation, c'est un travail au long cours et c'est même d'ailleurs dans ce cadre-là qu'on  
 111 peut voir l'évolution du patient. Notamment je pensais tout à l'heure à la question d'unification  
 112 du corps, si on travaille le modelage, notamment c'est souvent des corps euh... des corps nus  
 113 qui sont représentés, on voit souvent une évolution dans la qualité de leurs réalisations qui cor-  
 114 respond aussi à leur travail personnel d'unification du corps.

115 **D'accord. Euh... du coup euh... pour rester sur ces approches corporelles, est-ce que  
 116 quand même elles peuvent être un déclencheur à une prise de décision d'un traitement,  
 117 enfin du suivi d'un traitement euh...**

118 Alors pour moi ça ne peut pas être le seul levier. Parce que l'écueil, c'est ce que j'ai dit dès le  
 119 départ, comme c'est leur mode relationnel privilégié, il faut qu'il y ait un travail en parallèle,

120 parce que sinon ils ne peuvent rester que dans ce mode relationnel. Donc c'est vraiment le levier  
 121 pour initier quelque chose peut-être, mais il faut les accompagner au-delà. C'est là où ça peut  
 122 être intéressant, je vous dis, nous l'association entre euh...le média d'approche relationnel à  
 123 l'autre avec le karaté et par exemple le travail en ergothérapie pur autour du modelage de l'ar-  
 124 gile, voilà c'est pour aller au-delà de l'entrée en relation avec l'autre, et d'avoir un travail plus  
 125 profond. Mais ça peut être un levier clairement.

126 **D'accord. Et euh... est ce que dans le même style, ça peut permettre un certain engage-  
 127 ment dans le processus de changement, ou... ou... je ne sais pas si vous voyez ce que je  
 128 veux dire ? enfin déjà un moteur d'une prise de décision mais aussi quelque chose qui va  
 129 faire qu'ils vont vouloir continuer le processus en continuant des approches corporelles ?**

130

131 Et bien pour moi il faut que ça passe quand même par la verbalisation, parce que c'est ce que  
 132 je vous disais tout à l'heure, ça ne peut pas rester à ce stade-là, parce que d'ailleurs des fois, ne  
 133 serait-ce que la relaxation, ça peut être angoissant.

134 **Oui c'est ce que j'allais vous demander.**

135 Voilà, parce que si ce n'est pas accompagné en fait, il faut être clair que l'alcool ça sert en  
 136 premier lieu à être un anesthésiant, autant psychique que physique. C'est-à-dire que ce sont des  
 137 gens assez intolérants à leurs émotions et à leurs ressentis. Et tout inconfort et souvent euh...  
 138 va essayer d'être balayé par justement l'utilisation du produit. Donc c'est pour ça que le se-  
 139 vrage, ça permet de euh... d'être de nouveau à l'écoute de ses émotions et sensations, mais ça  
 140 peut être très violent et vécu de manière très violente parce qu'ils n'en n'ont déjà d'une, pas  
 141 l'habitude, deux, qu'ils n'ont pas forcément les moyens pour les nommer, et trois ça peut leur  
 142 faire rappeler des vécus traumatisques.

143 **D'accord.**

144 Donc forcément euh... il y a des enjeux, c'est pour ça que ça doit être vraiment accompagné en  
 145 fait.

146 **Accompagné, verbalisé, et le temps de verbalisation après et ... vraiment très important  
 147 alors.**

148 Oui, oui oui. C'est ça qui leur donne du sens en fait.

149 **C'est ça qui va vous permettre après de ... de ... comment dire, de continuer, enfin,**  
150 **d'avoir du matériel pour continuer le processus de changement ?**

151 Oui, parce que l'ambition en fait, de toutes ces approches, c'est que le patient malade alcoolique  
152 puisse réinvestir l'agir dans une notion de plaisir.

153 **Oui.**

154 Et l'agir même autour de leur corps, autour d'une notion de plaisir. Et c'est ça qui va aider à  
155 maintenir le processus de changement. Parce que si dans leur tête il peut y avoir de nouveau du  
156 lien, entre je peux avoir un vécu corporel unifié et bon pour moi, et qu'en plus, c'est grâce à  
157 l'abstinence, parce que c'est ça, la corrélation qu'il faut mettre en place, alors il va pouvoir  
158 maintenir cet investissement et, ça va pouvoir être vecteur de changement.

159 **D'accord.**

160 Et pour moi, ça c'est tout l'enjeu du travail en alcoologie. C'est aider le patient à réinvestir  
161 l'agir dans une notion de plaisir. Autre que l'alcool.

162 **D'accord. C'est cette notion de plaisir qui va être vraiment euh... enfin...**

163 Elle est déterminante, parce que c'est un deuil tellement grand à faire, déjà par rapport à l'al-  
164 cool, parce qu'il n'y a pas que l'alcool, il y a les relations, qui vont avec, le mode de vie qui va  
165 avec, il y a peut-être euh... le boulot, ils ont peut-être perdu plein plein de choses, et donc si  
166 euh... si la motivation première c'est quand même pas quelque chose de positif, et puis surtout  
167 tout le boulot de l'ergothérapeute c'est de relier la récupération par exemple cognitive ou  
168 pratique, et tout le plaisir à faire, dans les bénéfices de l'abstinence en fait.

169 **D'accord. Euh... du coup vous disiez que l'agir ils l'ont déjà, mais c'est de le transformer**  
170 **en agir euh... plaisir si je comprends bien ?**

171 Et créatif, créateur. C'est-à-dire que ... ils ne le mobilisent que dans une pulsion de mort, que  
172 dans un passage à l'acte autodestructeur en fait, l'agir. Donc c'est pour ça que l'ergo c'est vers  
173 de la création, vers du plaisir. Voilà.

174 **Oui d'accord. Du coup, si je reprends l'approche corporelle, donc dans le MOH il y a**  
175 **justement tout une partie sur l'agir, parce que là on a pas mal parlé de l'être finalement,**  
176 **ehu... l'agir pour vous, est ce que l'approche corporelle ça peut avoir un impact sur eux,**  
177 **sur les activités de la vie quotidienne, comme les habitudes de vie euh...**

178 Par exemple sur l'hygiène de vie j'allais dire, si la pratique physique est revécue dans quelque  
 179 chose de plaisant, ils vont pouvoir peut-être réinvestir du sport sur le long terme, et on sait que  
 180 l'activité physique permet un maintien au moral de la personne, que ça stimule du bien-être,  
 181 que ça peut être relié dans des relations sociales, donc oui, ça a un effet.

182 **Donc oui, ça peut les aider à se sentir capable ? ça leur donne aussi de la motivation, enfin  
 183 est ce que ça joue aussi sur l'estime de soi euh...**

184 Et bien oui complètement, il y a d'ailleurs tout un travail euh... je suis en train de monter un  
 185 atelier de revalorisation de l'image de soi, avec un collègue musicothérapeute qui a été formé  
 186 à cette technique, notamment sur euh... parce qu'il y a quand même des différences entre les  
 187 hommes et les femmes alcooliques, ils n'ont pas le même rapport au corps et puis ce n'est pas  
 188 stigmatisé de la même façon d'un point de vue sociétal, une femme alcoolique marquée physi-  
 189 quement, il y a quand même une honte supplémentaire autour de ce corps euh... ce qui trahit  
 190 en fait cette défaillance psychique, et donc il y a vraiment un travail de revalorisation de l'image  
 191 de soi et ça peut passer par des ateliers comme ça autour de l'estime, autour de réinvestir ce  
 192 corps euh... avec du maquillage par exemple, travailler dans une idée de réinvestissement du  
 193 corps. Pour que le corps soit un lieu de plaisir et pas de souffrance.

194 **D'accord, quels sont les signes finalement d'un corps désinvestit ?**

195 Et bien ça peut être clairement comme je vous disais, l'incurie, ils ont des attaques presque  
 196 mutilatrices enfin, c'est des patients parfois qui arrivent en disant euh... oui moi j'ai mon foie  
 197 qui est malade. Et bien non ce n'est pas mon foie qui est malade, c'est les conséquences de mon  
 198 alcoolisation mais surtout de ma souffrance. En fait c'est ça le problème, c'est qu'ils ont une  
 199 vision très parcellaire de leur vécu. Et souvent il arrive suite à un accident de la voie publique,  
 200 donc il peut y avoir des traumatismes physiques importants, ou même des conséquences des  
 201 alcoolisations, je pense notamment au syndrome neuro-péphérique des membres inférieurs,  
 202 voilà qui sont liés justement aux alcoolisations, et donc ils vivent ce corps euh... voilà, il y en  
 203 a qui disent qu'ils ont que des paresthésies euh... douloureuses, enfin c'est ... c'est ... une  
 204 approche corporelle qui est très très douloureuse. Pour autant ce n'est pas forcément associé à  
 205 leur consommation, c'est ça qui leur manque comme lien.

206 **Oui d'accord, c'est ça le but.**

207 C'est de pouvoir recréer le lien en fait causes conséquences, entre la dégradation physique, et  
 208 l'alcoolisation et donc de mettre en avant les bénéfices tirés de l'abstinence.

209 **D'accord. Euh... du coup, cette question je vous la pose quand même, même si elle paraît**  
210 **du coup logique, mais on peut dire que la satisfaction des personnes qui s'abstiennent,**  
211 **enfin qui ressentent enfin, se sentent mieux, est ce qu'elle peut être majorée par une ap-**  
212 **proche corporelle.**

213 Alors, oui, mais c'est surtout le feed-back qu'on peut en faire. Parce qu'ils n'ont pas du tout  
214 cette notion-là en fait. Et tout le boulot c'est de les valoriser par rapport à ça.

215 **Oui d'accord, ce n'est pas le tout de faire des approches corporelles, le plus important**  
216 **c'est vraiment d'en parler et de pouvoir s'en servir euh...**

217 Parce que ça par exemple, ça peut participer à ce fameux levier de déni, et augmenter la moti-  
218 vation, clairement. Le groupe aussi est super important. C'est-à-dire que pour moi l'approche  
219 corporelle a aussi beaucoup de sens en groupe, parce que le groupe va être un reflet, enfin c'est  
220 le groupe de pairs en alcoolologie, enfin c'est une technique de base, et le regard des autres sur  
221 les progrès aura plus d'impacts que la parole même du thérapeute, et ça peut être hyper valoris-  
222 ant, hyper stimulant.

223 **D'accord. Je pensais à quelque chose aussi, est ce que l'approche corporelle peut aussi**  
224 **permettre au final de remettre de la réalité ?**

225 Exactement, c'est un levier de réalité. Mais d'une réalité douloureuse, on peut en faire quelque  
226 chose de positif. Et malheureusement j'allais dire, ces patients ont l'obligation de passer par  
227 cette étape de réalité, et c'est d'ailleurs leur corps qui cède avant le reste et qui les invite à aller  
228 consulter.

229 **D'accord. Du coup, qu'est ce qui pourrait, enfin, on parle d'approche corporelle en ergo-**  
230 **thérapie, mais qu'est ce qui ... quelle serait la spécificité d'une approche corporelle en**  
231 **ergothérapie ? Pourquoi finalement ce ne sont pas les psychomotriciens qui auraient cette**  
232 **voie-là, ou un autre ...**

233 Ha, et bien si, forcément qu'on a un travail complémentaire, après on a ... une autre vision de  
234 l'activité humaine et c'est ça qui va nous permettre de le potentialiser dans tous les champs de  
235 la vie. C'est-à-dire que ce n'est pas uniquement ce qu'il se passe en atelier enfin, susciter du  
236 plaisir à faire, c'est quelque chose qu'ils vont pouvoir faire dans leur vie de tous les jours.

237 **Par exemple ?**

238 Et bien c'est-à-dire, je pensais à leur rapport au corps, leur bien-être, s'ils ont repris confiance  
 239 en eux et en leurs capacités, s'ils se sentent plus investis ils auront peut-être plus envie de pren-  
 240 dre soin de ce corps, en dehors de l'atelier.

241 **Oui, de peut-être trouver des stratégies contre la consommation d'alcool ?**

242 Alors d'un point de vue comportementaliste euh... je ne sais pas euh... parce que c'est la ques-  
 243 tion de la pulsion, par exemple, et des fois c'est très difficile de ... d'y faire face, des fois on  
 244 leur dit qu'il faut qu'ils aient leurs moyens de compensations avant la pulsion, et moi ces stra-  
 245 tégies, je les travaille plutôt dans le sens d'anticipations. Ça va être par exemple lors de l'atelier  
 246 qu'on fait une fois par semaine, où on leur demande de tenir un carnet de route, ils tiennent  
 247 normalement leur état par rapport à l'alcool, aux relations familiales, enfin différents critères  
 248 comme ça, et surtout d'en évaluer les conséquences. Et comment adapter euh... comment ap-  
 249 prendre finalement à adapter ses activités, en fonction de leur état psychique. Et ça je pense que  
 250 c'est une des spécificités de l'ergothérapie. C'est-à-dire vraiment qu'ils aient une boîte à outils,  
 251 en se disant déjà un, je prends l'habitude de m'auto-évaluer en terme de ressenti psychologique,  
 252 deux, je le mets en corrélation avec les facteurs de risque par rapport à ma pathologie, et trois,  
 253 j'ai mis en place euh... je leur appelle ça comme des itinéraires bis, c'est-à-dire des options,  
 254 voilà, si aujourd'hui c'est avis de tempête pour ma météo personnelle, alors euh... il faut que  
 255 face à mes obligations du jour, il faut que je mette en place des stratégies pour pas que ce soit  
 256 des risques supplémentaires par rapport au risque de rechute.

257 **Oui d'accord je vois. Euh...**

258 Donc là c'est vraiment dans le transfert des acquis dans la vie quotidienne.

259 **Oui, c'est vraiment la spécificité de l'ergo...**

260 Voilà plus ergo c'est compliqué ! (Rires)

261 **Oui c'est sûr !**

262 C'est-à-dire que par exemple le travail de relaxation qui peut se faire avec le psychomotricien,  
 263 c'est très bien, ça, ça peut servir dans leur boîte à outils pour gérer par exemple leurs angoisses,  
 264 c'est quand même utile, mais pour moi il faut qu'ils aient euh... intégré beaucoup plus d'outils  
 265 dans la poche pour s'adapter à ce qu'ils vivent, et tout le travail d'anticipation sur les AVQ et  
 266 bien c'est vraiment un travail ergo quoi.

267 **Oui, parce que par exemple, s'ils travaillent leur anxiété euh... avec le psychomotricien**  
268 **par une approche corporelle, l'ergo peut transférer euh... enfin s'ils font de la relaxation**  
269 **par exemple, est ce que l'ergo peut dire euh... travailler la relaxation, pour gérer l'anxiété,**  
270 **par exemple quand ils passent devant un bar, ils ont envie d'aller boire, est ce que ça peut**  
271 **être un ...**

272 Et bien il y a tout le travail de repérage des situations à risque en fait, par rapport à leur quotidien. Parce que c'est bien d'avoir des outils mais il faut savoir quand les utiliser. Donc c'est pour ça enfin pour moi c'est vraiment un travail de coordination là enfin, c'est-à-dire que ... un 275 ergo peut faire de la relaxation s'il a été formé, mais s'il laisse ça au psychomotricien il a quand même tout un travail spécifique à faire derrière quoi. C'est-à-dire que voilà, même si on ne fait 277 pas spécifiquement un travail sur l'approche corporelle, ça fait partie de la boîte à outils, à les aider à utiliser.

279 **Oui d'accord.**

280 Et d'ailleurs pour moi tout l'enjeu de l'hospitalisation, c'est qu'ils trouvent chacun leur boîte à 281 outils, et qu'elle soit adapté à chaque situation à risque identifiée.

282 **Est-ce que euh... vous pensez qu'il faut être formé sur les approches corporelles ou tout**  
283 **ergo qui a envie de se lancer ou qui pense...**

284 Alors moi je pense que ce n'est pas sur l'approche corporelle qu'il faut être formé mais vraiment 285 sur l'alcoologie. C'est euh... je pense que c'est hyper important, d'ailleurs moi c'est mon parcours 286 professionnel qui m'a poussé à avoir une vraie connaissance théorique sur la psychopathologie du patient malade alcoolique. Parce que ce sont des patients difficiles à accompagner, 287 qui peuvent susciter beaucoup de contre-transferts négatifs, qui sont beaucoup d'en l'agir ou 288 dans le passage à l'acte, ou dans la recherche du cadre et des limites et c'est justement hyper 289 important de comprendre tous ces leviers pour pouvoir avoir un positionnement juste, et en 290 plus, c'est ce que je disais dès le départ, ils ont un rapport au corps qui est quand même très 291 compliqué, quand on a une asomatognosie euh... aucune conscience de la mort, de ses conséquences, 292 ou c'est vécu comme quelque chose d'accident et qui ne leur appartient pas, voilà, il 293 y a quand même je pense une grande réflexion à faire sur ça, et après la médiation corporelle et 294 bien c'est comme toutes les médiations, je pense que clairement ça ne pose pas de difficultés à 295 un ergo quoi.

297 **Oui au final on est formé pour.**

298 Et puis surtout le levier du groupe.

299 **Oui oui d'accord c'est très important aussi.**

300 Parce que c'est un miroir euh... ça fait un feedback par les pairs et ça c'est hyper important.

301 **D'accord. Euh... bon et bien c'est super. Donc si je reprends ma question, quels pour-**  
 302 **raient être les intérêts d'une approche corporelle euh... quels sont là les points très im-**  
 303 **portants que vous pouvez me ressortir ?**

304 Et bien il y a la question du rapport à la réalité, et de prise de conscience de la pathologie.

305 **D'accord. Du coup les intérêts mais aussi quelles limites peut avoir une approche corpo-**  
 306 **relle, ou les difficultés, auxquelles un ergo doit faire attention quand il euh... quand il**  
 307 **passe par le média corps, voilà qu'il travaille cette notion de corps ?**

308 Et bien ce que je disais tout à l'heure ça va être euh... il faut que ça soit verbalisé, toujours, et  
 309 même euh... en alcoolologie il y a une notion très importante ça s'appelle l'avance de la parole.

310 C'est-à-dire qu'il ne faut pas attendre qu'ils parlent, il est plus simple de proposer des hypo-  
 311 thèses, et les aider à se situer par rapport aux hypothèses qu'on peut formuler. C'est-à-dire ça  
 312 peut aller jusqu'à vous pouvez ressentir euh... par exemple une douleur, voilà ça peut être in-  
 313 confortable ou euh... parce qu'ils sont face à un vide psychique et une incapacité à nommer les  
 314 choses qu'il est important d'accompagner en fait. Et c'est ce mouvement de reconnaissance, ils  
 315 vont vous le dire tout de suite euh... vous êtes dans le vrai, vous êtes dans le faux, et ça les aide  
 316 plutôt à se situer. Mais si on les laisse face à du vide, et bien on risque de recevoir du vide.  
 317 Donc c'est la question de la verbalisation par rapport à ça.

318 **D'accord. Et c'est ça qui va vraiment vous permettre de travailler la conscience du**  
 319 **trouble ?**

320 Et bien c'est ce qui remet en fait du sens dans leur vécu de causalité, de lien euh... oui de cause  
 321 à effet quoi.

322 **Oui remettre du sens et remettre dans la réalité.**

323 En fait le problème de l'alcoolique c'est pas qu'il ne ressent pas les choses, c'est que d'abord  
 324 il perçoit mal les sensations corporelles, il les interprète mal, et n'a pas les mots pour les nom-  
 325 mer. Donc d'un point de vue sensoriel on est quand même euh... il est privé de beaucoup de  
 326 ses sens finalement.

327 **D'accord. Et j'imagine... il fait... déjà il ressent moins bien et il ne fait pas du tout de lien**  
 328 **entre euh... parce que pour vous l'unité somato-psychique, enfin ce lien corps esprit il est**  
 329 **...**

330 Et bien il est rompu, il est clairement rompu.

331 **D'accord, il n'est pas juste altéré, il est vraiment rompu. Il n'y a pas de lien euh... et**  
 332 **justement travailler par le corps permet de refaire du lien en verbalisant, de refaire du**  
 333 **lien avec l'esprit, et tout le psychisme ?**

334 Oui, oui oui. Et c'est que l'agir doit être mobilisé sur quelque chose de positif. C'est pour ça  
 335 que par exemple par rapport à un ergo, euh... moi par rapport au cadre, je leur dis qu'ils ont le  
 336 droit de détruire leurs œuvres, parce que la pulsion de mort elle existe, il ne faut pas la nier, par  
 337 contre le contraste c'est que c'est jamais durant la séance ou il y eu la pulsion. C'est-à-dire,  
 338 d'accord, on va pouvoir le détruire mais on en discute demain ou à la prochaine séance.

339 **Oui d'accord je vois ce que vous voulez dire.**

340 Et pour le coup, s'ils doivent le détruire c'est eux qui le font. Ce n'est jamais moi. Donc déjà,  
 341 ce que je dis c'est qu'on apprend à différer la pulsion, c'est quand même important, et qu'on  
 342 laisse le temps à l'esprit d'avoir un peu d'espace pour essayer de comprendre ce qu'il s'est joué.  
 343 Et après on en rediscute évidemment parce que ...

344 **D'accord c'est très intéressant.**

345 C'est comme l'abandon des projets, c'est des patients il ne faut pas leur laisser la possibilité  
 346 d'abandonner le projet parce qu'ils sont toujours dans ce mouvement d'échec, de dévalorisation,  
 347 donc euh... par rapport au corps il va y avoir un travail de contractualisation, de peut être  
 348 on peut mettre ça de côté, et on fait quelque chose en parallèle si c'est trop compliqué, mais  
 349 pour autant pour qu'on repasse à autre chose, il faut que le premier projet aboutisse. Parce que  
 350 sinon ils ne sont que dans un agir destructeur. Et c'est comme s'ils se prouvaient à eux même  
 351 que de toute façon ils ne vont pas y arriver donc euh... la pour le coup le cadre thérapeutique  
 352 est hyper important.

353 **Oui d'accord. Est-ce que euh... parfois vous avez du mal à entrer en relation avec eux,**  
 354 **enfin c'est toujours difficile d'entrer en relation avec des patients alcoolodépendants ?**

355 Et bien c'est surtout de mobiliser leur agir oui. C'est compliqué. Et là en plus moi j'ai des  
 356 ateliers qui demandent une verbalisation, un travail sur les affects et l'expression des émotions,  
 357 euh... et c'est vraiment... oui c'est délicat.

358 **Ils ont vraiment du mal à verbaliser leurs émotions ?**

359 Et bien c'est-à-dire que ... j'ai un exemple très typique, je leur demande de situer leur niveau  
 360 émotionnel en leur disant que si on faisait une échelle entre – 10 qui serait la mélancolie, et +  
 361 10 qui serait l'euphorie, où est ce qu'ils se situent, et où est ce qu'ils se situent en étant bien.  
 362 Leur réponse c'est en dessous de huit, je ne me sens pas bien, ils ne sont que dans des ressentis  
 363 extrêmes. Et donc ils trouvent la vie fade aussi sans alcool, c'est ça le problème, donc vous  
 364 voyez même par rapport aux perceptions, perceptions physiques sensorielles, il y a quand même  
 365 une question de de ... il y a ... c'est comme si leur échelle n'était pas normée ou tarée au zéro  
 366 quoi.

367 **Oui d'accord. Du coup tout l'enjeu enfin, ce qui doit être difficile j'imagine, c'est de pro-  
 368 curer des émotions enfin des sensations de plaisir et de faire du lien avec les émotions ?  
 369 que ce soient des émotions, enfin de bonnes émotions ? je ne sais pas comment m'expri-  
 370 mer...**

371 Et bien c'est-à-dire que comprendre qu'on peut être bien sans être euphorique, c'est ça tout  
 372 l'enjeu en fait. Et pour qu'ils puissent le percevoir il faut leur faire comprendre toutes les  
 373 nuances qu'il peut y avoir, et que le bien être, ça peut être aussi sur la durée et pas une notion,  
 374 une sensation forte, parce que ce sont souvent des patients qui sont dans la recherche d'une  
 375 sensation forte. Avec des consommations massives pour ressentir très vite les effets, voilà par  
 376 exemple, ou euh... comme il y a le phénomène de tolérance qui se met en route ils sont obligés  
 377 de consommer encore plus.

378 **Oui, j'imagine que ça prend énormément de temps ?**

379 Oui ! par contre je ne vous cache pas que c'est un travail de très longue haleine.

380 **Oui, entre-coupé de rechute peut-être, enfin je ne sais, est ce que les rechutes sont fré-  
 381 quentes ?**

382 Ça fait partie du processus. C'est-à-dire que si vous lisez la littérature sur le sujet il y a de toute  
 383 façon 75% de rechutes quelle que soit la technique utilisée quoi enfin la ... le type de sevrage  
 384 qui a été mis en place et l'accompagnement.

385 **D'accord.**

386 Mais pour autant une rechute c'est pas forcément une catastrophe en soi.

387 **Oui j'imagine que certains sont obligés de passer par des rechutes pour euh...**

388 Ne serait-ce que pour accepter l'inacceptable, le jamais plus jamais. Et puis pour vérifier est ce  
 389 que je suis vraiment bien malade alcoolique, on me dit que je le suis mais euh... voilà. Et c'est  
 390 se tester, tester ses limites, et c'est souvent leur corps qui leur renvoi que ce n'est pas possible  
 391 justement. Je donne souvent l'exemple du malade euh... du diabétique, ou de l'allergique. La  
 392 personne allergique est vraiment allergique, la moindre dose provoque des réactions en chaîne  
 393 qui peuvent être dramatiques, et donc quand on est allergique on l'est pour toute la vie, pas pour  
 394 cinq minutes. Parce que c'est assez intolérable de se dire que ... notamment il y en a beaucoup  
 395 qui avait une consommation au départ qui était festive, donc il y a une notion de plaisir derrière.  
 396 Donc c'est se priver d'un plaisir, ou de la sociabilité qu'il y avait autour.

397 **Oui, mais du coup après ils se ... oui il y avait une notion de plaisir et de sociabilité mais  
 398 en fait souvent, dites-moi si je me trompe mais en fait les alcoolodépendants sont la plu-  
 399 part du temps seuls ?**

400 Oui ou alors ils n'ont du relationnel qu'à travers la dépendance, il y en a beaucoup oui qui  
 401 boivent seuls dans leur coin.

402 **D'accord, euh... oui vous voulez dire ?**

403 Non je pensais à ... il y en a pas mal quand même qui ont vécu des traumatismes physiques,  
 404 c'est-à-dire que le malheur de cette maladie c'est que souvent c'est intergénérationnel, qu'ils  
 405 ont eu eux-mêmes des parents alcooliques, ou dans la famille plusieurs personnes touchées, et  
 406 que si les parents étaient alcooliques et violents par exemple euh... on peut comprendre que  
 407 déjà le rapport au corps est compliqué quoi. Mais ça ce sont des chaînes de causalité qui ne sont  
 408 pas forcément bien établies, c'est-à-dire qu'ils ne comprennent pas, oui j'ai toujours vu mon  
 409 père être comme ça euh... je ne voulais surtout pas être comme lui mais je le suis quand  
 410 même...

411 **Oui, et du coup vous faites comment quand ils disent ça, au final ils arrivent un peu à  
 412 expliquer ?**

413 Et bien c'est justement la question de ... à quoi vous sert l'alcool ? la première étape c'est  
 414 d'établir euh... est ce que ça a un rôle anxiolytique, d'anesthésiant ou au contraire de se ... pour

415 lâcher prise et être plus apte en société par exemple, il y a tout ça à questionner aussi, si ça lui  
416 sert de somnifère euh... pourquoi j'ai peur de mes cauchemars ou euh...

417 **Je ne savais pas que ça pouvait servir de somnifère enfin je ...**

418 Clairement, certains euh... leur somnifère du soir c'est alcool et Seresta pas exemple (Rires)

419 **Oula oui ! ouf...**

420 Et bien oui oui c'est une réalité ! (Rires)

421 **D'accord et bien merci beaucoup, euh... est ce que vous avez envie de rajouter quelque**  
422 **chose qui vous semble important ?**

423 Et bien qu'on gagnerait à travailler plus avec cette population parce que ... surtout en tant  
424 qu'ergo parce qu'on les rencontre quand même dans tous les domaines dans lesquels on exerce.

425 **C'est vrai. D'ailleurs, si je fais mon mémoire aussi là-dessus c'est que je n'ai pas trouvé**  
426 **énormément d'écrits, enfin je n'ai pas trouvé grand-chose dans la littérature sur euh...**  
427 **cette population en ergothérapie donc moi ça m'intéressait de euh... de faire mon mé-**  
428 **moire là-dessus, mais c'est vrai que j'ai l'impression qu'il n'y a pas énormément d'ergos**  
429 **qui travaillent avec cette population...**

430 Et bien moi ce qui m'a beaucoup porté là pour mon travail de mémoire enfin pour mon DU  
431 d'alcoologie, ça a été le travail de Michèle Monjauze, qui est une psychologue spécialisée dans  
432 la prise en charge des patients malades alcooliques, et qui notamment parle de l'ergothérapie !

433 **Oui j'ai lu des articles de cette dame effectivement !**

434 Donc voilà et par rapport à la connaissance de la psychopathologie c'est quelqu'un qui est très  
435 fine et suffisamment accessible.

436 **D'accord et bien je vais me replonger dans ses livres. Et ce DU ça vous a pris combien de**  
437 **temps, enfin vous avez fait ça comment ?**

438 Alors moi j'ai toujours travaillé en santé mentale, et en alcoologie depuis mon premier poste,  
439 enfin indirectement parce que ce n'était pas spécialisé mais il y avait des médecins addicto-  
440 logues et des ateliers spécifiques quand même, et au bout de quelques temps je me suis sentie  
441 limitée dans ma pratique et que j'avais besoin de plus, donc pendant le boulot, je me suis fait  
442 payer la formation, c'est donc un an de plus à la FAC, deux jours par mois sur une année de  
443 cours, avec un examen et surtout un mémoire à rendre.

444 **D'accord, pour vous cette année en plus a été vraiment très importante.**

445 Et bien parce que, enfin moi perso, euh... je suis diplômée quand même depuis... 2002, euh...  
 446 mes cours étaient très très limités sur le sujet quoi. A tel point que là euh... il y a l'IFE qui vient  
 447 d'ouvrir à Toulouse, j'ai été sollicité pour donner des cours aux étudiants sur le sujet donc  
 448 euh... Et bien parce que ça me paraît essentiel, en rééducation vous les voyez tout le temps.

449 **Oui c'est vrai.**

450 Il faut se poser la question du traumatisme, très souvent ça va apparaître, et puis je vous dis  
 451 c'est vraiment des patients qui sont compliqués à gérer, on peut vite se laisser déborder ou  
 452 euh... donc c'est important d'avoir du recul entre pourquoi on n'y arrive pas, pourquoi gérer  
 453 les rechutes, euh... ça met à mal le thérapeute donc c'est important de ... d'avoir ce soutien  
 454 théorique en fait.

455 **Oui d'accord, et puis j'imagine de bien travailler en équipe pluridisciplinaire et de ne pas  
 456 rester tout seul ?**

457 Oui parce que ce sont les champions du clivage aussi, par rapport à l'équipe, c'est euh... ils  
 458 sont souvent dans un mode très fusionnel à l'autre, il y a le bon, le mauvais, le méchant, le  
 459 gentil, euh... c'est assez binaire, je dirais que notre boulot en ergothérapie c'est plutôt de leur  
 460 apprendre la palette de gris quoi.

461 **D'accord et bien je crois que j'ai tout ce qu'il me faut (Rires) merci beaucoup !**

462 Et bien je suis bien contente que des étudiants s'intéressent au sujet des malades alcooliques en  
 463 tout cas !

464 **Oui merci beaucoup d'avoir répondu à mon appel !**

465 Oui si maintenant que j'y pense, j'ai quand même quelque chose à rajouter, quand même la  
 466 question de base c'est le transfert des addictions, puisque ce sont des champions pour transférer  
 467 leurs addictions, et que c'est plutôt questionner leur mode relationnel de dépendance, voilà et  
 468 que... il y a souvent, ce qu'on appelle nous les addictions croisées, la clope qui appelle le verre  
 469 de vin par exemple, mais aussi, j'ai un exemple en tête là, une patiente qui est passée d'abord  
 470 d'un problème d'anorexie boulimie donc de dépendance par rapport à la nourriture, à un pro-  
 471 blème de dépendance à l'alcool, puis quand ça ne suffisait plus, on est passé à un mode de  
 472 drogues dures, voilà donc vous voyez par rapport au rapport au corps, je fais le lien dans ce  
 473 sens-là, c'est qu'ils sont toujours dans ce rapport-là de maîtrise et de dépendance...

474 **D'accord. Et bien merci, je vous enverrai mon mémoire quand il sera fini si vous le sou-**  
475 **haitez ?**

476 Avec plaisir oui ! bien-sûr ! Et bien bon courage et bonne continuation !

477 **Merci beaucoup !**

1 **Annexe 6 : Entretien n°3 : madame C, ergothérapeute en addictologie**

2

3 **Donc du coup, juste pour vous expliquer un peu le contexte en fait, je suis partie sur l'al-**  
4 **coolodépendance et sur la question du corps, des approches corporelles en fait en général,**  
5 **comment elles peuvent favoriser l'entrée dans un processus de changement, en passant**  
6 **par un concept qui s'appelle l'insight, est ce que ça vous parle ?**

7 Et bien l'insight c'est la façon dont les personnes ressentent leur corps, au niveau du schéma  
8 corporelle, de la perception de soi, euh.... Je ne sais pas, moi je ne suis pas psychomotricienne  
9 je suis ergothérapeute !

10 **Oui oui je sais bien, je vous pose la question parce que l'insight c'est un concept qui n'est**  
11 **pas connu parfois, en fait c'est juste la conscience du trouble, voilà. Donc elles passent par**  
12 **la conscience du trouble et je parle aussi du lien corps / esprit, voilà donc quand on re-**  
13 **trouve le lien entre le corps et l'esprit, donc quand on a de l'insight, on peut rentrer plus**  
14 **facilement dans un processus de changement, voilà.**

15 Voilà, donc nous en psychiatrie, en alcoolologie on est confronté à l'insight avec des patients qui  
16 sont dans le déni ou la dénégation.

17 **Voilà d'accord, est ce que vous utilisez des approches corporelles pour aborder ce déni ?**

18 Alors moi j'utilise la terre, comme atelier corporel, façonner des objets, se confronter à la ma-  
19 tière, et puis aussi le tour de potier mais qui demande une plus grande technique donc je ne le  
20 propose pas toujours. Parce qu'après j'ai un atelier d'écriture euh... voilà, l'écriture met en jeu  
21 le corps, il y a un allant corporel nécessaire, mais ce n'est pas ce qui est actif au premier plan,  
22 après j'ai un atelier journal et après du travail cognitif, donc c'est plus euh... voilà, plus par  
23 rapport à cet atelier modelage qu'il y a un travail corporel, je ne fais pas de marche, je ne fais  
24 pas euh... on fait des sorties thérapeutiques, donc là effectivement il faut que les patients aient  
25 une intégrité corporelle et une capacité et bien de la marche, de la déambulation mais c'est tout.  
26 Donc moi j'interviens sur un service de cure et de postcure, mais on reste dans les mêmes  
27 approches.

28 **D'accord, euh... vous parlez d'atelier terre, quels sont vos objectifs quand vous travaillez**  
29 **la terre avec vos patients ?**

30 L'objectif et bien déjà moi je travaille autour de l'engagement, et donc les processus créatifs,  
31 pour arriver avec l'idée euh... avant j'avais un atelier d'expression pure, donc ça ne s'inscrivait  
32 pas dans la durée comme là un atelier de création où les patients vont s'inscrire dans la durée,  
33 pour aboutir à quelque chose, et euh... donc il y a ça, il y a les processus créatifs c'est-à-dire  
34 euh... moi je ne suis pas enseignante, j'ai un savoir-faire, mais je sollicite les patients dans leur  
35 propre créativité, c'est-à-dire comment eux vont se saisir du matériau, comment ils vont décou-  
36 vrir les outils ou pas, et vont aboutir à quelque chose qui euh... qui va essayer de se tenir. Donc  
37 on n'est pas du côté des psychoses graves, là où effectivement l'idée de mettre en forme et que  
38 les chose arrivent à se tenir, est souvent quasi inaccessible, en particulier chez les psychotiques  
39 déficitaires, mais là on a des personnes qui ont une certaine habileté, qui ont euh... là j'ai un  
40 patient qui souffre d'une psychose, un jeune, mais qui a été capable d'avoir un apprentissage  
41 non-directif, pour arriver justement à mettre en forme et donc avoir une effet narcissique et de  
42 revalorisation personnelle important. Donc euh... donc voilà. Il y aurait des choses à dire mais  
43 on ne va pas ... oui ?

44 **Si si ! dites tout ce qui vous passe par la tête, moi je voulais vous demander euh... Cette**  
45 **approche corporelle, parce que moi effectivement quand j'ai commencé mon mémoire,**  
46 **pour moi les approches corporelles c'était vraiment, enfin je n'avais pas vu tout ce panel**  
47 **large où en fait c'était toutes les activités où le corps est mis en mouvement finalement, et**  
48 **donc pour vous la terre c'est aussi un... enfin ça peut être une approche corporelle, c'est**  
49 **très intéressant, est ce que ...**

50 Et bien c'est surtout l'alliance entre l'esprit, l'imaginaire, et euh... et les mains. Ce n'est pas  
51 une approche corporelle à faire du footing et j'en passe, de la muscu et tout, d'ailleurs il y a des  
52 collègues, bon qui ne l'emploient pas trop, mais c'est quelque chose qui au niveau de la main  
53 et des manipulations est très très actif. Après là ou il y a une plus grande nécessité donc de tout  
54 le corps, c'est pour le tour de potier. Là pour faire un objet au tour de potier, il y a une nécessité  
55 importante sur le plan corporel, parce qu'il faut que les patients travaillent... arrivent à dissocier  
56 comme une joueur de batterie si vous voulez, donc il faut réussir à faire tourner le tour, ce sont  
57 des tours électriques, maîtriser la pression sur le pédalier, qui va mettre en mouvement donc la  
58 girelle c'est-à-dire le plateau sur lequel les patients ont leur objet, et après c'est tout une maîtrise  
59 d'une gestuelle très précise, et qui met en jeu le membre supérieur donc le dos, la posture du  
60 dos, le membre supérieur, le mouvement de l'épaule jusqu'aux mains, avec une pression à la  
61 fois ferme et souple, et là il y a une mise en jeu corporelle importante. Donc ça ce n'est pas  
62 quelque chose que je propose d'emblée aux personnes, même si elles m'en font la demande, je

63 leur demande de passer par le modelage, pour qu'elles arrivent à apprécier, justement par le  
 64 touché, le touché est une approche corporelle aussi, euh... la texture du matériau, c'est un ma-  
 65 tériau qui ne résiste pas, sur lequel on peut tout imprimer, mais qui a sa propre vie, qui par  
 66 exemple va sécher, va résister, qu'après qu'on peut casser, quand il est sec, etc. Donc c'est  
 67 toutes ces choses-là qui sont en jeu et qui sont parlées. Toutes ces étapes sont parlées et amenées  
 68 à la conscience, vous parliez de l'insight, et bien il y aussi la conscience du mal-être que les  
 69 personnes peuvent avoir exprimées, mais il y aussi la conscience de ce qu'il se passe lorsqu'on  
 70 fait une action. Qui est autre que toxique. Donc là oui il y a des choses intéressantes, donc euh...  
 71 donc à manier avec beaucoup de précautions, parce qu'on ne devient pas potier en une séance,  
 72 et donc voilà, c'est très accompagné.

73 **D'accord, il y a vraiment des phases à la fin de chaque séance où vous les faites verbaliser**  
 74 **sur ce qui...**

75 Voilà alors au niveau du dispositif des ateliers, il y a euh un temps d'accueil, pour les nouveaux  
 76 et pour l'appropriation du lieu, voilà et puis ensuite ils vont trouver leur place, trouver leur  
 77 projet créatif euh... à l'intérieur, et on termine toutes les séances par un temps de parole, autour  
 78 euh... du ressenti, comment ça s'est passé euh... qu'est ce qui a été plus facilitant, moins faci-  
 79 litant, voilà. C'est une discussion informelle mais où tout le monde doit s'exprimer.

80 **D'accord. Est-ce que cet atelier vous aide à permettre aux personnes de rentrer dans un**  
 81 **processus de changement ?**

82 Alors le gros élément qui... il y a plusieurs choses que l'on peut repérer, c'est déjà l'effet dans  
 83 l'ici et maintenant, qui a souvent un effet de relaxation, qui fait euh... qui appui, qui soutient  
 84 l'engagement justement, le fait de revenir et tout, donc il y a ça et puis une mise à distance,  
 85 donc effet de relaxation et mise à distance donc des préoccupations morbides. Donc ça, c'est  
 86 pointé par quasiment tous les patients, ceux qui, et je peux constater que ceux qui n'arrivent pas  
 87 justement à se dégager de leur problématique, ceux qui sont en début de cure...

88 /.../ problème technique /.../

89 ...peuvent avoir l'idée de le pratiquer en dehors de l'atelier, parce que moi j'ai des patients en  
 90 cure, postcure ou en hôpital de jour, donc là, ça peut être euh... effectivement euh... par rapport  
 91 aux patients qui utilisent l'alcoolodépendance et tout, sans dire un substitut, mais ça peut être  
 92 un soutien euh par rapport à des moments de vacuité, de vide, de chose comme ça. Après  
 93 comme on a beaucoup de gens quand même en grande précarité, euh... ce n'est pas toujours

94 accessible, donc on peut les garder sur du plus long terme, donc voilà, moi c'est surtout à ce  
95 niveau-là. Je ne me permettrais pas de dire que c'est en faisant du modelage qu'on arrête de  
96 boire (Rires)

97 **Oui je me doute bien !**

98 Ce serait un peu trop facile.

99 **En fait du coup avec mon mémoire, ce que j'essaye surtout de trouver c'est quel pourrait**  
100 **être justement l'intérêt ou les intérêts d'une approche corporelle pour l'entrée dans un**  
101 **processus de changement, donc euh... les intérêts et les limites d'ailleurs...**

102 Oui d'accord

103 **Donc je ne cherche pas forcément une solution mais euh...**

104 Alors il y a aussi euh... l'élément psychologique très important, c'est aussi le sujet qui renoue  
105 avec sa propre créativité, on est, comme l'avait si bien décrit Freud, on est du côté des pulsions  
106 de vie qui vont prendre le pas sur les pulsions de mort, qui sont beaucoup à l'œuvre chez les  
107 personnes addictes, types alcool, drogue, etc. voilà, donc ça c'est quand même très très impor-  
108 tant, et ça peut aider à soutenir un processus de changement.

109 **D'accord. Comment vous parlez de la motivation avec vos patients, enfin comment vous**  
110 **leur faite euh... comment dire. Est-ce la motivation c'est un de vos objectifs ?**

111 En général moi je ne prends pas les gens sous contrainte morale du médecin ou de l'équipe, je  
112 prends les gens qui sont intéressés pour travailler avec ce type de médiation. Donc j'ai des  
113 patients motivés, soit ils sont motivés euh... il y a plusieurs supports à la motivation, soit ils  
114 sont motivés parce qu'il y a un phénomène de transfert qui se passe à mon égard, soit ils sont  
115 motivés parce qu'ils ont envie de découvrir quelque chose et de se mettre dans un processus  
116 d'apprentissage, donc là, c'est vrai que certains me disent c'est quand le prochain cours ? donc  
117 là je me dis, ouh Sylvie, tu as tout raté ! Parce que voilà c'est pas un cours en soi, alors c'est  
118 sûr que c'est leur façon de dire qu'ils ont appris quelque chose, c'est aussi une façon de dire  
119 j'ai appris quelque chose et je veux continuer à apprendre quelque chose, mais le cours ça veut  
120 dire qu'ils se mettent du côté d'un savoir, et donc il faut que eux, ils soient aussi acteurs, donc  
121 après ça c'est mon travail, de les rendre acteurs, et d'être ce qu'on appelle dans l'accompagne-  
122 ment pour les rendre acteur justement d'un éventuel changement. Donc il y en a qui sont moti-  
123 vés pour découvrir, d'autres par l'apprentissage, après à l'intérieur, il y en a qui vont être mo-

124 tivés pour être en forme... euh... ils l'expriment quand vous parlez de ce qui soutient leur mo-  
 125 tivation, euh... au départ ça peut être la curiosité, le transfert avec l'intervenant, parce que je  
 126 fais toujours un entretien préalable, euh... quelque chose qu'ils ont connu pendant l'enfance, il  
 127 y en a qui ont connu ça pendant l'enfance et qui veulent renouer avec ça, il y a aussi des adultes  
 128 qui trouvent là un moyen de réparer quelque chose par rapport à soit eux-mêmes, soit leur en-  
 129 tourage, parce que là on va arriver à un objet qui va concrétiser un travail et donc ça, ça compte,  
 130 pour beaucoup, et il y en a qui font ça aussi parce que ça les nourrit, de quelque chose de vivant  
 131 et euh... alors on voit aussi des personnes qui disent on a un super groupe et tout, et puis je me  
 132 rends compte, il y a des patients qui sortent, c'est du moyen terme, et bien celui qui n'a pas fini,  
 133 il continu quand même et il s'inscrit avec des modalités relationnelles un peu différentes, et  
 134 parfois le groupe, peut soutenir aussi la motivation du patient. Ça c'est valable pour d'autres  
 135 ateliers, même à support corporel stricte.

136 **Oui donc le groupe est vraiment très important quand même ?**

137 Euh... je ne dirais pas très important, mais c'est un élément qui peut être important à certains  
 138 moments.

139 **D'accord.**

140 Je n'ai pas euh... moi voilà je suis en fin de carrière, j'ai beaucoup d'expérience, et rien n'est  
 141 acquis. Mais bon, vous vous êtes étudiante, vous avez la foi c'est super. (Rires)

142 **Et bien en tout cas je suis passionnée par ce métier donc euh...**

143 Et bien c'est formidable !

144 **Et j'avais une autre question du coup, pour vous dans cette approche-là, quelle est la spé-  
 145 cificité de l'ergothérapeute ?**

146 Euh... et bien c'est un poste unique, et moi, ma spécificité c'est euh... sur ce pôle d'addictolo-  
 147 gie j'ai deux spécificités, une spécificité qu'on pourrait rapprocher à ce que font un peu les art  
 148 thérapeutes, parce que j'ai fait une formation d'atelier écriture, concernant le modelage aussi  
 149 j'ai beaucoup de pratique, donc euh... voilà, je peux exploiter tout ça de façon importante au-  
 150 près du patient, mais surtout euh... ce que me reconnaissent les collègues, c'est que euh... je  
 151 sais mettre les patients au travail. Voilà, donc ça c'est le côté où les choses se construisent petit  
 152 à petit. On fait un travail de fourmis, nos ambitions, il n'y en a pas, nos ambitions c'est amener  
 153 le patient à devenir sujet de lui-même. Dans ce secteur-là, pour des personnes qui ont passé 10  
 154 ou 15 ans de leur vie à se détruire. Et j'ai un autre versant, qui euh... pour lequel j'ai été sollicité

155 par l'un des médecins qui a fondé ce service, c'est sur le plan cognitif, donc je fais passer...alors  
156 je sais que maintenant vous avez un gros enseignement parce que moi de mon côté j'ai quand  
157 même été beaucoup autodidacte, enfin soutenue par d'autres collègues, et donc c'est un travail  
158 cognitif autour des troubles de la mémoire, auxquels sont confrontés les usagers d'alcool et de  
159 drogues chroniques, et donc je fais passer des bilans mémoire, et moi donc j'aurais bien dit  
160 euh... c'est pas une fin en soi, c'est aussi une transition vers un travail de stimulation, donc  
161 voilà, je fais aussi un travail de stimulation cognitive par rapport à la mémoire. Et donc ça, ça  
162 m'est spécifique.

163 **D'accord. Euh... maintenant, qu'est-ce qui différencie, par rapport à l'approche corpo-**  
164 **relle, donc pour vous l'activité terre, quelle est la spécificité ergo, que par exemple un**  
165 **infirmier qui ferait faire de la poterie, n'aurait pas ?**

166 Alors euh... et bien là je vais vous répondre par rapport à une expérience professionnelle donc  
167 j'ai travaillé pendant plusieurs années en coanimation avec une psychomotricienne, et donc on  
168 a tout de suite repéré un peu nos différences, bon c'est loin, mais par exemple moi en tant  
169 qu'ergo, j'étais plus sur l'objet, c'est-à-dire l'aboutissement de la manipulation, de la création  
170 tout ça, euh... en plus c'était au début où je travaillais comme ergo, j'étais plus sur l'objet,  
171 c'est-à-dire comment les patients avaient réussi, enfin réussi ou pas, à se débrouiller avec la  
172 terre, que ma collègue psychomotricienne.

173 **D'accord, plus sur l'analyse d'activité finalement ?**

174 Oui voilà, pourquoi pas le dire comme ça euh... après plus on travaille avec quelqu'un et plus  
175 les choses s'affinent, mais au départ oui il y avait ça. Après moi je faisais déjà de la terre avant  
176 d'être ergothérapeute donc la pratique de l'ergothérapie m'a permis de ... j'ai animé pendant 5  
177 ans, j'ai créé un atelier terre pendant 5 ans à temps plein, voilà donc il y avait ma connaissance  
178 en tant que personne du matériau, et puis ensuite avec la pratique, et bien c'est vrai j'avais des  
179 références comme tous les ergothérapeutes autour de la gestuelle, de la posture, de la bonne  
180 installation, là-dessus les ergos sont super. Et bien oui euh... trouver des aides techniques quand  
181 il y a besoin, voilà des choses comme ça. Pas trop s'attacher à l'esthétisme, par exemple souvent  
182 les infirmiers veulent avoir des jolis objets bien finis, et donc là au niveau des ergos, on ne  
183 pense pas pareil.

184 **Oui. Quel lien vous faites, avec votre activité terre, avec la personne pour euh... par**  
185 **exemple changer ses habitudes de vie... en fait à quoi va vous servir cette activité pour**

186 **euh... voilà ensuite vous en faites quoi, de tout ce qu'il se passe avec votre activité terre,**  
187 **voilà pour améliorer la qualité de vie par exemple... ?**

188 Alors, moi je n'en fais pas grand-chose, mais les patients eux en font quelque chose.

189 **Oui !**

190 Le patient va dire, et bien maintenant quand je regarde un objet fait en céramique, il dit je sais  
191 le travail qu'il y a derrière, je ne le regarde pas de la même façon, et ça c'est un regard euh...  
192 et bien voilà moi je pense que ça leur redonne une position plus humaine, parce que ce sont des  
193 gens qui passent leur temps à se malmener, enfin qui sont dans des trucs très barbares envers  
194 eux-mêmes, sans compter la maltraitance de l'entourage, donc il y a ça et il y aussi la revalorisa-  
195 tion narcissique, et qui est quelque chose de très important et qui peut les soutenir dans leur  
196 quotidien et tout. Moi je ne travaille pas à l'extérieur, moi je travaille surtout dans l'ici et main-  
197 tenant, et comment amener le sujet à s'approprier ses actions. Moi je suis une élève de Winnicot,  
198 je ne sais pas si vous l'avez entendu mais bon... (Rires)

199 **Oui si si !**

200 Je suis dans cette dynamique et même si euh... après on prend des habitudes, des choses comme  
201 ça, c'est vraiment les choses auxquelles je suis très vigilante. Donc l'histoire de la qualité, après  
202 c'est une position purement éthique de ma part, les ... les ... je ne ... je ne ... je ne suis pas du  
203 tout dans la lignée d'évaluation pour la qualité, je suis opposée à cela et je le boycotte.

204 **D'accord.**

205 Oui, et bien je peux vous dire, ça fait un certain nombre d'années que je travaille dans ma  
206 profession et ça n'amène rien de vraiment constructif. C'est un leurre pour moi.

207 **Après je parlais de qualité de vie, pour faire du lien surtout avec euh... est ce que vous**  
208 **connaissez le concept du MOH ?**

209 Non.

210 **D'accord, le concept du MOH c'est un concept vraiment en ergothérapie, qui est divisé en**  
211 **trois parties, euh... la partie de l'être, la partie de l'agir et la partie du devenir. Et moi je**  
212 **l'utilise dans mon mémoire, mais j'utilise surtout l'être et l'agir. Et surtout enfin moi ce**  
213 **que j'ai compris quand vous me parliez de votre métier c'est surtout dans l'être du coup,**  
214 **dans l'ici et maintenant enfin quand je regarde le modèle...**

215 Voilà alors il y a l'être et pour pouvoir agir, il faut déjà que l'être existe. C'est je suis donc je  
 216 fais. Ce n'est pas je fais pour être.

217 **D'accord.**

218 Voilà, je suis plutôt dans cette dynamique-là. Parce que ... moi j'ai eu un patient qui ... qui  
 219 euh.... Pendant plusieurs mois, qui faisait des belles choses et tout et puis à la fin il ne faisait  
 220 que ça, et ça ne prenait aucun sens, alors là où, effectivement je peux intervenir de façon indi-  
 221 recte par rapport au changement, les choses comme ça, c'est aussi aider les personnes à repérer  
 222 quel sens ça prend dans leur histoire. Voilà c'est justement voilà soit dans les songes, bâton  
 223 rompu, de façon informel, peuvent émerger, ou soit réellement pendant le temps de parole, qui  
 224 recentre la pensée.

225 **D'accord. Parce que j'imagine qu'il doit y avoir un grand besoin aussi de remettre dans**  
 226 **la réalité ?**

227 Alors euh... quand les patients sont complètement déréalisés, souvent ils n'ont pas accès à  
 228 l'atelier. Ils sont en non-être, et les grands patients délirants, voilà ça m'est arrivée d'avoir une  
 229 personne et ça a créé plus de difficultés qu'autre chose. C'est-à-dire qu'il faut que les personnes  
 230 soient un minimum euh... aient la capacité d'être dans la réalité donc c'est ce fameux principe  
 231 de réalité auquel les ergothérapeutes confrontent les patients, mais quand ils sont délirants, ça  
 232 ne marche pas. Il faut d'abord qu'ils traitent cette phase-là, pour pouvoir accéder justement à  
 233 des principes de réalité. Donc principe de réalité c'est le cadre, cadre thérapeutique proposé,  
 234 c'est-à-dire arriver à l'heure, s'installer, par exemple là on a tous des petits rituels, on met tous  
 235 un tablier, donc on a ce mouvement d'installation, on arrive on pose son sac, on pose sa veste,  
 236 on met tous un tablier, et après on va s'installer, on va aller chercher du matériel sur les étagères,  
 237 on retrouve ce qu'on avait laissé, on se mobilise dans un espace particulier pour aller chercher  
 238 le matériau, on prépare ses outils, toute l'installation tout ça, et puis après, et bien après on se  
 239 pose. Et bien là on se met en œuvre, et puis ensuite à la fin on range le matériel, donc là aussi  
 240 il y a ce mouvement qui se met en route pour tout le monde, on va laver ses outils à l'évier,  
 241 après on va mettre sur les étagères ce qui est en cours, ou si l'objet est fini et bien on le dépose  
 242 sur l'étagère parce qu'il va y avoir l'épisode cuisson, donc là de nouveau il y a du mouvement  
 243 dans l'atelier, et après on se repose pour le temps de parole.

244 **D'accord.**

245 Donc là c'est au niveau du cadre de fonctionnement, qui est différent de ce qu'on a abordé  
246 avant. Là effectivement il y a une mise en jeu corporelle de fait.

247 **Oui c'est ce que j'allais dire.**

248 Et donc quand il y a une personne qui n'est pas en capacité et tout et bien c'est beaucoup de  
249 holding, un maternage au sens ergothérapique, où vraiment il faut être au plus près de la per-  
250 sonne, et là le travail en groupe est plutôt gênant. Après c'est éventuellement des personnes que  
251 je peux ... et le temps, comment aussi tenir son esprit et son corps sur une certaine durée, moi  
252 j'ai euh... là c'est un atelier de deux heures, et donc quand il y a des sujets qui sont euh...  
253 délirants, enfin c'est-à-dire pour lesquels la prise, l'emprise de l'imaginaire est supérieure à la  
254 prise sur la réalité, ça peut être des temps d'un quart d'heure, de manière individuelle vous  
255 voyez, euh... voilà.

256 **D'accord.**

257 Et, là ça peut être que faire et défaire, l'objectif n'est pas obligatoirement d'aboutir à un objet.  
258 Vous voyez ça peut être simplement faire et défaire, ou, rien faire, voilà, après c'est vraiment  
259 euh... au plus près de ce qui est possible.

260 **D'accord. Comment vous parlez du déni avec vos patients ?**

261 Alors le déni, euh... je ne parle pas obligatoirement du déni, parce que il y a une médiation et  
262 puis les patients sont, bon euh... mais sur d'autres moments, moi j'aborde pas vraiment, parce  
263 que si vous voulez on est une équipe, il y a des patients à qui je demande s'ils ont bu, par  
264 exemple pour l'alcoolique, euh... il y en a à qui s'est arrivé, il y a des patients qui disent non  
265 j'ai pas bu, et bien si vous avez bu, vous sentez l'alcool, des choses comme ça, de façon un petit  
266 peu euh... réelle, mais on est dans une prise en charge d'équipe, donc les patients sont pris en  
267 charge par les infirmiers qui sont en amont, et euh... voilà. Ça m'est arrivé que des patients  
268 arrivent très alcoolisés, et je les adresse aux infirmiers. Je leur dis et bien non là ce n'est pas  
269 possible il faut aller voir l'infirmier, ou voir le médecin, voilà. Il y a si vous voulez, sans que  
270 ce soit cloisonné, il y a quand même des repères qui sont donnés aux patients, il y a des lieux  
271 un peu spécifiques autour du symptôme, voilà, moi je ne travaille pas obligatoirement autour  
272 du symptôme, après au niveau de l'atelier journal, plus. Mais là, c'est pas tellement les enjeux  
273 corporels, c'est euh... et bien écrire des articles, faire des témoignages, des choses comme ça,  
274 euh... voilà retracer son parcours, euh... voilà. Mais voilà, il y a des patients, par exemple sur  
275 l'atelier journal, j'ai un jeune là actuellement, là comme c'est en groupe, je ne suis pas frontale

276 sur un patient, mais je peux dire à la cantonade euh... moi j'ai du mal à supporter les gens qui  
 277 arrivent ici, euh... qui sentent l'alcool, des choses comme ça, alors euh... il y en a qui vont  
 278 prendre ça pour eux, et il y en a pour qui euh... par exemple pour une sortie thérapeutique, moi  
 279 je dis aux patients, vous arrivez non alcoolisés, sinon vous ne faites pas la sortie. Et donc ils  
 280 font l'effort. Mais vous savez l'alcoolisme euh... est une maladie chronique, et un usage chro-  
 281 nique aussi, et donc euh... des fois on peut avoir des patients dans le déni, des fois ils sont dans  
 282 la minimisation, des fois ils sont dans la dénégation, c'est-à-dire ils savent mais ils disent que  
 283 non. Celui qui est dans le déni, c'est celui qui boit un verre de bière et qui dit, mais non, j'ai  
 284 pas bu d'alcool moi. Le déni c'est quelque chose d'interne, de très ancré, c'est difficile, celui  
 285 qui est dans le déni, il ne vous entend pas. Donc on utilise des stratagèmes.

286 **Et du coup, est ce que vous pouvez favoriser, avec votre approche corporelle, est ce que**  
 287 **ça peut vous aider à lever le déni, ou travailler la conscience du trouble ou...**

288 Non.

289 **Non, d'accord.**

290 Bon certains qui ont des tremblements oui, vous voyez pour ceux qui ont des tremblements par  
 291 exemple, il y a ceux qui consomment, et puis le jour de l'hôpital de jour par exemple, ils ne  
 292 consomment pas, alors ils sont en manque. Et euh... et bien je leur propose de boire de l'eau.  
 293 Pour qu'ils ne fassent pas de délirium tremens, ou des choses comme ça.

294 **Mais euh... d'accord. Parce que en fait, est ce que le fait de faire de la poterie, au niveau**  
 295 **des sensations qu'ils vont du coup ressentir, du coup ça va les amener, enfin si je com-**  
 296 **prends bien, ça peut les amener à ressentir leur corps différemment, et est-ce que ça, ça**  
 297 **peut leur faire, et bien euh... est ce que ça peut leur faire prendre conscience de leur**  
 298 **maladie ou euh... ou de leur trouble euh... le fait de retrouver des sensations...**

299 Au niveau de la maladie, moi je suis très réservé, c'est pas le lieu spécifique pour vraiment  
 300 prendre conscience de la maladie, on est plutôt... c'est de l'ordre des ateliers à visée thérapeu-  
 301 tique, c'est-à-dire ce travail ils l'ont fait en amont, et après donc nous on est euh... voilà com-  
 302 ment permettre à ceux qui ont décidé d'être abstinents, voilà on parle aussi maintenant de con-  
 303 sommation maîtrisée avec d'autres médicaments qui soutiennent ça, c'est comment euh... con-  
 304 tinuer euh... à être vivant, euh... dans le chemin dans lequel on s'est engagé. Ça oui.

305 **D'accord.**

306 Etre vivant, et constructif. Euh... moi je me rappelle il y a une patiente chaque fois qu'elle avait  
307 bu la veille, elle n'arrivait rien à faire, et on passait la moitié de la séance à discuter sur cette  
308 impossibilité. Mais euh... il n'y a pas de miracle.

309 **Oui ?**

310 Et bien non il n'y a pas de miracle. Moi je peux vous dire que les étudiants qui pensent que  
311 l'ergothérapie va sauver le monde, euh... je crois qu'ils seront déçus.

312 **Et bien ça ne sera forcément pas l'ergothérapie toute seule ...**

313 Après peut-être plus dans le fonctionnel ou pour les personnes en situation de handicap, où là,  
314 l'ergothérapeute va vraiment amener des solutions très concrètes, pour soulager une situation  
315 de handicap. Dans le domaine de la santé mentale, c'est beaucoup plus flou, et moins repérable.  
316 Mais moi j'ai eu des patients avec lesquels j'ai travaillé pendant des années, qui viennent parfois  
317 me remercier, parce que je leur ai fait découvrir quelque chose, et qu'effectivement euh... par  
318 exemple une dame qui avait découvert le collage, euh... et qui m'a dit que chaque fois que je  
319 n'étais pas bien, je me mettais à faire un collage et après ça allait mieux. Il y en a qui se sont  
320 mis à écrire chez eux, vous voyez des choses comme ça. Donc effectivement ça c'est les effets  
321 changement que vous évoquez. Euh... statistiquement c'est peut-être 15% de la population que  
322 j'ai rencontré.

323 **Oui d'accord. Est-ce vous travaillez peut-être beaucoup en pluridisciplinaire ?**

324 Euh... de moins en moins mais oui j'ai beaucoup travaillé en pluridisciplinaire, mais euh... ça  
325 se perd.

326 **Ça se perd ?**

327 Oui. Ça se perd, vous verrez quand vous pratiquerez vous serez assez isolée.

328 **D'accord, ça donne envie...**

329 Et bien non, vous ferez votre chemin, je peux vous dire que j'ai reçu des tas d'étudiants que ce  
330 soit Paris ou un peu toute la France, parce qu'avant d'être en Dordogne j'étais à Paris, parlez-  
331 en à M., moi M. quand elle est arrivée, elle m'a dit qu'elle était intéressée pour travailler en  
332 santé mentale.

333 **Oui oui, moi aussi je pense que je vais aussi travailler en santé mentale plus tard, enfin on**  
 334 **nous dit souvent que c'est bien de travailler en pluridisciplinaire et que ça apporte beau-**  
 335 **coup, quand on peut le faire.**

336 Oui, et bien la dernière stagiaire que j'ai eu, je lui ai dit, il faut que tu ailles voir tous les inter-  
 337 venants, parce qu'on est une grosse équipe, on a une psychologue, une assistante sociale, une  
 338 éducatrice, une équipe infirmière et bien-sûr les médecins. Et un psychomotricien. Je lui ai dit,  
 339 va voir comment travaillent les autres collègues. Et bien il y a eu une fonction particulière où  
 340 elle n'a jamais pu avoir de rendez-vous, ni aucun, ni personne, sur les quatre professionnels  
 341 qu'elle voulait rencontrer. Et moi j'avais régulièrement des étudiants infirmiers qui venaient un  
 342 peu se renseigner sur les autres métiers, et bien maintenant je n'ai plus personnes. Chacun tra-  
 343 vaille dans son coin. C'est un constat que je déplore... après euh... j'ai de très bons contacts  
 344 avec l'infirmier de l'hôpital de jour, on travaille beaucoup en concertation, j'ai aussi une coa-  
 345 nimation avec une collègue psychologue, je fais aussi des ateliers d'écriture en coanimation, et  
 346 ça c'est pas mal. Euh... donc là ça demande justement de bien savoir notre spécificité, quand  
 347 on travaille en coanimation. D'avoir une bonne assise, euh... parce qu'en fin de compte, on est  
 348 maintenant dans un domaine hospitalier euh... par exemple moi mon poste va être supprimé, et  
 349 ils vont demander peut-être à une aide-soignante de venir faire l'atelier terre par exemple. Parce  
 350 qu'elle a fait cinq jours de stage chez une potière. Donc la pluridisciplinarité c'est important,  
 351 donc euh, on a des réunions hebdomadaires, un staff hebdomadaire, pendant lequel donc on se  
 352 centre sur le suivi du patient, son passé, son devenir.

353 **D'accord.**

354 Et puis voilà, ponctuellement des choses en coanimation.

355 **D'accord. Vous trouvez qu'il manque des ergos en addicto ?**

356 Alors donc je vais vous faire la réponse que vous avez déjà entendu, donc moi je suis seule, la  
 357 seule ergothérapeute sur deux services, service de cure et service de postcure, sur deux mi-  
 358 temps, et la fonction et le poste sont supprimés.

359 **D'accord.**

360 Voilà, c'est dommage parce que ça aurait pu vous intéresser ! (Rires)

361 **Oui c'est vrai ! pourquoi c'est supprimé alors ?**

362 C'est un très bon poste et je peux vous dire euh... moi je pars à la retraite et c'est ... voilà. Bon  
 363 et bien maintenant je pense à ma pomme mais même les patients, ils ont dit mais comment on  
 364 va faire sans vous et tout, et je dis et bien voilà vous faites une pétition euh... ou vous écrivez  
 365 euh... voilà. Alors il y a quelques collègues qui défendent le projet mais là bon il y a eu euh...  
 366 un chef de service qui ne soutient pas ça.

367 **D'accord. Parce que c'est vrai que j'ai eu une autre ergo au téléphone qui a fait un DU en**  
**368 **alcoologie aussi et qui me disais euh... c'est génial que vous fassiez un mémoire sur l'al-****  
**369 **coolodépendance euh... parce qu'on manque d'ergos, il n'y a pas assez d'ergos qui tra-****  
**370 **vailent dans ce domaine, et puis moi quand j'ai fait mes recherches sur internet c'est vrai****  
**371 **que je n'ai pas trouvé grand-chose, c'est pour ça que je voulais faire mon mémoire aussi****  
**372 **là-dessus mais ...****

373 Mon premier poste d'ergo, donc parce que moi j'ai fait mon école à Paris, donc mon premier  
 374 poste d'ergo c'était dans un centre d'alcoologie en région parisienne, au centre G., qui faisait  
 375 cure et post-cure, et là le psychiatre avait choisi de recruter des ergothérapeutes, donc j'étais la  
 376 deuxième, ils ont été jusqu'à sept ergos et je crois que maintenant ils ne sont plus que deux. Et  
 377 après ils ont pris des gens non diplômés sachant que ce n'est pas un métier qui, euh... où on se  
 378 fait beaucoup d'argent euh... ouais.

379 **Mais ça c'est dû à quoi ?**

380 C'est des choix. C'est des choix de direction euh... soit administrative, soit hospitalière, soit  
 381 médicale.

382 **Mais euh...**

383 Je vais vous donner un exemple, euh... au niveau des choix, j'ai une collègue ergo qui a démé-  
 384 nagé, et elle a cherché un autre poste plus près de là où elle avait déménagé sinon elle se tapait  
 385 une heure et demi de transport. Et donc quand elle est partie elle était sur le secteur psychiatrique  
 386 euh... pas addicto, mais psychiatrique pur, et son poste n'a pas été proposé au remplacement,  
 387 c'est-à-dire qu'ils n'ont pas supprimé comme moi ils vont supprimer mon poste, ça a été gelé,  
 388 ils l'ont mis en stand-by. Et puis un jour, le médecin a fait recruter un jeune homme, il est reparti  
 389 depuis, je ne l'ai pas connu, qui était musicien, il avait une pratique de musique, et c'était un  
 390 copain de sa fille. Et il l'a fait rentrer. Le gars il avait aucun diplôme. Comment je l'ai su après,  
 391 parce qu'au début, il l'avait mis sur le poste d'ergo mais bien-sûr comme il n'était pas ergo et  
 392 bien la direction des ressources humaines a dit non, après ils l'ont mis en poste d'animateur,

393 mais les animateurs ont dit mais attend il est pas animateur, donc on ne savait pas quel statut il  
 394 avait, donc c'est pour ça je vous dis, d'opportunité de décision euh... voilà, l'hôpital c'est pas  
 395 le pays des bisounours, et en rééducation c'est pareil. Et là on va vers le bas. Il faut savoir que  
 396 les aides-soignantes, elles font maintenant dix mois de formation, et si elles veulent animer un  
 397 atelier elles le font. On recentre vraiment comme ça. Les infirmiers de moins en moins parce  
 398 que maintenant il y a une charge administrative euh... très importante, avec effectivement beau-  
 399 coup de protocoles qualité, et maintenant l'infirmière devient à 50% administrative. Donc nous  
 400 on a encore la chance d'être au plus près du patient même si on est pas au niveau du quotidien,  
 401 moi je ne suis pas au niveau du quotidien. J'ai des collègues qui sont au niveau du quotidien  
 402 mais moi je ne suis pas au niveau du quotidien. Moi j'ai un espace repéré, spécifique, euh...  
 403 voilà.

404 **D'accord. Je n'ai plus de questions.**

405 Donc je suppose qu'à l'école, ou dans vos stages vous rencontrez ce genre de point de vue ?

406 **Euh votre point de vue ?**

407 Mon point de vue où les choses que nous échangeons, que vous l'avez croisé un petit peu euh...  
 408 A Marseille, euh... par là-bas !

409 **Sur le fait que l'ergothérapie n'est parfois pas très bien comprise ou...**

410 Et bien, sur le fait que ... que ... et bien ce qu'on a abordé, que parfois les moments de solitude  
 411 que peut croiser parfois l'ergothérapeute.

412 **Oui oui, mais surtout en psychiatrie en fait. Enfin personnellement, je l'ai surtout vu dans  
 413 ce domaine.**

414 Et oui, parce qu'il y a ce ... ce ... ce flou, autour euh... de la maladie mentale, qui est quelque  
 415 chose de très abstrait, un bras cassé c'est un bras cassé, une hémiplégie c'est une hémiplégie,  
 416 une schizophrénie... bon une schizophrénie c'est plus spécifique mais par exemple nous, où on  
 417 a cette maladie d'alcoolodépendance qui met en jeu des troubles d'ordre psychiatrique, d'ordre  
 418 psychologique, d'ordre psy...sociologique, et somatique, donc euh... ça fait beaucoup de  
 419 choses. Après c'est à l'ergothérapeute de ne pas traiter les problèmes sociaux, et de ne pas non  
 420 plus euh... même en faisant une mise en jeu corporelle, par exemple moi si j'ai un patient qui  
 421 est trop sédaté par exemple et bien je vais l'envoyer faire la sieste, je vais annuler l'atelier s'il  
 422 est sédaté qu'il est là à dormir sur la table je ne vais pas le garder en ... voilà, je le vois la

423 semaine d'après. Et je signale au médecin qu'il est sédaté et qu'il ne peut pas être actif. Que  
424 cette partie agir n'est pas possible.

425 **Oui.**

426 Vous avez fait des stages en psychiatrie ?

427 **Oui !**

428 Où ça ?

429 **A Marseille en hôpital de jour. Avec de la psychose surtout et donc l'ergo est arrivée sur**  
430 **une création de poste il y a deux ans, et elle a mis beaucoup de temps à faire ça place dans**  
431 **l'équipe et à proposer ses ateliers euh... avec un cadre, parce que les infirmiers avaient**  
432 **tendance à ... prendre tous les patients en même temps pour une activité, voilà il n'y avait**  
433 **pas de groupe en fait, donc du coup elle a eu énormément de mal à s'installer, mais ça y**  
434 **est ... d'ailleurs ils sont en train de créer plus de poste d'ergos euh... dans ce centre.**

435 Après moi voyez je suis à Périgueux, mais il y a le service de psychiatrie à Périgueux qui dépend  
436 de l'hôpital général, où effectivement elles sont trois ergos à temps plein. Donc une sur l'extra-  
437 hospitalier, une sur l'intra et l'autre sur le CATTP. Sur le sud-ouest il y a eu un gros mouvement  
438 d'apport théorique sur les ateliers d'expression, qui s'adressait aussi bien aux éducateurs,  
439 qu'aux infirmiers, et il y avait des formations pour obtenir un certificat d'aptitude aux fonctions  
440 d'animateur aux ateliers d'expression, et il y en a beaucoup qui l'ont fait. Maintenant ses gens-  
441 là sont partis à la retraite et tout ça, donc les jeunes infirmiers eux, et bien ils n'ont pas ce type  
442 de formation, mais je vous dis, là, ce qui s'avance beaucoup c'est l'aide-soignant, qui mainte-  
443 nant peut animer des ateliers thérapeutiques. Donc voilà moi je tombe sur les fesses avec tout  
444 ça. Bon moi j'arrête de travailler dans deux mois donc euh... (Rires) ça sera plus mon problème,  
445 mais je veux dire, les jeunes collègues auront aussi ça, peut-être à se confronter.

446

447 **Oui j'ai bien compris dans mon ancien stage qu'il fallait se battre pour défendre la pro-**  
448 **fession.**

449 Voilà, quand vous dites je suis passionnée par mon travail, pour moi c'est vraiment un atout,  
450 parce qu'il faut avoir un désir intérieur profond pour parfois ne pas se laisser submerger par  
451 euh... des questions d'ordre économique, euh... restrictions budgétaires de trucs comme ça.

452 Des fois faut se battre pour avoir du matériel euh... après ça dépend des lieux. Après voilà il ne  
453 faut pas hésiter à aller voir ailleurs. Je vais devoir vous laisser, c'est l'heure de l'atelier.

454 **D'accord, et bien merci pour toutes ces informations et bonne continuation !**

455 Avec plaisir, au revoir

## RESUME

Les personnes alcoolodépendantes présenteraient une unité somato-psychique altérée, qui donnerait un insight ou une conscience du trouble faible et qui les empêcherait de sortir de l'addiction. Cet insight serait pourtant essentiel pour favoriser une entrée dans un processus de changement. Nous pouvons donc nous demander en quoi être des approches corporelles en ergothérapie pourraient favoriser l'entrée dans un processus de changement chez les personnes alcoolodépendantes. Les entretiens réalisés avec les ergothérapeutes interrogés auraient tendance à démontrer que les approches corporelles permettraient à la personne de reprendre conscience d'elle-même et donc de favoriser la conscience du trouble. Cette conscience du trouble ou insight, permettrait à la personne de s'inscrire dans un processus de changement en réinvestissant l'agir déjà présent dans un agir positif et revalorisant, par des sensations positives. Toutefois, il est important de noter que ces approches n'auraient un effet positif que si les ressentis sont verbalisés par la personne et accompagnés par l'ergothérapeute.

### Mots clés

Alcoolodépendance, Unité somato-psychique, Insight, Processus de changement,  
Ergothérapie

## SUMMARY

Individuals dealing with their own alcohol abuse appear to present a distorted somatic-psychological self-unity and a poor Insight related to alcohol problems, hindering them to break free from the addiction. We can ask how body-oriented approaches in occupational therapy with alcoholic people would enable a change process. Interviews conducted with occupational therapists seem to demonstrate that body approaches would allow to become aware of oneself, and to enable a consciousness of the disorder. A better Insight would permit to the person to begin a change process with enhancing actions and sensations of pleasure. However, it is important to notice that body approaches would have a positive impact only if feelings are verbalized by the person and supported by the occupational therapist.

### Key words

Alcohol abuse, Somatic-psychological unit, Insight, Change process, Occupational therapy