



Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut Public Varois des Professions de Santé  
Siège administratif : 32 avenue Becquerel, ZI Toulon Est - 83130 LA GARDE



JACQUILLET Julia

# **L'intérêt de l'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins en Ergothérapie :** Piste de réflexion autour du jeune adulte addictive.

Juin 2020

Ergothérapie - Promotion 2017 – 2020

Référent professionnel : Mme Tinon Elisa

Référent pédagogique : Mme Tortora Leïla



## *Remerciements*

*Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée durant ces trois années de suivi, également dans l'élaboration de ce travail de fin d'année.*

*Tout d'abord, je remercie Tortora Leïla, ma référente pédagogique de m'avoir soutenue, orientée et conseillée dans mes recherches et mes réflexions ainsi que pour ces trois années de suivi.*

*Je tiens à remercier également, Tinon Elisa, ma référente professionnelle, pour l'accompagnement, les conseils et le temps consacré à mon travail de recherche.*

*Je remercie les étudiantes de mon groupe mémoire, qui m'ont aidée dans mes réflexions et soutenue tout au long de ce mémoire.*

*Je tiens à remercier Aujean Elise, pour son soutien sans faille durant ces trois années. Merci pour ta disponibilité, tes conseils et surtout tes nombreuses relectures.*

*Je remercie également Pinque Armand pour l'aide que tu m'as apportée pour les corrections durant ces années.*

*Un grand merci à toutes mes amies de la promotion « 17-20 ». Une mention spéciale à « Mes copine du Sud » : Eloïse et Evane ainsi qu'à, Marie et Alice sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi belles.*

*Pour finir, je remercie mes parents, ma sœur Léonie, Jordan et mes amis qui même de très loin m'ont soutenue et encouragée tout au long de la formation.*



## Sommaire

|   |    |
|---|----|
| 1. Introduction.....  | 1  |
| 2. Problématique pratique .....   | 2  |
| 2.1. L'addiction.....   | 2  |
| 2.1.1. Définition de l'addiction .....  | 2  |
| 2.1.2. L'addiction aux substances psychoactives .....                               | 3  |
| 2.1.3. Les jeunes consommateurs dès l'adolescence : période de vulnérabilité.....   | 4  |
| 2.1.4. Traitements de l'addiction.....  | 6  |
| 2.2. L'addiction aux substances psychoactives et ses conséquences au quotidien..... | 7  |
| 2.2.1. Facteurs favorisant la survenue d'une addiction .....                        | 7  |
| 2.2.2. Addiction et occupation chez les jeunes consommateurs .....                  | 8  |
| 2.2.3. Le déficit occupationnel chez les jeunes adultes addictes.....               | 9  |
| 2.3. L'ergothérapeute en addictologie .....   | 10 |
| 2.3.1. Définition de l'ergothérapie .....   | 10 |
| 2.3.2. L'ergothérapie et le déficit occupationnel.....                              | 10 |
| 2.3.3. Le processus d'intervention en ergothérapie.....                             | 11 |
| 2.3.4. L'évaluation initiale en ergothérapie : une étape clé.....                   | 12 |
| 3. Synthèse de la problématique pratique .....                                      | 13 |
| 4. Exploration et cadre théorique .....   | 14 |
| 4.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine .....  | 14 |
| 4.1.1. Présentation du modèle conceptuel .....                                      | 14 |
| 4.1.2. Les composantes du MOH .....   | 15 |
| 4.1.3. Le MOH et l'addiction aux substances psychoactives.....                      | 17 |
| 4.1.4. La volition et l'addiction aux substances psychoactives.....                 | 18 |
| 4.2. L'évaluation initiale en ergothérapie .....                                    | 19 |
| 4.2.1. L'évaluation initiale : une étape décisive.....                              | 19 |
| 4.2.2. Les composantes de l'auto-évaluation .....                                   | 20 |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 4.2.3.   | L'auto-évaluation en addictologie : une démarche de l'ergothérapeute .....  | 21 |
| 4.2.4.   | Un outil d'auto-évaluation : l'ELADEB .....                                 | 22 |
| 5.       | Synthèse de la partie théorique .....                                       | 23 |
| 6.       | Formulation de l'hypothèse .....  | 24 |
| 7.       | Prévision d'un dispositif de recherche .....                                | 24 |
| 7.1.     | Population mère, échantillon et technique d'échantillonnage .....           | 24 |
| 7.1.1.   | Choix de la population mère et de l'échantillon .....                       | 24 |
| 7.1.2.   | Choix et argumentation de la technique d'échantillonnage .....              | 25 |
| 7.1.2.1. | L'échantillon « boule de neige » .....                                      | 25 |
| 7.1.2.2. | L'échantillon de volontaires .....  | 26 |
| 7.2.     | Choix et argumentation de la méthode et de l'outil.....                     | 26 |
| 7.2.1.   | Choix de la méthode.....  | 26 |
| 7.2.2.   | Choix de l'outil de recueil de données .....                                | 27 |
| 7.3.     | L'entretien .....   | 27 |
| 7.3.1.   | Construction des matrices théoriques.....                                   | 27 |
| 7.3.2.   | Construction et particularité de l'entretien.....                           | 28 |
| 7.3.3.   | Explication des questions d'entretien.....                                  | 28 |
| 7.4.     | Le dispositif de recherche.....   | 29 |
| 7.4.1.   | Validation de l'outil .....   | 29 |
| 7.4.2.   | Contexte, consignes et matériel requis.....                                 | 29 |
| 7.4.3.   | Présentation de la méthode de catégorisation et de codage des données ..... | 30 |
| 7.4.4.   | Présentation de l'analyse des résultats .....                               | 31 |
| 8.       | Discussion .....  | 32 |
| 8.1.     | Analyse du travail de recherche.....  | 32 |
| 8.1.1.   | Prévision de la réponse à la question de recherche .....                    | 32 |
| 8.1.2.   | Analyse des biais méthodologiques .....                                     | 33 |
| 8.2.     | Transférabilité dans le métier d'ergothérapeute .....                       | 34 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 8.2.1. | Perspectives et débouchées .....                                    | 34 |
| 8.2.2. | Éléments transférables à notre future pratique professionnelle..... | 34 |
| 8.2.3. | Point de vue éthique du travail de recherche.....                   | 34 |
| 9.     | Conclusion .....  | 35 |
| 10.    | Bibliographie.....  | 36 |
| 11.    | Annexes .....   | 43 |

## 1. Introduction

L'addiction est un véritable enjeu de santé publique car les consommations addictives sont responsables en France « de plus de 100 000 décès évitables par accident et par maladies, dont près de 40 000 par cancers » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Des plans nationaux et internationaux sont instaurés pour endiguer ce phénomène sociétal. La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILD&CA, 2019), sous l'autorité du Premier ministre, anime et coordonne l'action du gouvernement en matière de lutte contre les conduites addictives. De plus, cette Mission élabore une stratégie gouvernementale concernant la prévention, la santé, l'insertion, l'application de la loi et la coopération internationale.

Concernant les substances psychoactives, nous pouvons prendre l'exemple du tabac. En effet, le tabagisme passif est la première cause de mortalité évitable en France avec 7 millions de décès prématurés des consommateurs (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Les politiques actuelles favorisent d'ailleurs l'arrêt de cette consommation. Les différentes actions gouvernementales s'orientent également sur la consommation d'alcool, qui est l'une des premières consommations. Celle-ci semble être banalisée autant du côté des jeunes que des parents, notamment car les premières consommations sont familiales (Scroccaro, 2017). En effet, l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (2014), montre que 91% des adolescents consomment de l'alcool. Parmi ce nombre, 58% consomment pour la première fois dès l'âge de 11ans. Quant à la consommation de cannabis, c'est la première substance psychoactive illicite consommée. En effet, plus d'un tiers des jeunes de moins de 17 ans l'ont déjà expérimenté. Aussi, plus de 25 % des 18-25 ans déclarent un usage au cours de l'année (MILD&CA, 2019). Les actions gouvernementales ont pour but d'informer le grand public des effets des différentes substances psychoactives surtout chez les jeunes, mais aussi de créer et de promouvoir les différentes structures de prises en soins.

Le champ d'intervention de l'ergothérapeute est vaste puisqu'il se doit d'avoir une vision holistique de la personne. Cela prend en compte de multiples interactions et notamment la sphère psychique des personnes : c'est le point primordial pour accompagner des jeunes consommateurs. C'est donc l'objet de notre thématique Ce qui motive nos recherches, c'est le caractère peu développé et peu étudié dans notre parcours en ergothérapie. Nos premières recherches nous permettent de nous questionner sur l'accompagnement en ergothérapie des jeunes adultes addictes et sur leurs occupations. En effet, nous savons que l'addiction représente une occupation délétère pour la santé. Un des questionnements émerge : qu'en est-il des

occupations du jeune après un arrêt de la consommation ? La littérature nous indique que ces jeunes adultes consommateurs ont des difficultés pour retrouver des occupations saines ou qui leur procurent du plaisir après un arrêt de la consommation. Grâce à une vision holistique de la personne et une pratique fondée sur l'occupation humaine, la prise en soin en ergothérapie est réalisée au plus proche des besoins, des forces et des ressources de la personne. De ce fait, nous nous questionnons et nous nous centrons sur la première étape du processus d'intervention en ergothérapie : l'évaluation initiale. Nous mettons en lien cette étape avec un modèle conceptuel : Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Afin de schématiser notre cheminement, nous réalisons une carte conceptuelle (Cf annexe 1-A).

Dans le but de répondre à ce questionnement nous suivons une démarche hypothéico-déductive en construisant une hypothèse. Afin de la vérifier, nous présentons le cadre expérimental souhaité et le design méthodologique. Cela permet d'expliquer nos méthodes de sélection des participants et d'analyse des données récoltées

## 2. Problématique pratique

La phase exploratoire est aussi appelée la phase pratique, permet d'approfondir notre question de départ. Celle-ci étant : « Qu'elle est la pratique en ergothérapie dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction ? ». Grâce aux données scientifiques que nous offre la littérature, nous présentons les données sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour définir l'ergothérapie et l'addiction chez les jeunes. Nous confrontons également nos recherches à la pratique en ergothérapie grâce à différents entretiens auprès d'ergothérapeutes exerçant sur le terrain pour appuyer ou réfuter certaines données.

### 2.1. L'addiction

Dans cette première partie, nous définissons l'addiction qui est le point de départ de notre travail d'initiation à la recherche. Puis, nous nous centrons sur une forme d'addiction. Par la suite, nous évoquons les traitements possibles liés à l'addiction.

#### 2.1.1. Définition de l'addiction

L'INSERM (2014), indique que « les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences délétères » sur la vie psychique, comportementale, sociale, scolaire et professionnelle. Il y a un lien avec des « facteurs de vulnérabilités individuels, sociétaux et environnementaux ». De plus, la période la plus propice à l'émergence d'une addiction est l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte, notamment de 15 à 24 ans. Cette période de prédisposition entraîne « un risque accru

d'apparition d'une addiction par la suite ». L'étude de notre sujet s'oriente donc sur l'addiction des jeunes. Il existe différentes formes d'addiction : l'addiction aux substances psychoactives (drogues licites et illicites) et les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu vidéo, argent, hyperactivité sexuelle, professionnelle) (INSERM, 2014). Ce même Institut National indique que l'addiction ou la dépendance repose sur des critères précis qui sont définis et instaurés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel, le « *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM V)* ». Il semble toutefois essentiel de différencier les deux concepts suivants : addiction et dépendance qui peuvent parfois être présentés comme des synonymes dans les écrits scientifiques. Battaglia et Gierski (2014), expliquent que la dépendance induit des conséquences neurocognitives tandis que l'addiction est un processus plus large dit biopsychosocial, qui induit des conséquences sur la personne, mais aussi sur son environnement et ses activités. En effet, l'INSERM (2014), affirme que « des stimuli associés de manière répétée à la consommation de drogue (conditionnement), comme un lieu ou un moment de la journée, peuvent à terme activer la libération de dopamine avant même la prise de drogue ». C'est ainsi qu'une dépendance psychique peut se créer. Nous nous centrons donc dans notre travail sur ce processus d'addiction qui se rapproche ainsi de l'intervention holistique des ergothérapeutes. Dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2015), onze critères permettent de diagnostiquer une addiction. C'est le nombre de ces critères qui détermine l'intensité de l'addiction : faible, modérée ou sévère. Une addiction est dite sévère si, six critères sur onze sont retrouvés. Parmi les critères, nous retrouvons : « la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur les activités scolaires ou professionnelles », ou encore « la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre ». Selon un des critères de l'addiction, cette dernière impacte la majorité des activités de vie quotidienne de la personne. Ce manuel évoque également la notion de « craving » qui est une « envie impérieuse de la substance qui correspond à un fort désir ou un besoin pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment ». Ce désir est impliqué dans le conditionnement classique et est associé à un processus de récompense (American Psychiatric Association, 2015). Les experts du DSM V ne considèrent comme réelles addictions que les addictions aux substances et aux jeux d'argent car des études scientifiques probantes sont établies. C'est pourquoi nous orientons notre sujet sur l'addiction aux substances psychoactives des jeunes consommateurs.

### 2.1.2. L'addiction aux substances psychoactives

L'addiction aux substances psychoactives est définie comme « une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche de l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives » (National Institute on Drug Abuse, 2018). Cette maladie est invalidante par le caractère incontrôlé qu'elle provoque. Les substances psychoactives regroupent des drogues illicites (cannabis, opioïdes, hallucinogènes, cocaïne) mais aussi des drogues licites (tabac, alcool, anxiolytiques). Elles sont définies comme étant des substances qui une fois « ingérées ou administrées altèrent les processus mentaux comme les fonctions cognitives ou l'affect » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2020). Parmi ces substances, les plus consommées sont : le tabac, le cannabis et l'alcool. La consommation de ces substances isolées ou associées génère des conséquences à la fois neurologiques, physiques, sociales et psychologiques. Par exemple, la consommation chronique d'alcool chez le jeune entraîne des atteintes au niveau cérébral avec une atteinte des lobes frontaux et de la mémoire de travail, verbale et auditive. Il y a également des atteintes morphologiques et fonctionnelles et un risque de mise en danger (INSERM, 2014). En effet, les risques à court terme en lien avec la consommation d'alcool sont la violence (auteur ou victime), des rapports sexuels non désirés et des accidents de la route (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 2020).

Concernant le tabac, la première conséquence de cette consommation est le cancer et l'apparition de maladies cardio-vasculaires (Santé publique France, 2019).

Pour ce qui est de la consommation de cannabis, une atteinte cérébrale est également présente. Celle-ci peut empêcher les neurones de se développer et moduler les neurotransmetteurs. Aussi, cela peut provoquer le développement de troubles cognitifs avec un déficit de l'attention, du temps de réaction, de la mémoire de travail et des troubles de la coordination (INSERM, 2014). Finalement, cette consommation de substances psychoactives dès l'adolescence est invasive et induit des conséquences néfastes massives sur la santé humaine de la personne. Ces informations relatent également une influence négative sur la vie quotidienne, la réalisation sociale et sur le plus long terme sur la vie professionnelle de la personne.

Nous nous concentrons dans ce travail de recherche sur l'addiction aux substances psychoactives, mais nous ne nous orientons pas sur une substance en particulier. En effet, nous remarquons qu'il y a sensiblement des similitudes dans leurs effets sur la vie quotidienne et l'impact neurocognitif des jeunes adultes.

### 2.1.3. Les jeunes consommateurs dès l'adolescence : période de vulnérabilité

La période d'adolescence est définie selon trois étapes : la préadolescence (9-12 ans), l'adolescence (12-18 ans) et la post-adolescence / jeune adulte (18-23 ans) (Vroman, 2010). C'est une période de croissance au niveau physique, neurologique et psychique. Également, une période de transition où apparaissent les premiers signes de puberté avec les changements physiques, cognitifs, affectifs, aussi un changement de l'image du corps et le changement occupationnel. Selon Blair (2000), la transition est « une rupture ou une discontinuité qui exige des modifications des routines, des habitudes, donc qui modifie la nature occupationnelle ». En effet, les occupations durant cette transition peuvent être changées, acquises ou éliminées sous l'influence de l'environnement (physique, social et culturel). C'est aussi la période qui prépare l'arrivée de l'âge adulte. Ce moment anticipe l'indépendance sociale et économique ainsi que le développement de l'identité, avec l'acquisition des compétences nécessaires pour que l'adolescent puisse remplir les rôles qu'il entreprend lors de son entrée dans l'âge adulte (OMS, 2020).

Cette période, selon l'INSERM (2014), est sensible quant aux consommations de substances psychoactives. Pour rappel, c'est le moment le plus favorable pour qu'une addiction s'installe dans le futur. D'après le rapport de Santé Publique France en 2019 et en partenariat avec l'OFDT, les trois drogues les plus consommées chez les jeunes sont : l'alcool, le tabac et le cannabis. En effet Couteron, Beck, Bonnet et Obradovic (2015) citent l'OFDT (2013), et affirme qu'à la fin de l'adolescence, près de neuf adolescents sur dix ont déjà bu de l'alcool, plus de sept sur dix affirment avoir fumé une cigarette et un peu plus de quatre sur dix ont déjà consommé du cannabis.

Chez les jeunes, il y a une catégorisation de consommation c'est-à-dire que selon OFDT (2019) cité par Santé Publique France (2019), et Scroccaro (2017), il y a différentes manières de consommer. Les consommations conviviales sont le début des premières consommations avec recherche d'effets euphorisants. Elles se pratiquent en groupe et le plus souvent en fin de semaine. Le cursus scolaire est maintenu ainsi que toutes les occupations. Puis, la consommation avec un effet anxiolytique, est une consommation plus solitaire et les premiers signes de relâchement scolaire sont constatés. La personne commence à s'éloigner de ses occupations. En dernier, il y a les consommations toxicomaniaques avec un effet anesthésie-défonce. C'est une consommation régulière, quotidienne et solitaire, parfois en groupe. La personne est exclue de sa scolarité et de la socialisation avec des échecs répétés.

La consommation de substance psychoactive de l'adolescence jusqu'à l'entrée en âge adulte entraîne des difficultés sur le long terme. Scroccaro (2017), explique que l'usage de drogues durant la transition vers l'âge adulte permet de mieux la vivre. C'est un moyen d'aider le

passage, de remplacer une dépendance par une autre. Valeur (2006), cité par Scroccaro, (2017) affirme que ce qui est difficile pour la personne c'est de ne plus être un enfant, de vouloir se séparer de ses parents petit à petit mais en fuyant les obligations de l'adulte. Cela peut être le moment où la personne commence à consommer des substances psychoactives ou maintient sa consommation.

La période d'adolescence se distingue de l'entrée à l'âge adulte par différentes composantes. En effet, les adolescents ne sont pas « entièrement capables de comprendre les concepts complexes, ou les relations entre un comportement et ses conséquences » (OMS, 2020). C'est ce qui distingue une consommation excessive de substance psychoactive d'un adolescent d'une addiction chez un adulte. La personne adulte a une prise de pouvoir concernant ses décisions importantes surtout en matière de santé et des comportements qu'ils réalisent. Il y a donc une prise de conscience des effets néfastes sur la santé concernant l'addiction. La consommation est une occupation qui est signifiante pour les personnes, malgré les impacts négatifs sur la santé. Il est important pour l'ergothérapeute de comprendre quels sont les effets qu'en tire chaque personne. Ces périodes sont donc associées à une période de vulnérabilité car nous notons une influence de l'environnement sur les jeunes.

Dans ce travail de recherche, nous nous centrons sur l'addiction aux substances psychoactives chez le jeune adulte soit à partir de 18 ans (18-23 ans), période durant laquelle la personne a sa capacité réflexive sur une situation ou un comportement, ici l'addiction. Cela permet alors à l'ergothérapeute un accompagnement pertinent et une analyse réflexive.

#### 2.1.4. Traitements de l'addiction

Ce qui est souligné, c'est que l'accompagnement des personnes ayant des comportements addictifs nécessite une démarche globale prenant en compte l'ensemble de la situation clinique car les problématiques sont rarement isolées (Hulvershorn, Quinn & Scott, 2015, cité par Jeanne, Purper-Ouakil, Rigole & Franc, 2017). D'après nos recherches sur les structures d'accueil nous recensons neuf structures qui accompagnent des jeunes addictes et quatre d'entre eux sont pourvues d'ergothérapeutes (cf Annexe 2).

Dans ces structures de prises en soins, les traitements concernant l'addiction sont au premier plan et sont par ailleurs effectifs sur le long terme. En effet, l'objectif est tel, que la personne arrête sa consommation de substance psychoactive et surtout le maintienne dans la durée. D'après deux médecins psychiatres – addictologues, il faut aller au-delà de la phase de sevrage pour proposer un accompagnement pertinent, durable incluant un changement progressif (Fatseas & Auriacombe, 2009). En effet, ils ajoutent qu'une fois l'arrêt de la substance

psychoactive l'accompagnement a pour but la réappropriation dans les domaines psychiques, physiques, relationnels et sociaux. Pour cela, ils préconisent dès le début une évaluation médicale, psychopathologique et sociale de la situation de la personne. Aussi, un accompagnement sur le plan pharmacologique est nécessaire afin d'apaiser le craving (Fatséas & Auriacombe, 2009). La personne peut également bénéficier de traitement de remplacement qui permet la réduction des risques liés à l'usage, mais cela ne constitue pas à un arrêt de la substance donc la personne ne change pas de comportement. Il est nécessaire que le traitement soit très encadré pour une constatation des bénéfices. Quel que soit le lieu d'accompagnement des personnes addictes, il doit y avoir une dynamique médico-psycho-sociale (Fatséas & Auriacombe, 2009). En effet, les personnes souffrant d'addiction ont des difficultés dans différents domaines, dont chaque intervenant est le plus qualifié pour y répondre. Au-delà d'un traitement médicamenteux, une psychothérapie est indispensable à la personne pour comprendre les comportements addictifs. Pour maintenir l'abstinence, la personne a besoin de moyens stratégiques, compensatoires ou de réhabilitation (INSERM, 2014). L'accompagnement des personnes souffrant d'addiction, sous-entend que la personne souhaite changer de comportement, elle rentre donc dans un processus de changement (cf Annexe 3).

## 2.2. L'addiction aux substances psychoactives et ses conséquences au quotidien

Nos recherches scientifiques permettent de mettre en lumière les conséquences médicales, comportementales et sociales importantes liées à l'addiction aux substances psychoactives. Nous déterminons dans cette partie les facteurs favorisant la survenue d'une addiction. Puis, nous faisons un lien avec la place de l'occupation chez une personne addictive. Enfin, nous expliquons la difficulté occupationnelle des jeunes adultes consommateurs.

### 2.2.1. Facteurs favorisant la survenue d'une addiction

Les facteurs de risques selon l'OMS (2020), est une « caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme ». Chaque personne a des prédispositions individuelles et environnementales qui favorisent ou augmentent le risque d'une consommation. Selon l'INSERM (2014), il y a six catégories de facteurs de risque.

Le premier facteur est psychologique. Les « conduites addictives à l'adolescence incluent le défaut d'assertivité, la mauvaise estime de soi et le manque de confiance en soi, l'impulsivité, la recherche de nouveauté et de sensations... ». Ce sont des caractéristiques de caractères qui

peuvent influencer la consommation de substances psychoactives. Le deuxième est le facteur socio-économique. Le milieu dans lequel la personne évolue influence sa consommation. Le troisième est lié à l'environnement familial et la transmission intergénérationnelle des conduites addictives. En fonction du climat familial, l'usage de substances psychoactives peut-être induit. En effet, les parents qui consomment des substances psychoactives favorisent la consommation de leur(s) enfant(s). C'est « l'initiation ». La transmission intergénérationnelle est plus forte lorsque le jeune a des difficultés de comportement et/ou lorsque la famille rencontre des difficultés socio-économiques. Le quatrième facteur est le cercle amical. Le groupe de pairs dans lequel évolue la personne à un impact sur sa consommation car « l'influence des parents sur les consommations décroît alors que celle des pairs augmentent » (Jeanne *et al.*, 2017). En effet, l'adolescent recherche au sein de son réseau social, la présence de pairs consommateurs. Les relations sont alors établies autour du produit et cela ancre la consommation sur le long terme (Wills & Vaughan, 1989 cités par Bellon-Champel & Varescon, 2017). Le cinquième facteur est celui du marketing et de la communication publicitaire, phénomènes qui influencent voire banalisent la consommation chez le jeune d'après Kim, *et al.*, (2013) cités par Jeanne *et al.*, (2017) C'est pourquoi les politiques nationales tendent à faire disparaître ce phénomène d'influence. Le sixième et dernier facteur de risque est la sensibilité des jeunes aux effets de l'alcool, du cannabis et autres substances psychoactives. En fonction de la personne, les effets sont plus ou moins supportés. Si l'expérience est positive, cela influence l'évolution de sa consommation ce qui « favorise des consommations régulières, puis, potentiellement la survenue d'une dépendance » (INSERM, 2014). Par ailleurs, la compréhension de ces facteurs de risques, permet « l'élaboration de projets de prévention mais aussi de soins, incluant davantage la famille lors de prise en charge psychoéducative ou psychothérapeutique » (INSERM, 2014).

Les facteurs favorisant l'addiction aux substances psychoactives sont donc liés à l'individu et son environnement. Cela ayant ainsi une influence directe sur son quotidien et l'ensemble de ses occupations. Il semble donc nécessaire de prévenir cette consommation par une prise en soins précoce incluant l'environnement de la personne : son entourage et sa famille.

### 2.2.2. Addiction et occupation chez les jeunes consommateurs

Concernant la consommation de substances psychoactives, l'OFDT (2020), affirme que leurs consommations ont des effets dits immédiats sur la perception, l'humeur et le comportement. Ces effets sont variables selon la substance et la quantité consommée. De plus, une consommation régulière entraîne des conséquences néfastes sur les occupations, les relations,

la vie personnelle et la santé. Concernant les jeunes consommateurs, nous notons un impact prédominant sur la scolarité et l'apprentissage. En effet, l'INSERM (2014), indique que les résultats scolaires sont en baisse et cela influence à plus long terme la poursuite des études, la recherche d'un emploi et a des conséquences sur le niveau de revenu. Cela augmente donc le taux de chômage et le recours aux systèmes d'aides sociales. En effet, la MILD&CA (2015), explique que parmi les jeunes adultes qui consomment, la part de chômeurs et inactifs est en hausse ce qui démontre une baisse réelle de productivité chez ces personnes.

Ce paragraphe met en lumière les différentes conséquences liées à l'addiction aux substances psychoactives : le versant psychologique, comportemental, cognitif, les relations sociales et l'ensemble des occupations notamment le suivi scolaire et l'avenir professionnel. Plus généralement, ces addictions altèrent la santé humaine des jeunes dépendants.

### 2.2.3. Le déficit occupationnel chez les jeunes adultes addictes

En plus des éléments précédents, nous réalisons une enquête de terrain auprès de deux ergothérapeutes. Nous questionnons ces professionnels exerçant auprès de la population des jeunes adultes addictes, dans le but de connaître la problématique de ces personnes. Cela permet également de connaître les spécificités de l'ergothérapie auprès de cette population. La grille d'entretien nous permet de suivre notre cheminement (cf Annexe 4). La problématique que les ergothérapeutes relèvent (cf Annexe 5) comme étant principale est le déficit de l'équilibre occupationnel des jeunes personnes addictes. En effet, ils nous expliquent que toutes leurs occupations sont centrées sur une seule thématique : la consommation. Toutes les sphères dans lesquelles la personne a une routine sont détournées au profit de l'addiction. C'est ce qui est également retrouvé dans la littérature. Wasmuth, Pritchard et Kaneshiro (2016), définissent le déficit occupationnel par « un manque de participation à des occupations, qui peut exclure la motivation et les opportunités d'interactions sociales, de jouissance, de structure temporelle et une identité de soi positive avec les rôles, les habitudes et les routines correspondantes. ». L'auteur évoque que la dépendance prend une place importante pour les personnes sur d'autres participation à des occupations. Vignola-Mir, Desrosiers et Morin (2017), ajoutent que la personne va dédier une majorité de son temps à cette consommation. Ces auteures évoquent un point important qui est : consommer est une activité signifiante qui engendre des rituels ainsi que des routines. Ces occupations sont définies par Twinley en 2013 comme des « dark occupation ». Ce sont des occupations dites illégales ou criminelles qui influencent de manière négative la santé mais qui à l'inverse peuvent induire un sentiment de bien-être chez la personne. Elles favorisent le déficit occupationnel des personnes. Nous pouvons ainsi faire le

lien avec les missions de l'ergothérapeute pour accompagner des jeunes adultes présentant une addiction aux substances psychoactive et ce déséquilibre entre les occupations.

### 2.3. L'ergothérapeute en addictologie

Nous explorons désormais les missions de l'ergothérapeute en addictologie et plus particulièrement auprès des jeunes adultes ayant une addiction aux substances psychoactives.

#### 2.3.1. Définition de l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (l'ANFE) (2019), « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». L'ergothérapeute a pour objectif principal de maintenir, restaurer l'autonomie des personnes dans toutes les activités de vie quotidienne, de loisirs et de productivité. La particularité de cette profession est de s'orienter sur les occupations de la personne (Wasmuth *et al.*, 2016), dans un but de réadaptation, rééducation et/ou de réinsertion. L'occupation est définie par Meyer, (2013) comme étant « tout ce que les gens font, d'ordinaire ou d'extraordinaire, dans leur vie de tous les jours depuis leur naissance jusqu'à leur mort. Elles sont ainsi indénombrables et variables ; elles caractérisent l'être humain ». Elle explique également que l'occupation à une dimension temporelle, environnementale (physique ou sociale). L'occupation est réalisée dans un but qui peut être conscient ou non. Elle permet le développement des habiletés, des connaissances et des compétences. Les occupations sont basées dans trois catégories : soins personnels, productivité et loisirs (Meyer, 2013). Le terme signifiant si souvent utilisé dans notre écrit est défini par Trombly en 1995 cité par Meyer (2013). Il correspond à l'intérêt, l'importance, un sens et avoir un but pour que la personne puisse s'engager dans une occupation. Ce sens dépend de la culture et du contexte (Meyer, 2013). Comme toute profession, l'ergothérapie a une discipline sur laquelle se baser : il s'agit de la science de l'occupation. Dans ce nouvel air, il y a un besoin de se centrer sur l'occupation et non plus sur la pathologie (Pierce, 2016). Il s'agit donc de se centrer sur les occupations des jeunes consommateurs présentant une addiction.

#### 2.3.2. L'ergothérapie et le déficit occupationnel

Les ergothérapeutes sont des professionnels de l'occupation. Il est donc capital qu'ils prennent en compte l'ampleur du déficit occupationnel. Les ergothérapeutes analysent toutes les occupations de la personne afin de les accompagner vers le changement. Ils accompagnent les personnes addictes dans leur quotidien pour les aider vers de nouveaux comportements, et vers une routine plus saine. Lorsque les personnes sont accueillies en ergothérapie, elles sont dans une démarche d'arrêt de consommation ou alors en arrêt total. Lors de cet arrêt de la

consommation, Vignola-Mir *et al.*, (2017) évoquent que les personnes ressentent un « vide occupationnel », qui est dans l'article défini par « un manque d'occupations significatives ». Lorsque l'occupation principale est arrêtée, les personnes ont du mal à définir une occupation intéressante et non délétère pour la santé. La force de l'ergothérapie c'est de baser son identité sur les occupations et les activités de chaque individu. Avec différents médias, l'ergothérapeute peut aider la personne à s'accomplir et trouver du plaisir de façon saine lors d'épisode de manque par exemple, dans un premier temps. Puis parallèlement, s'appuyer sur les occupations de la personne pour que les personnes tendent vers un nouvel équilibre occupationnel. Ce terme étant pour différents auteurs la base de l'ergothérapie (Anaby, Backman & Jarus, 2010 ; Wagman, Håkansson & Jonsson, 2015 ; Dür *et al.*, 2015). L'équilibre occupationnel a une dimension temporelle, subjective et individuelle (Wagman *et al.*, 2015). C'est une perception de la personne sur son équilibre entre les occupations, cela inclut également la notion de satisfaction (Martins, 2015). De plus Rogers, en 1983 cité par Townsend & Polatajko (2013) considère qu'il y a trois domaines d'occupation : soins personnels, loisirs et repas, qui sont essentiels pour une vie saine. Il est même ajoutée l'importance de l'ergothérapie dans ces domaines. Selon l'étude menée par Dür *et al.*, (2015), l'équilibre occupationnel est reconnu comme un déterminant de la santé, il est prouvé que les personnes ayant un bon équilibre occupationnel ont une meilleure perception de leur santé. L'apport de l'ergothérapeute auprès de cette population est d'autant plus important que Wasmuth *et al.*, (2016), évoquent que le suivi en ergothérapie permettrait à long terme, un arrêt de la consommation.

### 2.3.3. Le processus d'intervention en ergothérapie

Le processus d'intervention en ergothérapie est divisé en quatre étapes selon Meyer (2010). La première étape est l'évaluation formative. Cette étape définit une des premières rencontres avec la personne. L'évaluation est réalisée par différents moyens : entretiens, observations et outils d'évaluations standardisés ou maison (Meyer, 2010). Le but étant d'approfondir le « profil occupationnel » de la personne présentant une addiction c'est-à-dire : définir et connaître les informations de la personne en considérant toute sa période de vie : le passé, le présent et l'avenir (Meyer, 2010). Cela permet à l'ergothérapeute de favoriser l'investissement de la personne dans la prise en soins. Ainsi, de connaître les expériences, centres d'intérêt et valeurs de la personne en dehors de l'addiction aux substances psychoactives. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'occupation centrale étant la consommation de substances, il est important de définir avec la personne son profil occupationnel global. Ce dernier s'étoffe après plusieurs interventions de l'ergothérapeute (Meyer, 2010). Durant cette phase, l'alliance

thérapeutique est favorisée par l'évaluation (Vignola-Mir *et al.*, 2017). Selon Jeanne *et al.*, (2017), l'évaluation est aussi un moment à double bénéfice. En effet, il permet à l'ergothérapeute de cibler le risque de la consommation et ses différents comportements. Ainsi, amener la personne à « une certaine prise de conscience » sur sa situation. Vignola-Mir *et al.*, (2017) ajoutent même que cela favorise l'engagement de la personne vers un processus de changement. Dans l'évaluation formative il y a : l'évaluation initiale et l'approfondissement de cette évaluation. C'est-à-dire une phase qui permet de comprendre la demande, puis une phase d'établissement du profil occupationnel de la personne. L'ergothérapeute analyse et interprète les données pour connaître « l'état de performance occupationnelle » de la personne. (Meyer, 2010).

Suite à l'évaluation formative, la seconde étape est la planification de traitement. En collaboration avec la personne, il s'agit d'établir les objectifs de la prise en soins. Ils ont comme finalité d'intervenir sur les performances actuelles de la personne dans les activités de vie quotidienne. Les objectifs permettent également la « construction d'un programme d'intervention qui contient l'ensemble des moyens nécessaires » (Meyer, 2010). Cette étape est également constituée de la construction du programme d'intervention en collaboration avec la personne, avec l'énonciation des moyens.

Ensuite vient l'exécution de traitement. Cette étape consiste à différentes séances d'ergothérapie qui mettent en œuvre les moyens permettant l'atteinte des objectifs établis auparavant.

Enfin, l'évaluation sommation, qui est démarche de réévaluation des résultats obtenus, ainsi décidé de la suite de l'accompagnement.

L'un des moyens pour l'ergothérapeute est d'accompagner la personne à agir sur son environnement en agissant sur les facteurs de risques. En effet, nous avons pu voir à travers nos recherches que l'environnement social peut être néfaste et induire une consommation chronique pour la personne. Dans ce cas, l'accompagnement par un ergothérapeute peut permettre aux jeunes adultes de pallier ce déficit occupationnel en trouvant de nouvelles occupations plus saines et modifier son comportement.

#### 2.3.4. L'évaluation initiale en ergothérapie : une étape clé

Les données scientifiques et les entretiens avec des ergothérapeutes nous indiquent l'importance de la phase d'évaluation initiale : étape du processus d'intervention sur laquelle nous allons nous centrer pour la suite de ce travail. En effet, les ergothérapeutes interrogés nous précisent l'importance de l'évaluation afin de centrer l'accompagnement sur les occupations

les plus déficitaires du jeune addicte. En effet, plus l'addiction est engagée plus le déficit dans les occupations est important, et plus l'addiction s'installe. Scroccaro (2017) explique la nécessité de conduire une démarche précoce afin de réaliser une évaluation globale de la situation. L'ergothérapeute a donc un rôle indispensable dans la phase évaluative. Cette évaluation formative nous le rappelons peut-être réalisée via des entretiens et des évaluations standardisées. L'ergothérapie est une discipline qui dispose de modèles conceptuels qui permettent de guider la pratique. Morel-Bracq (2017), les définit comme une « représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». Ces modèles conceptuels sont d'ailleurs utilisés pour structurer et organiser l'évaluation initiale en ergothérapie. Les ergothérapeutes interrogés et la littérature permettent de remarquer que les ergothérapeutes s'appuient sur deux principaux modèles conceptuels : le MOH et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Après analyse de ces modèles, le MOH semble le plus pertinent à utiliser lors l'évaluation en ergothérapie en addictologie car il met en avant la nature occupationnelle et les moyens privilégiés pour permettre aux personnes de « retrouver un équilibre dans les sphères de la vie quotidienne », c'est-à-dire favoriser la participation à des activités significatives (Belanger, Briand & Marcoux, 2006).

### 3. Synthèse de la problématique pratique

Cette enquête exploratoire permet d'approfondir notre sujet sur la thématique de l'addiction en ergothérapie. Nos différentes recherches nous orientent sur l'addiction aux substances psychoactives et notamment chez les jeunes adultes consommateurs, période considérée comme vulnérable (18-23 ans). En effet, les consommations commencent souvent à l'adolescence comme démontré précédemment, mais les ergothérapeutes accompagnent les jeunes adultes lorsque l'addiction est présente. Nous remarquons que cette consommation de substances psychoactives représente un véritable enjeu de santé publique et économique. Cette addiction provoque des conséquences néfastes chez les jeunes : répercussions psychologiques, sociales, physiques, comportementales, et à posteriori professionnelles. Nous constatons que l'addiction a une influence sur l'ensemble de la vie quotidienne des jeunes consommateurs, en effet l'occupation centrale étant la consommation de substances psychoactives. Elle constitue une occupation non saine sur différents plans. Cela correspond à un déficit occupationnel chez le jeune. L'ergothérapeute est un acteur reconnu pour intervenir auprès de ces jeunes addictees et notamment a un rôle primordial lors de la phase évaluative. Cette évaluation est nécessaire et holistique. Elle prend en compte la personne, ses occupations et son environnement.

L'évaluation s'appuie également sur des modèles conceptuels afin de structurer la pratique et de s'orienter sur des concepts précis. Le MOH est caractérisé comme étant le modèle conceptuel le plus pertinent. De toutes ces recherches et questionnements émergent une question centrale ou problématique pratique : « En quoi, l'évaluation en ergothérapie permet au jeune adulte addictive d'envisager la reprise d'occupations saines ? »

#### 4. Exploration et cadre théorique

La partie théorique consiste à approfondir différentes théories dans le but d'éclaircir et d'appuyer les éléments de notre partie pratique. Nous définissons dans un premier temps le MOH et les concepts qui le composent. Nous ciblons une des composantes du modèle que nous mettons en lien avec l'addiction.

##### 4.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Nous faisons un lien entre le MOH, l'addiction et l'ergothérapie. Puis nous ciblons nos recherches sur une des composantes de l'Être : la volition. Nous développons l'importance de cette composante en lien avec l'addiction.

##### 4.1.1. Présentation du modèle conceptuel

Ce modèle est introduit dans les années 1980 par Gary Kielhofner, spécialiste des sciences sociales américaines et théoricien en ergothérapie, sous la direction de Mary Reilly (Belanger, Briand & Rivard, 2006). Nous présentons le schéma de ce modèle (Cf annexe 6). Depuis son évolution, ce modèle est l'une des références les plus citées en ergothérapie à l'échelle nationale et internationale. De plus, le MOH est conçu pour s'adresser à toutes les personnes qui ont des difficultés dans les occupations quel que soit le moment de sa vie (Belanger *et al.*, 2006). Ce modèle a pour but de guider la pratique en ergothérapie. En effet, il permet de comprendre la nature de l'occupation humaine qui est un concept central en ergothérapie (Forsyth & Kielhofner 2003 cités par Belanger *et al.*, 2006). Selon le cadre général du modèle, ce qui le distingue d'un autre c'est de prendre en compte l'entièreté de la personne à travers l'occupation. Ce modèle a une vision holistique et est étayé par différents outils d'intervention fiables et validés. En effet, les fonctions principales du modèle sont de synthétiser, analyser les différents comportements occupationnels des personnes. Il permet également, de favoriser la compréhension du fonctionnement occupationnel tout en intégrant l'expérience de la personne (subjective et objective) (Forsyth & Kielhofner, 2003 cités par Belanger *et al.*, 2006). Cette idée reprise en 2017, par Morel-Bracq, en introduisant que grâce à ce modèle le recueil de données de l'ergothérapeute est structuré en fonction de la personne, ce qui permet de comprendre les

forces, les faiblesses lors de l'engagement de la personne et sa participation dans les activités de vie quotidienne.

Le principe de base du modèle c'est l'occupation humaine (Belanger *et al.*, 2006 ; Belanger *et al.*, 2006 ; Morel-Bracq, 2017). Elle se définit comme « la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique » (Kielhofner 2002 cité par Belanger *et al.*, 2006). En effet pour Kielhofner (1998), « l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne » (Morel-Bracq, 2017). Plus précisément, la nature occupationnelle donne un sens à la vie et c'est ce qui permet l'adaptation de la personne dans la société. Les auteurs résument la notion de nature occupationnelle par : « la motivation à participer aux activités, l'organisation de ces activités sous forme de routine, l'environnement et l'espace-temps [...] finalement le rendement souhaité ». Ces indications sont les réponses aux besoins de la personne (Belanger *et al.*, 2006). Finalement l'utilisation de ce modèle est pertinente pour l'étude de notre sujet. Les bases théoriques sur lesquelles il repose permettent son utilisation auprès de la population cible. Le MOH permet de guider l'accompagnement en ergothérapie afin de connaître la personne dans sa globalité, son entièreté et de se centrer sur ses occupations.

#### 4.1.2. Les composantes du MOH

Le MOH repose sur les composantes de la personne formant l'Être, puis les niveaux d'action donnant l'Agir, pour une résultante des deux : le Devenir.

La première dimension est l'Être, aussi appelée : les composantes structurelles. Cette dimension regroupe : la volition, l'habitation et la capacité à fournir un rendement (ou la capacité de performance). Ces trois éléments interagissent entre eux, mais aussi avec l'environnement.

Tout d'abord, la volition est définie comme « la motivation d'une personne à agir activement sur son environnement ». (Belanger *et al.*, 2006 ; Belanger *et al.*, 2006 ; Morel-Bracq, 2017). Elle est basée sur un cycle répétitif défini par Kielhofner (1998), comme : le processus volitionnel (Morel-Bracq, 2017). Celui-ci se réfère à nos expériences positives et négatives, ce qui permet à la personne de réaliser des « choix occupationnels précis, basés sur l'expérience et la motivation » (Belanger *et al.*, 2006), et permet l'engagement dans une activité (Morel-Bracq, 2017). La volition est définie par trois composantes qui n'interagissent pas entre elles : les centres d'intérêt, les valeurs et les déterminants personnels. Les centres d'intérêt sont définis comme les goûts, l'attrance et la préférence des occupations ou certains aspects de la performance. Les valeurs sont les éléments importants et significatifs pour la personne, définies

aussi comme les buts et les aspirations de la personne. Enfin, les déterminants personnels (Belanger *et al.*, 2006 ; Belanger *et al.*, 2006) aussi appelés : la causalité personnelle (Morel-Bracq, 2017 ; Mignet, 2017), regroupent la connaissance des capacités de la personne et la perception de ses capacités.

L'habitation est le second concept de la dimension de l'Être. Celui-ci regroupe les comportements semi-automatiques de la personne. Elle permet de définir le profil occupationnel de la personne. En effet l'habitation, ce sont les habitudes et les rôles dans les activités routinières (la performance, utilisation du temps, et le style) de la personne, dans un environnement familial, où la personne ne consacre pas trop d'énergie (Belanger *et al.*, 2006 ; Belanger *et al.*, 2006 ; Morel-Bracq, 2017 ; Mignet, 2017).

Enfin, le troisième et dernier concept de la dimension de l'Être : La capacité de performance ou la capacité de rendement. Elle regroupe les composantes objectives (physiques, mentales, cognitives...) et les expériences subjectives (vécues) (Belanger *et al.*, 2006 ; Belanger *et al.*, 2006 ; Morel-Bracq, 2017). Ce sont les possibilités que possède la personne en fonction de ses moyens pour atteindre ses buts. Elle peut alors évaluer ses propres ressentis, et ce qu'elle éprouve (Morel-Bracq, 2017) et l'expression de ses habiletés lors de l'occupation (Mignet, 2017).

En somme, dans ce modèle conceptuel l'analyse de l'environnement est indissociable pour comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne. Il est en interaction avec ces trois composantes. Les différentes occupations humaines se font dans un environnement physique (objets et espaces physiques), et social (groupe d'appartenance) donné. Il offre des ressources, des demandes mais aussi des exigences et parfois des contraintes, ce qui influe sur la participation occupationnelle (Belanger *et al.*, 2006 ; Mignet, 2017 ; Morel-Bracq, 2017).

L'Agir est la seconde dimension du MOH. C'est la résultante des composantes de base et de l'environnement. Elle se mesure selon trois catégories : la participation occupationnelle, le rendement / performance occupationnel(le) et les habiletés occupationnelles.

La troisième dimension de ce modèle est le Devenir. Il correspond à la dynamique de l'être, de l'agir et de l'environnement : l'adaptation occupationnelle, un concept central en l'ergothérapie. Selon Kielhofner (1998) cité par Belanger *et al.*, (2006) c'est « une construction à travers le temps, d'une identité positive et par la réalisation de ses compétences au sein de son

propre environnement ». Les deux éléments qui en ressortent sont : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle.

L'utilisation de ce modèle dans la pratique ergothérapeutique facilite la promotion de la profession. Il permet d'appuyer notre corps de métier grâce à des théories vérifiées. Il favorise dans l'accompagnement, une approche centrée sur la personne et les occupations. Les outils d'évaluations qui dépendent du MOH sont des éléments fiables et validés sur lesquels l'ergothérapeute peut se baser.

#### 4.1.3. Le MOH et l'addiction aux substances psychoactives

La finalité de ce modèle en ergothérapie est l'adaptation occupationnelle de la personne. Elle découle d'une dynamique entre les deux autres dimensions. Cependant, nous avons démontré dans la première partie que les personnes souffrant d'addiction ont pour occupation centrale : la consommation de substances psychoactives. Il y a donc un déséquilibre entre toutes les dimensions occupationnelles. Ce qui montre que les routines, les rôles mais aussi la connaissance de ses capacités, de sa satisfaction et la perception de l'environnement sont biaisés. En effet, la participation dans les autres occupations est donc limitée. De plus, l'une des principales difficultés de cette population, est de retrouver des occupations qui sont saines et signifiantes dans leur quotidien. Par conséquent, leur profil occupationnel n'est pas défini ou n'est pas sain pour la personne. Or, ce modèle est une base qui permet à l'ergothérapeute et à la personne de retranscrire quelques informations et tendre vers l'adaptation occupationnelle. En effet, une analyse complète du fonctionnement de la personne dans la réalisation, la participation et l'engagement dans les occupations est possible grâce aux cadres théoriques du MOH. Il permet de connaître et d'analyser la « nature occupationnelle de l'être humain » (Belanger *et al.*, 2006). Il aide l'ergothérapeute à accompagner le jeune consommateur à retrouver un équilibre sain entre ses occupations (Belanger *et al.*, 2006). C'est donc un moyen d'arriver à une participation, une adaptation occupationnelle dans des occupations significatives (Belanger *et al.*, 2006).

De plus, ce modèle évoque que les personnes se définissent à travers la répétition de ses actions ce qui permet le maintien, la régulation et l'organisation du corps et des pensées. Cependant les personnes addictes continuent un comportement néfaste pour elle et cela a un impact direct sur la capacité d'une personne à se réaliser. Dans le cas où la personne a stoppé ses différents comportements de consommation, la personne est alors en déficit occupationnel et il n'y a donc plus de routine d'installée, donc pas de répétition d'actions. Ce modèle permet alors d'atteindre ces objectifs en reprenant les différentes composantes. De plus, la représentation dynamique du

modèle ainsi que ses fondements influencent l'intervention thérapeutique et le processus de changement de la personne (Kielhofner 2002, cité par Belanger *et al.*, 2006). Ce modèle peut être alors un tremplin pour que la personne commence son processus de changement, vers un arrêt complet de la consommation.

#### 4.1.4. La volition et l'addiction aux substances psychoactives

Pour rappel, la volition est un concept rattaché à l'une des dimensions du MOH : l'Être. C'est le premier terme explicité par le MOH, il est donc l'un des piliers de ce modèle. Belanger *et al.*, (2006) le définissent comme « le besoin inné d'être son propre acteur, de faire des choix occupationnels précis qui génèrent le changement et assurent l'évolution de nos actions ». Nous remarquons dans cette définition un lien avec le concept d'autonomie de la personne incluant ses choix. Ce concept de volition est centré sur la personne. Dans le cas d'un jeune addict, cela semble indispensable que la personne soit décideuse et actrice de son processus. La volition c'est répondre à trois questions en lien avec les pensées et les sentiments : suis-je apte à réaliser cette occupation ? A-t-elle une valeur pour moi ? Est-ce que j'aime cela ? Comme les personnes qui consomment des substances psychoactives ont des difficultés pour retrouver des occupations saines et signifiantes, il est donc important pour elles de commencer par un questionnement au niveau de leur propre volition. En effet, d'après Mignet (2015), « la volition reflète l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels ». Cela a un rôle déterminant dans l'engagement de la personne dans son occupation. De plus, ces questions permettent à la personne de s'autonomiser et surtout d'être actrice. Lorsque la personne se questionne sur ses propres sentiments et pensées, les réponses qui en découlent sont alors centrées sur elle. C'est pour cela que le concept de la volition semble être important car il est le tremplin de l'engagement du jeune addicte dans la thérapie. Par conséquent leur accompagnement dépend de leur volonté et de leur processus de changement.

Le processus volitionnel se compose de plusieurs phases : l'expérience, l'interprétation, l'anticipation et le choix. Il s'agit d'un processus dynamique, chaque phase est donc rétablie en continu (Morel-Bracq, 2017). Ce processus permet d'atteindre un engagement que ce soit dans l'occupation, le soin, et dans l'accompagnement (Mignet, 2015). C'est le but recherché de l'équipe notamment l'ergothérapeute. En effet lorsque la personne est impliquée dans la prise en soins, cela influe positivement les occupations qu'elle réalise mais aussi sur son autonomie, c'est-à-dire ses choix. Par conséquent, la personne est plus à même de changer ses comportements, et dans un futur ses routines pour qu'elles soient plus saines et signifiantes.

La volition est par ailleurs liée à des termes proches mais qui sont distincts. Il est donc important de distinguer la motivation de l'engagement et de la volition. La motivation est « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de ses besoins ». L'engagement « est le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation de l'activité ». Tandis que la volition c'est « la capacité de choisir de faire quelque chose en ayant conscience de la réalisation de cette activité volontaire » (Mignet, 2015). Nous notons dans cette définition en plus du choix, un état de conscience active dans l'exécution de l'occupation.

Les composantes de la volition sont : les centres d'intérêt, les valeurs et déterminants personnels ou causalité personnelle selon l'auteur. Ces notions renvoient inévitablement à la connaissance de soi, ce qui motive la personne, mais aussi ce qui a de l'importance pour elle et ce qui est agréable et satisfaisant.

La volition est alors un facteur d'efficacité dans l'accompagnement des personnes. Elle favorise l'autonomie, les choix et l'engagement. En effet, elle s'appuie sur l'identité occupationnelle de chaque être humain, par ses composantes afin de pouvoir la déterminer. Il semble donc pertinent de s'intéresser à une évaluation qui a des répercussions sur la volition d'un jeune adulte consommateur. Nous savons qu'il existe des évaluations de la volition (Mignet, 2015), cependant nous souhaitons connaître les éléments qui la favorisent. Nous présentons par la suite le deuxième concept : l'évaluation.

#### 4.2. L'évaluation initiale en ergothérapie

Dans cette seconde partie, nous réalisons une contextualisation de l'évaluation en lien avec la profession d'ergothérapie. Puis, nous ciblons une spécificité de l'évaluation : l'auto-évaluation. Enfin, nous décrivons un outil standardisé d'auto-évaluation utilisé en ergothérapie.

##### 4.2.1. L'évaluation initiale : une étape décisive

Riou en 2015 évoque le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale. Nous nous appuyons sur ces écrits car nous savons que le jeune adulte addicté présente également des comorbidités psychiques associées. Dans cet ouvrage, il est évoqué le rôle de l'ergothérapeute au niveau de l'évaluation. L'évaluation initiale étant la première étape du processus d'intervention en ergothérapie. L'ergothérapeute a pour mission d'évaluer les retentissements fonctionnels de la maladie sur les investissements professionnels, scolaires, relationnels et de la vie quotidienne. Cela est pertinent puisque le jeune adulte addicté présente un déficit occupationnel avec des retentissements sur sa vie quotidienne.

Les ergothérapeutes recherchent alors à identifier les différentes dimensions de la personne : les données cliniques, l'environnement, la motivation, les ressources sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer et les facteurs facilitateurs et obstacles. Pour cela, il peut s'appuyer sur un recueil de données directes (personne, entourage, et professionnels de santé) et indirectes (dossier médical).

L'ergothérapeute est amené dans un premier temps à réaliser un entretien afin de connaître les attentes, les besoins et les valeurs de la personne pour ensuite construire un diagnostic en ergothérapie (Riou, 2015). Les évaluations sont de deux formes : quantitatives ou qualitatives. Le choix de l'un ou l'autre correspond au questionnement du thérapeute et du niveau de récolte d'informations dont il a besoin.

Il existe deux formes d'évaluations : l'hétéroévaluation et l'autoévaluation. Lors de l'hétéroévaluation, l'ergothérapeute questionne la personne et remplit la grille en fonction des réponses de la personne. Dans ce cas, le thérapeute constitue malgré tout un biais dans la retranscription. A contrario, lors de l'auto-évaluation, la personne remplit elle-même les éléments. Comme l'explique Riou (2015), « l'un des principes fondamentaux de notre profession est donc bien que l'individu soit un être agissant, un être autonome et participant, mais aussi un être de créativité et de relation ». C'est donc l'une des manières de rendre la personne actrice de sa prise en soins. De plus, l'auteure considère qu'il est indispensable d'inclure la personne afin qu'elle identifie elle-même ses difficultés et ses ressources.

Finalement, nous nous centrons sur l'auto-évaluation. En effet, cette forme d'évaluation est une approche centrée sur le jeune addicté qui permet de le rendre acteur. Cela fait également le lien avec le concept de volition qui met en avant la nécessité de la personne à prendre conscience de ses difficultés et ses ressources et donc de co-construire le projet d'accompagnement en ergothérapie.

#### 4.2.2. Les composantes de l'auto-évaluation

L'auto-évaluation est « une démarche réflexive, une appréciation, un jugement argumenté » (St-Pierre, 2004). La constitution même de l'auto-évaluation est dans un premier temps d'expliquer à la personne quel est le but de cette auto-évaluation. La seconde étape c'est que la personne puisse porter un jugement le plus objectif possible sur soi (Legendre, 1993 cité par St-Pierre, 2004). L'auteure ajoute que différentes perspectives peuvent être évaluées notamment : l'activité, les comportements, l'autonomie, les ressources personnelles (connaissances, habiletés, attitudes) et la capacité à identifier et à exploiter des ressources externes pertinentes.

De ce fait, une auto-évaluation permet un regard critique et analytique de sa propre personne. Cela permet donc au jeune consommateur d'analyser sa situation et son déficit occupationnel actuels. Selon le moment de la réalisation, il permet à la personne de prendre conscience de sa progression ou régression. Scallon (2007), affirme que les grilles d'auto-évaluations permettent un jugement sur sa propre performance. Il ajoute que la notion de satisfaction s'applique du fait que la personne s'exprime sur son être.

D'après une étude sur l'utilisation de l'auto-évaluation en ergothérapie, l'auteur affirme que cela favorise l'approche centrée sur la personne (Fänge & Iwarsson, 1999). Si l'auto-évaluation permet d'apporter des jugements objectifs, elle inclut également des données subjectives. Cette étude est portée sur l'auto-évaluation de l'environnement physique des personnes à risque, comme les personnes âgées. Il est démontré que la connaissance qu'ont les personnes sur leur environnement ajoutée aux compétences des ergothérapeutes sont indissociables pour des résultats positifs (Fänge & Iwarsson, 1999). En effet, lors de la transmission des informations durant l'auto-évaluation, l'ergothérapeute a les compétences pour critiquer, analyser et confronter les informations à ses connaissances. L'ergothérapeute peut questionner l'occupation pour cibler la difficulté en fonction de l'activité, la tâche ou l'action. Grâce à l'analyse d'activité il peut répondre au mieux aux attentes de la personne. De nombreuses personnes affirment qu'une participation commune entre l'ergothérapeute et la personne pour identifier les problèmes et les prioriser permet une approche lors de l'évaluation centrée sur la personne. Par conséquent, la co-évaluation durant l'auto-évaluation a de nombreux bénéfices. En effet, l'ergothérapeute est un professionnel de l'occupation et la personne est la mieux placée pour exprimer ses difficultés dans les occupations.

#### 4.2.3. L'auto-évaluation en addictologie : une démarche de l'ergothérapeute

Nous rappelons que l'auto-évaluation permet à la personne un jugement objectif et subjectif sur sa personne, son environnement et ses occupations. Cela semble pertinent pour le jeune adulte addictive qui doit être acteur de sa prise en soin. En effet, pour que les personnes se sentent concernées quant au changement de leurs comportements, il faut que celle-ci prennent conscience de leurs problématiques occupationnelles. De ce fait, rendre la personne actrice lors de l'évaluation constitue un premier élément dans le processus de changement, vers l'acceptation et la prise de conscience du déficit occupationnel. Cela permet au jeune adulte consommateur de prioriser ses ressources et ses difficultés. Lors de la passation l'ergothérapeute encourage et soutient par sa posture professionnelle et accueille les éléments transmis. Dans la continuité, l'ergothérapeute et le jeune consommateur déterminent les

objectifs thérapeutiques. Ce travail de co-évaluation et de co-construction des objectifs facilite l'engagement de la personne dans la prise en soins et donc sa volition. De plus, l'apport des connaissances occupationnelles des ergothérapeutes est un facteur favorisant une nouvelle routine pour la personne. Cela permet à la personne une analyse de son comportement et de son déficit occupationnel. Le jeune addicté apporte un jugement objectif et subjectif sur sa situation sociale, scolaire et occupationnelle.

#### 4.2.4. Un outil d'auto-évaluation : l'ELADEB

Lors de nos différentes recherches sur les auto-évaluations utilisées en ergothérapie, plusieurs fois l'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB) est apparue (cf Annexe 7). Elle est créée par deux psychologues d'Unité de Réhabilitation. Il est constaté que la création de cet outil est effectuée en collaboration avec une équipe de professionnels notamment des ergothérapeutes (Pomini, Reymond, Golay, Fernandez & Grasset, 2011). Cette évaluation est par ailleurs l'une des plus utilisées par les ergothérapeutes (Riou, 2015). Cette auto-évaluation « permet de prendre connaissance de la personne, de manière globale, à travers l'expression de ses occupations » (Hernandez, 2016). Cette évaluation est utilisée en ergothérapie et nécessite une formation qui est d'ailleurs dispensée par l'ANFE. Cela justifie qu'il s'agit d'un outil standardisé, fiable et reproductible. Selon Pomini *et al.*, (2011), ELADEB permet également de construire un « profil aisément interprétable et facilite dès l'accueil un dialogue constructif avec le patient ».

Pour la passation du bilan, il est utilisé une médiation visuelle à l'aide de 20 cartes illustrées par domaines. Il y a 4 domaines : les conditions de vie, la vie quotidienne, les relations et enfin la santé. Dans le domaine de la santé, il y a notamment « l'addiction », ce qui est en corrélation avec notre sujet de recherche.

La passation de cette auto-évaluation est réalisée en deux temps. Dans un premier temps, elle concerne l'évaluation des difficultés puis dans un second temps l'évaluation des besoins. La procédure pour l'une et pour l'autre est identique, seul le support change (Pomini *et al.*, 2011). Avant de commencer, l'ergothérapeute explique les objectifs de cette auto-évaluation, puis il demande à la personne : quel est le problème le plus important pour lui. C'est pour que l'ergothérapeute puisse connaître ce que spontanément la personne priorise (Pomini *et al.*, 2011). Puis la première étape commence. Dans un premier tri de carte, la personne divise les différents domaines exposés sur celle-ci en fonction de si elle constitue « un problème » ou « pas de problème ». L'ergothérapeute se concentre sur les cartes sous le terme « problème », il demande à la personne de les classer en fonction de l'importance « peu important »,

« important » ou « très important ». Ce sont les mêmes conditions de passation concernant les besoins. Dans les deux cas, après la fin du second tri, une discussion ouverte est réalisée (Pomini *et al.*, 2011). Le but étant que la personne exprime les raisons de son choix. Aussi, il faut préciser « la nature des problèmes ou des difficultés, le type d'aide dont il a besoin. En effet, pour les besoins, la personne doit énoncer quel type d'aide humaine il pense avoir besoin (professionnelle, familiale ou l'entourage). En fin de discussion, l'ergothérapeute demande à la personne de nommer et de hiérarchiser ses besoins. Cela met en évidence une ou deux demandes d'intervention (Pomini *et al.*, 2011).

Cette auto-évaluation est un tri de cartes associé à un entretien semi-structuré. Dans cette deuxième partie, l'ergothérapeute et le jeune consommateur reviennent sur les choix énoncés en les justifiant. En fonction de l'évaluation, les buts et les questionnements ne sont pas les mêmes. En effet, l'apport de l'ergothérapie dans cette deuxième partie c'est de ramener chaque occupation vers l'autonomisation. Cela permet de comprendre l'entièreté de l'occupation. C'est-à-dire le contexte environnemental (physique et social), les habiletés utilisées et l'importance de cette occupation pour la personne. En effet, cette auto-évaluation permet de connaître le mode de fonctionnement de la personne, mais aussi ses ressources et ses représentations (Hernandez, 2016). D'après certains ergothérapeutes, lorsque les domaines d'accompagnement sont significatifs, la personne participe davantage, ainsi que dans l'alliance thérapeutique. Ce qui lui permet également de mieux comprendre le rôle de l'ergothérapeute notamment dans le processus de changement (Hernandez, 2016).

## 5. Synthèse de la partie théorique

Après cet étayage théorique, nous remarquons que le MOH et l'auto-évaluation sont tous deux orientés vers une approche centrée sur la personne et les occupations. Nous nous intéressons plus particulièrement à la volition. Pour rappel, elle est composée des valeurs, de l'habitation et des déterminants personnels de la personne. L'analyse du MOH permet de se centrer sur la volition : concept central du modèle car c'est l'ancrage initial. De plus, la volition est un point de départ pour atteindre des occupations significatives et saines pour le jeune adulte. Quant à l'auto-évaluation, nos recherches démontrent la pertinence de son utilisation car c'est une évaluation qui rend le jeune adulte acteur de sa prise en soins. Aussi, par le fait que l'ergothérapeute ne peut pas biaiser les éléments importants qui en ressortent. Après différentes recherches, l'ELADEB est une auto-évaluation standardisée, validée, et qui largement utilisée en ergothérapie. N'oublions pas un point important, l'addiction est incluse dans ces cartes et donc abordée lors de l'auto-évaluation. Son utilisation par un tri de cartes ajouté à un entretien

semi-directif, est pertinente dans notre recherche actuelle. Tout au long de ces recherches théoriques nous réalisons une carte conceptuelle concernant cette partie (cf Annexe 1-B). La finalité de ce questionnement est pour la personne de retrouver des occupations saines visant un nouvel équilibre occupationnel sain, se détournant de substances psychoactives. De ce fait notre question qui en découle est : « En quoi l'ELADEB en ergothérapie influence la volition du jeune adulte addictive ? »

## 6. Formulation de l'hypothèse

Le développement de la théorie permet reformuler la question de départ et de construire une hypothèse. Elle correspond à une réponse provisoire à la question de départ (Dépelteau, 2010). Celle-ci est confirmée ou infirmée grâce à la phase expérimentale et l'opérationnalisation du cadre théorique. Tétreault (2014), définit cette phase comme « la mise en place d'une procédure pour vérifier une prédiction ». L'hypothèse qui en découle est : L'ELADEB favorise la volition des jeunes adultes addictes. Pour rendre l'hypothèse valide elle doit être composée de variables. Ce sont des concepts définis sous plusieurs formes, mais qui sont « observables et évaluables » (Tétreault, 2014). Il y a une variable dépendante ici « la volition » qui est l'effet et qui varie à l'insu de la variable indépendante : « l'ELADEB ». Nous nous inscrivons donc dans une démarche hypothético-déductive (Dépelteau, 2010).

Dans cette septième partie nous développons la partie expérimentale de notre travail d'initiation à la méthodologie de recherche. Nous questionnons « les effets sur la variable étudiée chez un individu ou un échantillon d'une population » (Tétreault, 2014). De ce fait, à partir de notre hypothèse, nous réalisons une expérimentation et une analyse de ses résultats. (Develay, 1989 cité par Institut National de Recherche en Pédagogie, 2000). Cependant, pour des raisons sanitaires, nous ne pouvons interroger les professionnels. Nous développons uniquement le design méthodologique de notre dispositif de recherche sans obtention de résultats.

## 7. Prévision d'un dispositif de recherche

Il est préférable d'avoir une méthodologie de recherche et un outil construit et testé avant d'aller questionner les professionnels (Tétreault, 2014). Pour ce faire, dans cette partie nous la développons ainsi que l'ensemble du design méthodologique.

### 7.1. Population mère, échantillon et technique d'échantillonnage

#### 7.1.1. Choix de la population mère et de l'échantillon

Dans un premier temps, nous sélectionnons la population mère, c'est-à-dire une sélection de participants que nous pouvons interroger, qui ont des spécificités en lien avec notre travail de recherche. Cela permet de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse (Dépelteau, 2010). Cependant, depuis la loi du 9 mai 2017 dite loi Jardé, il y a des dispositions réglementaires concernant la recherche sur les personnes humaines. De ce fait, nous faisons le choix de ne pas interroger de jeunes adultes consommateurs de substances psychoactives pour questionner l'apport de l'ELADEB sur leur volition (Journal Officiel de la République Française, 2017). Nous ciblons donc comme population mère des ergothérapeutes exerçants ou ayant exercés auprès de jeunes adultes consommant des substances psychoactives. Dans cette population nous sélectionnons un échantillon, qui est un « sous ensemble d'éléments d'une population donnée » (Dépelteau, 2010). Notre échantillon se compose : des ergothérapeutes exerçants ou ayant exercés auprès de jeunes adultes consommant des substances psychoactives et utilisant l'ELADEB lors de l'évaluation initiale. Nous spécifions de manière plus approfondie les spécificités de l'échantillon, (Cf Annexe 8).

#### 7.1.2. Choix et argumentation de la technique d'échantillonnage

Selon Dépelteau (2010), la technique d'échantillonnage est l'« ensemble des opérations permettant de sélectionner le sous-ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon ». Il ajoute qu'il existe deux techniques d'échantillonnage : probabiliste et non probabiliste. La première repose sur le calcul mathématique de probabilité, c'est-à-dire que c'est le hasard qui permet de cibler l'échantillon de la population mère. La seconde technique, non probabiliste, ne repose pas sur des probabilités mathématiques. Dans cette démarche, il est donc impossible de connaître la représentativité d'un élément. Cette technique est très souvent utilisée en Science Humaine (Dépelteau, 2010). Nous la choisissons par rapport à des contraintes temporelles. Dépelteau (2010) explique qu'il existe cinq techniques d'échantillonnage spécifiques, pour lesquels nous réalisons un tableau comparatif afin de sélectionner les plus pertinentes pour notre recherche (cf Annexe 9). Nous développons ci-dessous les techniques d'échantillonnage sélectionnées.

##### 7.1.2.1. L'échantillon « boule de neige »

Afin de construire ce premier échantillon, nous sélectionnons les ergothérapeutes ou autres professionnels pouvant transmettre notre recherche, et qui ont dans leur cercle professionnel des ergothérapeutes pouvant répondre à nos critères d'inclusion. Nous commençons par demander à notre référente professionnelle qui est en relation avec des ergothérapeutes exerçants auprès de jeunes adultes consommateurs. Ensuite, lors de la phase expérimentale,

nous avons interrogé un ergothérapeute qui nous propose de transmettre notre future demande. De ce fait nous construisons un mail et leur demandons de le diffuser (cf Annexe 10). Nous exposons en quelques mots notre sujet ainsi que les critères d'inclusion de notre recherche. Nous contactons également la personne en charge de la formation de l'ELADEB à l'ANFE. Nous lui demandons de nous transmettre les coordonnées d'ergothérapeutes susceptibles de répondre à notre demande. Cela constitue notre pré-enquête pour sélectionner les ergothérapeutes utilisant l'ELADEB auprès de jeunes consommateurs de substances psychoactives.

#### 7.1.2.2. L'échantillon de volontaires

Concernant l'échantillon de volontaires, nous utilisons le réseau social Facebook pour diffuser un message sur quatre groupes dédiés à des ergothérapeutes. Nous sommes également sur un groupe d'ergothérapeutes exerçant en Suisse, c'est le lieu de conception de l'ELADEB. Nous sélectionnons un soir pour la diffusion du message, afin d'avoir le plus de visibilité possible. Cette méthode est censée être plus large car il y a plus de personnes présentes sur les réseaux. Dans le cas où nous n'obtenons aucune réponse, nous décidons de relancer notre message sur ces mêmes pages, trois semaines plus tard. Dans le souci de réaliser un travail reproductible nous réalisons un message uniforme à envoyer sur les différents groupes (cf Annexe 11).

### 7.2. Choix et argumentation de la méthode et de l'outil

Dans cette partie, nous expliquons le choix de la méthode et de l'outil que nous avons retenu.

#### 7.2.1. Choix de la méthode

La méthode utilisée peut être quantitative ou qualitative. La déterminer permet de structurer notre méthode de recherche. La méthode quantitative, vise à mesurer de manière objective un événement. Cette méthode utilise des outils « statistiques en vue de décrire, d'expliquer ou de prédire un phénomène ». Les variables sont alors quantifiables. Au contraire, la méthode qualitative, elle cherche à comprendre « le sens que les personnes donnent au phénomène de l'étude ». De ce fait, le matériel utilisé est difficilement quantifiable, ainsi que les variables. L'analyse passe par le discours de la personne. Nous sélectionnons donc cette méthode de recherche qui permet l'analyse et l'interprétation de l'ergothérapeute, concernant le jeune adulte addicte, c'est une compréhension inductive (Tétreault, 2014). De plus, la technique d'échantillonnage choisie est très souvent utilisée dans les recherches dites qualitatives (Dépelteau, 2010). Concernant notre recherche, le terme de volition, repose sur ce que la personne ressent, ce qui est significatif pour elle. Nous avons donc besoin qu'elle argumente et développe son discours au moyen d'un entretien pour pouvoir confirmer ou infirmer notre

hypothèse. Notre recherche est alors qualitative. Il n'enlève rien au fait que cela peut être ajouté à une recherche hypothético-déductive (Dépelteau, 2010). Nous ajoutons que c'est une approche phénoménologique, car nous cherchons à connaître les effets de l'ELADEB sur la volition de la personne. Donc, cela permet d'« étudier un phénomène à partir de la compréhension de sa signification et de son contexte » (Tétreault, 2014).

### 7.2.2. Choix de l'outil de recueil de données

Selon Tétreault, Blais-Michaud et Claire (2014), il existe deux méthodes de recherche : les méthodes traditionnelles et les méthodes de groupes. Nous excluons les méthodes de groupe car nous souhaitons nous centrer sur la pratique individuelle de l'ergothérapeute et ne pas induire de biais par une discussion de groupe entre divers ergothérapeutes. Nous sélectionnons les méthodes traditionnelles qui regroupent cinq outils de recueils de données : l'entretien, le questionnaire, le sondage, la technique Delphi et le récit de vie ou histoire de vie. Nous explicitons notre choix et les raisons dans un tableau (cf Annexe 12).

L'outil de recueil de données retenu est : l'entretien. En effet, il permet de connaître et comprendre les éléments transmis et observer lors de la passation de l'ELADEB. De plus cela permet de recueillir des informations sur la volition, concept ayant une part de subjectivité. Nous avons aussi la possibilité de reformuler certaines questions si elles ne sont pas comprises. Selon Tétreault *et al.*, (2014), il y a trois manières de conduire un entretien : directif, semi-directif et non directif. Nous choisissons l'entretien individuel semi-directif, car nous souhaitons laisser place à l'ergothérapeute dans son discours tout en pouvant suivre le fil conducteur de notre grille d'entretien.

## 7.3. L'entretien

Dans cette partie nous présentons la construction de notre entretien.

### 7.3.1. Construction des matrices théoriques

La construction de l'entretien suppose de s'appuyer sur les variables citées dans notre hypothèse : l'ELADEB (variable indépendante) et la volition (variable dépendante). Nous réalisons une matrice théorique pour chacune de ces variables (cf Annexe 13). Cela permet de rendre vérifiable sur le terrain, ces variables qui s'appuient sur des concepts abstraits (Dépelteau, 2010). En effet, une variable se décompose en indicateurs, eux-mêmes scindés en indices. Les indicateurs « sont des manifestations objectivement repérables et mesurables des dimensions du concept » (Dépelteau, 2010). Par exemple, la variable dépendante « la volition » présente un indicateur qui est le « centre d'intérêt » et les indices sont : « occupations appréciées » et « choix de l'occupation attirante ». Afin d'avoir des données précises, nous

allons rechercher la présence ou non de cet indicateur de manière réelle sur le terrain à travers le discours de l'ergothérapeute.

### 7.3.2. Construction et particularité de l'entretien

D'après Tétreault *et al.*, (2014), l'entretien peut se réaliser de manières différentes : en face à face, au téléphone ou encore en visioconférence. Cela nous permet d'élargir notre champ d'intervention dans l'hexagone et en dehors. L'entretien est un échange qui permet « de contribuer à l'avancement des connaissances sur un sujet précis ». De ce fait, l'entretien permet de questionner la pratique ergothérapique. De plus, nous avons la possibilité de l'enregistrer. Cette capacité favorise la prise de recul en fonction des réponses émises, afin d'avoir une meilleure analyse de celle-ci. Pour une bonne passation de l'entretien, il y a différentes recommandations selon ces auteurs auxquelles nous devons faire attention. Un des premiers éléments est de questionner l'interlocuteur sans être trop intrusif mais en restant dans l'interaction (Tétreault *et al.*, 2014). Le fait d'avoir une grille d'entretien ne doit pas enlever la nature et la spontanéité de l'entretien. Nous devons garder une posture d'écoute, en étant impartiales c'est-à-dire sans donner de sens à nos questions. Nous devons laisser la place à l'ergothérapeute de s'exprimer. Pour cela il faut laisser 6 secondes entre chaque réponse pour laisser le temps à l'interviewer de réfléchir à sa réponse et l'opportunité d'ajouter de nouveaux éléments. Nous réalisons notre grille d'entretien à partir du livre des recommandations de Tétreault *et al.*, (2014) (cf Annexe 14). Notre entretien est scindé en quatre parties. Concernant les questions de l'entretien, elles reposent sur les variables que nous avons définies en amont : la volition et l'ELADEB. De ce fait nous allons questionner notre cadre théorique en traduisant les données recueillies en données observables sur le terrain (Tétreault, 2014).

### 7.3.3. Explication des questions d'entretien

Les questions de l'entretien sont réalisées en lien avec nos matrices théoriques. Une question peut interroger une variable ou bien les deux. La question peut également rechercher un ou plusieurs indicateurs de la ou des variables en question. Pour plus de clarté, nous réalisons un tableau qui regroupent les questions et les variables et indicateurs recherchés (Annexe 14).

L'entretien prévu dure une vingtaine de minutes. Nous pensons dédier 3 minutes pour l'introduction et la conclusion, ce qui laisse environ 17 minutes pour les 8 questions renseignées. Nous souhaitons que l'ergothérapeute ait environ 1 minute pour s'exprimer sur une question. Bien sûr, nous supposons que le temps de réponse peut varier d'une réponse à l'autre : plus ou moins d'une minute. Concernant notre première question par exemple : « Pourquoi faites-vous le choix d'utiliser l'ELADEB comme outil d'évaluation avec le jeune

adulte addict ? » sollicite la variable indépendante « l'ELADEB » et questionne deux indicateurs : « domaines d'occupations » et « co-construction des objectifs ». Il s'agit à travers cette question de savoir si l'ergothérapeute trouve cet outil d'autoévaluation pertinent pour accompagner le jeune adulte consommateur. Nous souhaitons savoir si cette autoévaluation centrée sur la personne et les occupations permet au jeune adulte addictive de mettre en évidence ses choix et co-construire ses objectifs thérapeutiques. Notre question 4 : « Selon vous, quels sont les effets de cette auto-évaluation chez le jeune adulte addict ? » permet de croiser nos deux variables. En effet, nous recherchons la volition avec les indicateurs : « centres d'intérêt » et « déterminants personnels » et l'ELADEB avec le critère « démarche réflexive ». Il s'agit de demander à l'ergothérapeute en quoi cette auto-évaluation permet au jeune consommateur de se questionner sur ses occupations, identifier ses besoins et problématiques en termes d'occupation. Savoir si le jeune est en capacité de mobiliser son processus réflexif pour se détourner de l'addiction et envisager des occupations saines.

#### 7.4. Le dispositif de recherche

Dans cette partie nous expliquons l'aménagement du dispositif de recherche.

##### 7.4.1. Validation de l'outil

Après avoir construit notre entretien, nous avons demandé une lecture de notre grille d'entretien aux personnes de notre groupe mémoire, notre référente pédagogique ainsi qu'à notre référente professionnelle. Après modification, nous demandons à des participants extérieurs de bien vouloir se tester à notre entretien. Pour ce faire, nous demandons à deux ergothérapeutes diplômées et deux élèves de notre promotion. Ces premiers essais ont pour but de nous entraîner, de connaître notre grille d'entretien, et d'améliorer notre élocution durant nos entretiens avec les ergothérapeutes. Ce pré-test permet également de modifier, reformuler ou ajouter des questions. Selon Tétreault *et al.*, (2014), c'est un exercice indispensable pour anticiper aux réactions des personnes et améliorer nos formulations de phrases ou modifier les questions incomprises.

##### 7.4.2. Contexte, consignes et matériel requis

Nous préparons trois éventualités pour le contexte de l'entretien : en face à face, en visioconférence ou par téléphone. Nous souhaitons privilégier l'entretien en présentiel, afin d'analyser le langage non verbal des participants. Cela peut apporter d'autres éléments pour la recherche. Concernant les deux autres modalités, Tétreault *et al.*, (2014) qui citent Sturges et Hanrahan (2004), indiquent que les résultats sont les mêmes qu'avec un entretien visuel. L'entretien étant une « méthode efficace, économique et attrayante en recherche qualitative ».

Dans chacun des cas, nous choisissons de nous situer dans un environnement physique calme, ou alors peu fréquenté. Nous pouvons dans ce cas limiter la possibilité d'être interrompu. Nous demandons à l'ergothérapeute de bien vouloir éteindre son téléphone pour la durée de l'entretien. Nous essayons de limiter au maximum les facteurs potentiellement perturbateurs que nous pouvons contrôler. Il faut également prendre en compte des facteurs incontrôlés tels qu'un problème de réseau, de connexion ou une indisponibilité de l'interlocuteur. Actuellement, le facteur incontrôlé le plus évident est lié au contexte de crise sanitaire ce qui peut rendre la majorité des ergothérapeutes indisponibles et donc empêcher la réalisation de notre entretien. Dans le cas où l'entretien est réalisé, nous donnons en amont une fiche de consentement (cf Annexe 15), que nous demandons de signer et nous remettre avant le jour de l'entretien. Si pour diverses raisons nous n'avons pas eu de retour de cette fiche quelques jours avant l'entretien, nous effectuons une relance auprès des professionnels à interroger. Si toutefois nous ne recevons pas la feuille de consentement avant le jour de l'entretien, nous demandons avant de commencer l'entretien à l'ergothérapeute de signer et nous transmettre la feuille. Pour ce faire, nous avons besoin d'anticiper et de prendre la feuille de consentement lors de l'entretien en face à face. L'obtention de la fiche de consentement peut être un facteur incontrôlé, dans le cas où n'avons pas de retour. En effet, c'est une difficulté que nous rencontrons lors des entretiens de l'enquête exploratoire. Enfin, le jour de l'entretien, nous demandons à chaque ergothérapeute un consentement verbal au début de l'enregistrement : pour la participation et pour l'enregistrement.

Nous avons deux possibilités pour enregistrer, notre téléphone portable ou notre ordinateur selon le moyen de communication utilisé. De plus, nous imprimons notre grille d'entretien car nous sommes plus à l'aise avec le format papier. Nous choisissons de ne pas prendre de note afin d'être pleinement concentrée sur le discours de l'ergothérapeute. Afin de limiter les biais et de respecter la fidélité entre les entretiens, nous respectons la grille d'entretien, ainsi que l'ordre des questions. Nous ne pouvons pas changer au cours des différents entretiens sinon il n'y a pas de représentativité dans les réponses.

#### 7.4.3. Présentation de la méthode de catégorisation et de codage des données

Suite à l'entretien, nous réalisons une retranscription intégrale, mot à mot sans aucune interprétation des entretiens réalisés (Tétreault *et al.*, 2014 ; Gatto & Ravenstein, 2008). De ce fait nous choisissons la manière de retranscrire « les hésitations, les silences, les exclamations, les interrogations » (Gatto & Ravenstein, 2008). Nous numérotions chaque ligne de la retranscription réalisée afin de permettre au lecteur de retrouver plus facilement une citation

dans le discours rédigé. Puis nous analysons les données recueillies en trois étapes selon Gatto & Revenstein (2008), ce travail d'analyse demande de l'interprétation entre deux éléments : l'objectivité et la subjectivité. La première étape est la pré-analyse, c'est-à-dire que nous faisons une première lecture des verbatims afin de nous familiariser et d'intégrer les différentes données : une lecture dite : flottante (Gatto & Revenstein, 2008 ; Wanlin, 2007). La deuxième étape est l'identification. Elle se compose de la catégorisation et du codage des données. Nous commençons par la catégorisation des données. Il s'agit d'associer chaque extrait du discours de l'ergothérapeute à chaque indicateur et indice correspondant. Pour cela, nous nous appuyons sur notre matrice théorique. Pour une meilleure organisation et visibilité pour le lecteur, nous choisissons d'associer une couleur à chaque indice et indicateur. Ensuite, nous surlignons de cette couleur l'extrait du discours de l'ergothérapeute correspondant. Un tableau récapitulatif permet de regrouper l'ensemble de ces données analysées (cf Annexe 16). Le tableau classe les informations trouvées dans le discours des ergothérapeutes par variables, indicateurs et indices, ce qui correspond à notre catégorisation. Cela permet de créer une grille qui « rassemble des éléments ayant des caractères communs sous un titre générique » (Wanlin, 2007). Nous recherchons les indicateurs et indices de la variable indépendante : « l'ELADEB » avant de rechercher ceux de la variable dépendante : « la volition ». Cette analyse ayant pour but de répondre à notre hypothèse. Après la catégorisation des données, nous réalisons le codage de nos données. Cela signifie que nous allons d'une part remplir la grille selon l'unité d'enregistrement retenue par nos soins, et d'autre part réaliser une numérotation, afin d'avoir une quantification en fonction des résultats obtenus (Wanlin, 2007). Donc que nous allons « associer un sens aux mots de la personne interrogée » (Tétreault *et al.*, 2014). Nous utilisons un codage dit fermé car nous construisons notre grille en amont, et non en fonction des retranscriptions retrouvées dans les entretiens. Le codage se réalise en deux étapes, la première consiste à coder une phrase entière en fonction de l'indice. La seconde étape, est lors d'une autre lecture de ressortir les éléments clefs qui correspondent à l'indice. De ce fait, lorsque l'ergothérapeute valide un indice, nous codons par le chiffre « 1 », si l'ergothérapeute valide et infirme l'indice nous codons par « 0.5 ». Enfin si l'ergothérapeute infirme ou ne l'exprime pas codons « 0 ». La troisième et dernière étape de la méthode d'analyse consiste à traiter, interpréter et analyser les résultats obtenus, par une lecture qui se veut plus subjective. C'est-à-dire que nous avançons des éléments à notre hypothèse (Gatto & Revenstein, 2008).

#### 7.4.4. Présentation de l'analyse des résultats

Après avoir effectué ces différentes étapes, nous réalisons une analyse des données brutes afin d'obtenir des statistiques simples des différents indices, indicateurs et variables (Wanlin, 2007). De ce fait, nous pouvons commencer par interpréter les résultats. Nous commençons par une analyse globale des résultats de manière subjective et objective. Nous analysons de manière individuelle les résultats obtenus pour chaque indicateur et indice afin de faire ressortir les éléments spécifiques de nos résultats. Ensuite, nous faisons une analyse de la variable dépendante et indépendante en relation avec le codage pré-cité (1, 0,5 ou 0). Nous analysons également les indicateurs et indices les plus souvent cités par les ergothérapeutes. Il est aussi important de synthétiser les données retrouvées pour chaque indicateur dans le discours des ergothérapeutes. Cela permet de voir la tendance des réponses et de tendre vers la validation ou non de l'hypothèse. Enfin, nous devons également analyser les données recueillies avec les données de littératures que nous avons énoncées dans notre partie pratique et théorique. Cela permet de confronter des concepts abstraits à la pratique professionnelle des ergothérapeutes. En somme, cela permet de mettre en évidence une réponse à notre hypothèse de travail : L'ELADEB favorise la volition du jeune adulte addictive.

## 8. Discussion

Nous présentons dans cette partie une analyse de notre travail de recherche dans sa globalité, avant d'énoncer la transférabilité de notre travail de recherche dans le métier d'ergothérapeute.

### 8.1. Analyse du travail de recherche

#### 8.1.1. Préviation de la réponse à la question de recherche

Afin de pouvoir statuer sur notre hypothèse de recherche, nous analysons les questions de la grille d'entretien qui croisent les deux variables. Cela permet de tendre vers une réponse à notre hypothèse. Dans le cas où nous retrouvons plus de 50% des indicateurs de nos variables indépendante et dépendante, nous considérons que notre hypothèse est validée. Cela signifie que l'ELADEB, variable indépendante a un impact sur la variable dépendante : la volition. Cependant, il est toujours nécessaire de nuancer les résultats obtenus car il peut y avoir d'autres éléments retrouvés dans le discours de l'ergothérapeute. En effet, nous avons choisi d'ajouter une question ouverte à la fin de notre entretien afin que chaque ergothérapeute ait la place d'ajouter un commentaire qu'il lui semble important et que nous ne questionnons pas lors de l'entretien. Ces potentiels éléments nouveaux sont à ajouter à notre analyse et donc à la réponse de notre hypothèse. Nous supposons que d'autres éléments peuvent venir influencer la volition du jeune adulte addictive, autre que l'ELADEB. Par exemple : la posture d'écoute de

l'ergothérapeute, la personnalité de la personne qui s'auto-évalue ou encore le niveau auquel la personne est dans son processus de changement. Cependant, nous ne pouvons pas statuer sur ces phénomènes car ce ne sont que des suppositions. Puis, dans le cas où les résultats sont inférieurs à 50% alors notre hypothèse peut être invalidée.

#### 8.1.2. Analyse des biais méthodologiques

Que notre hypothèse soit validée ou non, il est important de connaître et analyser les différents biais méthodologiques. En effet, ce sont des « éléments qui limitent l'interprétation et la généralisation des résultats » (Tétreault, 2014). Pour commencer, il s'agit de notre premier entretien d'expérimentation. Nous envisageons de créer de manière involontaire des biais en ne respectant pas le cadre ou une attitude identique avec chaque ergothérapeute. De fait, nous pensons qu'il peut y avoir des biais d'évaluation. Cela « correspond à une difficulté de maintenir une standardisation de la prise de mesures entre les différents évaluateurs » (Tétreault, 2014). Cela peut faire référence au temps dédié pour l'entretien, au temps donné à chacune des questions, au fait d'utiliser une question de relance ou non. Cela entraîne un temps d'écoute et d'expression différents pour chaque ergothérapeute. En effet, nous pensons que notre premier entretien, est différent du dernier dû à une aisance qui s'installe, et peut-être une meilleure maîtrise du stress. De plus, dans la limite qui nous est impartie, nous souhaitons interroger 3 ou 5 personnes. De ce fait le nombre de participants n'est pas suffisant pour généraliser les données. Il est nécessaire d'avoir un échantillon de participants plus conséquent pour rendre notre étude pertinente et généralisable. Il y a également le biais de confusion (Tétreault *et al.*, 2014). Nous ne conduisons pas une étude pilote, de ce fait il est possible qu'il y ait des erreurs d'estimations avec des conséquences soit positives soit négatives. Cependant afin d'atténuer ce biais, nous réalisons des entretiens au préalable, ainsi qu'une validation par nos référentes professionnelle et pédagogique. Ensuite, dans notre échantillonnage nous n'avons pas exclu d'interroger des ergothérapeutes exerçant dans des pays francophones et notamment en Suisse, lieu de conception de l'outil d'évaluation ELADEB. Cependant, la pratique professionnelle peut être différente d'un pays à l'autre ce qui peut rendre les résultats différents. Aussi, nous pensons que le biais de sélection, peut rentrer en cause dans notre méthodologie. Cela concernant la manière dont nous sélectionnons les ergothérapeutes. Dans notre recherche, les participants ne sont pas sélectionnés de la même manière. Selon Tétreault *et al.*, (2014), pour limiter ce biais, il faut se remettre à un choix aléatoire. Or, dans nos conditions de recherche, cela est peu envisageable. Par ailleurs, notre variable dépendante « la volition » est un concept subjectif qui peut-être défini et interprété de différentes manières par les ergothérapeutes. Il y

a donc une partie d'interprétation de la part de l'ergothérapeute dans la réponse et l'analyse de la volition. C'est pourquoi, il est plus pertinent d'aller questionner directement les jeunes adultes addicts sur leur volition afin de limiter ce biais. Cela permet d'éviter de passer par un intermédiaire et d'avoir des réponses plus probantes sans potentielle interprétation.

## 8.2. Transférabilité dans le métier d'ergothérapeute

### 8.2.1. Perspectives et débouchées

Ce travail de recherche nous permet de faire un état des lieux sur la pratique ergothérapique auprès de jeunes adultes consommateurs. Nos principales données littéraires sur la pratique en ergothérapie étant majoritairement anglo-saxonnes, nous pensons que cette étude serait l'opportunité d'élargir nos connaissances sur le sujet à l'échelle nationale. De plus, cette étude a une perspective intéressante car elle questionne une évaluation type utilisée en ergothérapie auprès de la population des jeunes adultes consommateurs. Ce sont des éléments qui peuvent étayer la pratique professionnelle en ergothérapie.

### 8.2.2. Eléments transférables à notre future pratique professionnelle

La construction de ce travail d'initiation à la recherche, nous permet d'acquérir des connaissances sur la méthodologie de recherche scientifique. Aussi, de développer nos capacités synthétiques, d'expertise en termes de données probantes. De ce fait nous mettons en exergue notre compétence huit « Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ». Cette compétence est mobilisée au quotidien dans notre future pratique professionnelle. D'autre part, le fait de nous exercer à l'entretien est un exercice pertinent car cela correspond à la première compétence d'un ergothérapeute, qui est la passation de bilans et entretiens. Enfin, nous interrogeons une évaluation spécifique : l'ELADEB, outil que nous pouvons utiliser dans notre future pratique professionnelle. Cela devient un outil d'évaluation concret à utiliser. De plus, celui-ci s'adresse également à tous types de personnes, même ceux ayant des difficultés de communication ou cognitives (Pomini *et al.*, 2011). Les supports visuels par cartes permettent un échange facilité et concret qui s'adapte à toute population. De plus de nombreuses catégories d'occupation sont proposées (20 domaines de la vie quotidienne) ce qui permet de balayer l'ensemble du quotidien de la personne. Cet outil permet aussi de s'inscrire dans une démarche centrée sur la personne et ses occupations, ce que nous souhaitons ne pas négliger dans notre future pratique professionnelle

### 8.2.3. Point de vue éthique du travail de recherche

Concernant le point de vue éthique de notre travail de recherche, il s'articule autour des choix d'occupations chez le jeune adulte consommateur. En effet, nous questionnons les valeurs, les

centres d'intérêt du jeune dans un but d'atteindre des occupations saines. Cependant, le jeune peut décider de maintenir certaines occupations néfastes. Du point de vue de la santé humaine, quelle est la posture de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du jeune lorsqu'il choisit des occupations néfastes ? Quelle est la balance entre le choix du jeune, la santé et l'accompagnement en ergothérapie ?

## 9. Conclusion

Ce travail de recherche centré sur l'accompagnement en ergothérapie de jeunes adultes addictes est pertinent puisqu'il s'agit d'un problème de santé publique et d'un sujet d'actualité à l'échelle internationale. Aussi, parce que l'ergothérapeute peut être amené à accompagner des jeunes adultes souffrant de comorbidité en santé mentale et de trouble liés à l'utilisation de substances. Cela pose un questionnement quant à notre population cible, en nous demandant si l'impact est le même lorsqu'il y a une comorbidité en santé mentale.

La réalisation de cette initiation à la recherche permet aux ergothérapeutes d'être sensibilisés aux addictions chez un public jeune. Aussi, cet écrit est basé sur le MOH, ayant un intérêt particulier comme trame de lecture pour accompagner le jeune adulte addicté. En effet, ce modèle propose un langage commun et une dynamique entre les différentes dimensions qui le compose. Le MOH repose sur les composantes de la personne formant l'Être, puis les niveaux d'action donnant l'Agir, pour une résultante des deux : le Devenir. Ce modèle fait émerger le questionnement de l'état motivationnel du jeune adulte addicté durant la première phase du processus d'intervention : l'évaluation initiale. La volition semble être un socle pour parvenir à l'occupation. Le MOH devient alors la continuité de notre cheminement concernant le jeune adulte addicté dans un but d'arriver à une occupation saine. De ce fait, ce modèle est centré sur la personne et ses occupations, tel est le but de l'évaluation en ergothérapie. Nos recherches démontrent une pertinence de l'auto-évaluation dans notre sujet. Le jeune adulte est acteur et construit ses réponses selon son jugement subjectif et objectif, son environnement et ses occupations. De cette action, le jeune consommateur prend conscience de son déficit occupationnel, et exprime ses sentiments sans que l'ergothérapeute les interprète. En ergothérapie, l'ELADEB est l'un des outils d'auto-évaluation le plus utilisé, notamment en réhabilitation psycho sociale. Elle peut sembler être pertinente dans le champ du psychodynamique selon nos recherches ainsi qu'associé au MOH.

La conception de ce travail de recherche développer nos compétences en démarche de recherche scientifique mais aussi nos capacités d'analyse des données et de syntaxe. La réalisation de différents tableaux et cartes conceptuelles sont des stratégies qui nous ont permis de structurer

notre pensée et donc notre retranscription. Ces compétences développées pour ce travail nous sont utiles dans notre futur parcours professionnel. Concernant les faiblesses de ce travail, la principale est de ne pas avoir réalisé l'expérimentation. De ce fait, nous nous questionnons sur l'analyse des résultats et la pertinence du design méthodologique que nous développons. Nous espérons que la spécificité de l'ergothérapeute est explicitée quant à l'utilisation de l'ELADEB soit suffisamment claire pour démontrer au lecteur le fait que cet outil soit centré sur la personne et ses occupations. Ces fondements étant indispensables en ergothérapie, cela démontre la pertinence de cet outil. Enfin, la difficulté est dans le choix des notions à approfondir, également dans le choix des éléments cités puis dans leur hiérarchisation des informations. La méthodologie nous a paru parfois difficile. Aussi, dans la théorie, nos recherches concernant l'auto-évaluation sont toutes de nature psychologique de ce fait, pas une spécificité ergothérapeutique. Nos faiblesses résident dans le lien avec l'ergothérapie.

Pour finir, le questionnement final de notre travail de recherche s'articule autour de l'accompagnement en ergothérapie en amont de la consommation chez les jeunes adultes. Nous nous intéressons aux rôles des ergothérapeutes dans la prévention des risques au niveau des occupations chez les adolescents.

## 10. Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. Paris, France : Elsevier Sciences France.
- Anaby, D. R., Backman, C. L., & Jarus, T. (2010). Measuring Occupational Balance: A Theoretical Exploration of Two Approaches. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 280 - 288. doi:10.2182/cjot.2010.77.5.4
- ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes). (2019). *La profession - Définition*. Consulté le janvier 4, 2020, sur ANFE: <https://www.anfe.fr/1-ergotherapie/la-profession>
- Battaglia, N., & Gierski, M. (2014). *L'addiction chez les adolescents: psychologie de la conduite addictive : cannabis, alcool, alimentation, jeux vidéo, jeux d'argent*. Louvain La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur .

- Belanger , R., Briand , C., & Rivard, S. (2006). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*(chapitre 3), 111 - 158.  
Consulté le février 15, 2020
- Belanger, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. (D. Harvey, Éd.) *La partenaire* , 13(1), 8-14. Consulté le janvier 15, 2020
- Bellon-Champel, L., & Varescon, I. (2017). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence; facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique* , 175(4), 313-319.  
doi:10.1016/j.amp.2015.06.005
- Blair, S. (2000, mai). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237. doi:10.1177/030802260006300508
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (2016). *Modèle de l'occupation humaine* . Consulté le mars 28, 2020, sur Centre de référence du modèle de l'occupation humaine: <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Chrétien-Vincent, M. (2014). Exemple d'une lettre d'information et d'un feuillet de consentement. Dans S. Tétrault, & P. Guillez , *Guide de pratique de recherche en réadaptation* (pp. 527-532). Louvain-la-Neuve: De boeck supérieur . Consulté le avril 23, 2020
- Couteron, J.-P., Beck , F., Bonnet, N., & Obradovic , I. (2015). Adolescence et addiction : pistes et propositions pour adapter les politiques de santé publique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 258-297. doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.001>
- Csillik , A. S., & Petot , J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'évolution Psychiatrique* , 77(3), 331-341.  
doi:10.1016/j.evopsy.2012.02.002
- Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Paris: De boeck.

- Develay, M. (1989). Sur la méthode expérimentale. Dans Institut National de Recherche en Pédagogie. Pédagogique, *Perpectives documentaires en education* (pp. 3-15). Paris. Consulté le avril 23, 2020, sur [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9152/ASTER\\_1989\\_8\\_1.pdf?sequence=1](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9152/ASTER_1989_8_1.pdf?sequence=1)
- Dür, M., Unger, J., Stoffer, M., Drăgoi, R., Kautzky-Willer, A., Fialka-Moser, V., . . . Stamm, T. (2015, janvier). Definitions of occupational balance and their coverage by instruments. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 4-15. doi:10.1177/0308022614561235
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (1999). Physical Housing Environment: Development of a Self-Assessment Instrument. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 250 - 260. doi:10.1177/000841749906600507
- Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2009). Principes de la thérapie et des prises en charge en addictologie. *Addiction*, pp. 62-68. doi:10.1016/B978-2-294-70316-4.00008-4
- Gatto, F., & Ravenstein, J. (2008). *Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir*. Paris : Sauramps médical .
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie - De la souffrance psychique à la réadaptation*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Deboeck supérieur . Consulté le mars 15, 2020
- Hulvershorn, A., Quinn, L.D., Scott, E. (2015) Treatment of Adolescent Substance Use Disorders And Co-Occurring Internalizing Disorders. Dans G. Jeanne, D. Purper-Ouakil, H. Rigole, & N. Franc, *Nouveaux styles de consommation de produits psychoactifs chez les adolescents en France*. 43(4), 346-353. *L'Encéphale* (2017).
- INSERM. (2014). *Addictions du plaisir à la dépendance*. Consulté le mai 2019, sur INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- INSERM. (2014). *Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement*. INSERM, coll. Paris: Expertise collective.
- Jeanne, G., Purper-Ouakil, D., Rigole, H., & Franc, N. (2017). Nouveaux styles de consommation de produits psychoactifs chez les adolescents en France. *L'Encéphale*, 43(4), 346-353.

Journal Officiel de la République Française. (2017). Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine.

doi:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte>

Kielhofner, G. (1998). The Occupational Performance History Interview: Evidence for Three Underlying Constructs of Occupational Adaptation. Dans R. Belanger., C. Briand., & C. Marcoux (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. (D. Harvey, Éd.) *La partenaire*, 13(1), 8-14.

Kielhofner, G. (2002). A Model of Human Occupation: Theory and Application. Dans R. Belanger., C. Briand., & C. Marcoux (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. (D. Harvey, Éd.) *La partenaire*, 13(1), 8-14.

Kim, A. Loomis, B. Busey, A. Farrelly, M. Willett, J. Juster, H. (2013) Influence of Retail Cigarette Advertising, Price Promotions, and Retailer Compliance on Youth Smoking-Related Attitudes and Behaviors. Dans G. Jeanne, D. Purper-Ouakil, H. Rigole, & N. Franc, Nouveaux styles de consommation de produits psychoactifs chez les adolescents en France. 43(4), 346-353. *L'Encéphale* (2017).

Martins, S. (2015). Agissez... pour votre santé ! L'équilibre occupationnel : un concept clé en ergothérapie. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, & E. Quevillon, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp. 43 - 51). Paris: De boeck solal.

Meyer, S. (2010). *Démarche et raisonnements en ergothérapie* (éd. 2). Lausanne, Suisse : Les cahier de l'EESP . Consulté le février 17, 2020

Meyer, S. (2013 ). *De l'activité à la participation*. Louvain-la-Neuve: De boeck supérieur .

Mignet, G. (2015). Motivation, Volition et engagement : éclairage du modèle de l'occupation humaine. Dans M.-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, & C. Gras, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 97 - 106). De boeck Solal.

Mignet, G. (2017). *MOHOST outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Paris, France: Deboeck supérieur . Consulté le décembre 15, 2019

- MILD&CA. (2015). *Prévenir et accompagner : les Consultations Jeunes Consommateurs* . Consulté le mai 2019, sur Mission interministérielle et lutte contre les drogues et les conduites addictives : <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/dossiers/prevenir-accompagner-consultations-jeunes-consommateurs>
- MILD&CA. (2019). *Lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes*. Consulté le avril 2019, sur Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives : <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/lieux-daccueil-decoute-jeunes>
- MILD&CA. (2019). *L'essentiel sur ... les jeunes et le cannabis*. Consulté le octobre 2019, sur Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives: <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-jeunes-cannabis?fbclid=IwAR1MB9QM818HqZlnvuuj-NNVdu9gko1r1p64jXmXaU8rNoyGkPollpJJ1Vc>
- Ministère des Solidarités et de la Santé . (2019). *Prévention en santé*. Récupéré sur Addiction: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
- Morel-Bracq. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* . Louvain-la-Neuve , Belgique : Deboek supérieur .
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Drugs, Brains, and Behavior : The Science of Addiction*. Consulté le mai 5, 2019, sur NIDA : <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa.pdf>
- OFDT. (2020). *Synthèse thématique : vue d'ensemble / toute drogues*. Consulté le février 15, 2020, sur Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#pres>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Facteurs de risque*. Consulté le février 17, 2020, sur Organisation mondiale de la Santé: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/fr/?fbclid=IwAR2Gi-Vu5owZmO\\_uFQI6AnFFPuZNDU970K-xBps5Ggi9DfoxAcpA-BNqJDQ](https://www.who.int/topics/risk_factors/fr/?fbclid=IwAR2Gi-Vu5owZmO_uFQI6AnFFPuZNDU970K-xBps5Ggi9DfoxAcpA-BNqJDQ)
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*. Consulté le Février 17, 2020, sur Organisation mondiale de la santé: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/)

- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Santé de la mère, du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent*. Consulté le février 17, 2020, sur Organisation mondiale de la Santé : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
- Pierce, D. (2016). *Le science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Louvain-La-Neuve, Belgique: De boeck supérieur.
- Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S., & Grasset, F. (2011). *Manuel - ELADEB version révisée*. Centre hospitalier universitaire vaudois, Service de Psychiatrie Communautaire, Prilly.
- Riou, G. (2015). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. (ANFE, Éd.) Consulté le mars 25, 2020, sur <http://docplayer.fr/42123913-Ergotherapie-en-sante-mentale-enjeux-etperspectives.html>
- Santé Publique France. (2019). *Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés*. Etat des lieux des modes et niveaux de consommation et facteurs associés, Paris. Récupéré sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RapportConsoSPA190925.pdf>
- Santé publique France. (2019). *Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ?* Consulté le février 17, 2020, sur Santé publique France: [https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante?fbclid=IwAR0GPE36LugehknALt2mVTu3Q7uhan5EHCXKFZ9\\_pZkQULBaNslQejqpTL8](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante?fbclid=IwAR0GPE36LugehknALt2mVTu3Q7uhan5EHCXKFZ9_pZkQULBaNslQejqpTL8)
- Scallon, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles: De boeck.
- Scroccaro, N. (2017). *Les addictions à l'adolescence*. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- St-Pierre, L. (2004). L'habileté d'autoévaluation : pourquoi et comment la développer ? *Pédagogie collégiale*, 18(1), 33 - 38.
- Sturges, J. E., Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and face-to-face. Qualitative Interviewing: A Research Note. Dans S. Tétreault, & P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215 - 312). Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.

- Tétreault, S., Blais-Michaud, S., & Claire, J.-M. (2014). Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit. Dans S. Tétreault, & P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215 - 312). Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur .
- Tétreault, S. (2014). Stratégie pour poser sa question de recherche. Dans S. Tétreault, & P. Guillez, *Guide de pratique de recherche en réadaptation* (pp. 51-85). Louvain-la-Neuve: De boueck supérieur. Consulté le avril 14, 2020
- Towsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation - Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie* (éd. 2e). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Twinley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301-303. doi:10.1111/1440-1630.12026
- Valleur, M. (2006). Les modèles psychologiques de compréhension des addictions. Dans N. Scroccaro, *Les addictions à l'adolescences*. Louvain-la-neuve: De Boeck Supérieur.
- Vignola-Mir, A., Desrosiers, J. J., & Morin, C. (2017). Comorbidité Santé Mentale et trouble lié à l'utilisation de substance : le rôle de l'ergothérapeute. (CARAFE, Éd.) *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), 32-55. doi:10.13096/rfre.v3n1.49
- Vroman, K. (2010). In transition to adulthood: The. Dans J. Case-Smith, & J.-C. O'Brien, *Occupational therapy for children* (éd. 6th ed, p. 857). Maryland Heights: Elsevier Mosby.
- Wagman, P., Håkansson, C., & Jonsson, H. (2015). Occupational Balance: A Scoping Review of Current Research and Identified Knowledge Gaps. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 160 - 169. doi:10.1080/14427591.2014.986512
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : . (A. p. qualitative, Éd.) *Recherches Qualitatives*(3), 243-272.
- Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders : A systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 1-9. doi:10.1016/j.jsat.2015.11.011

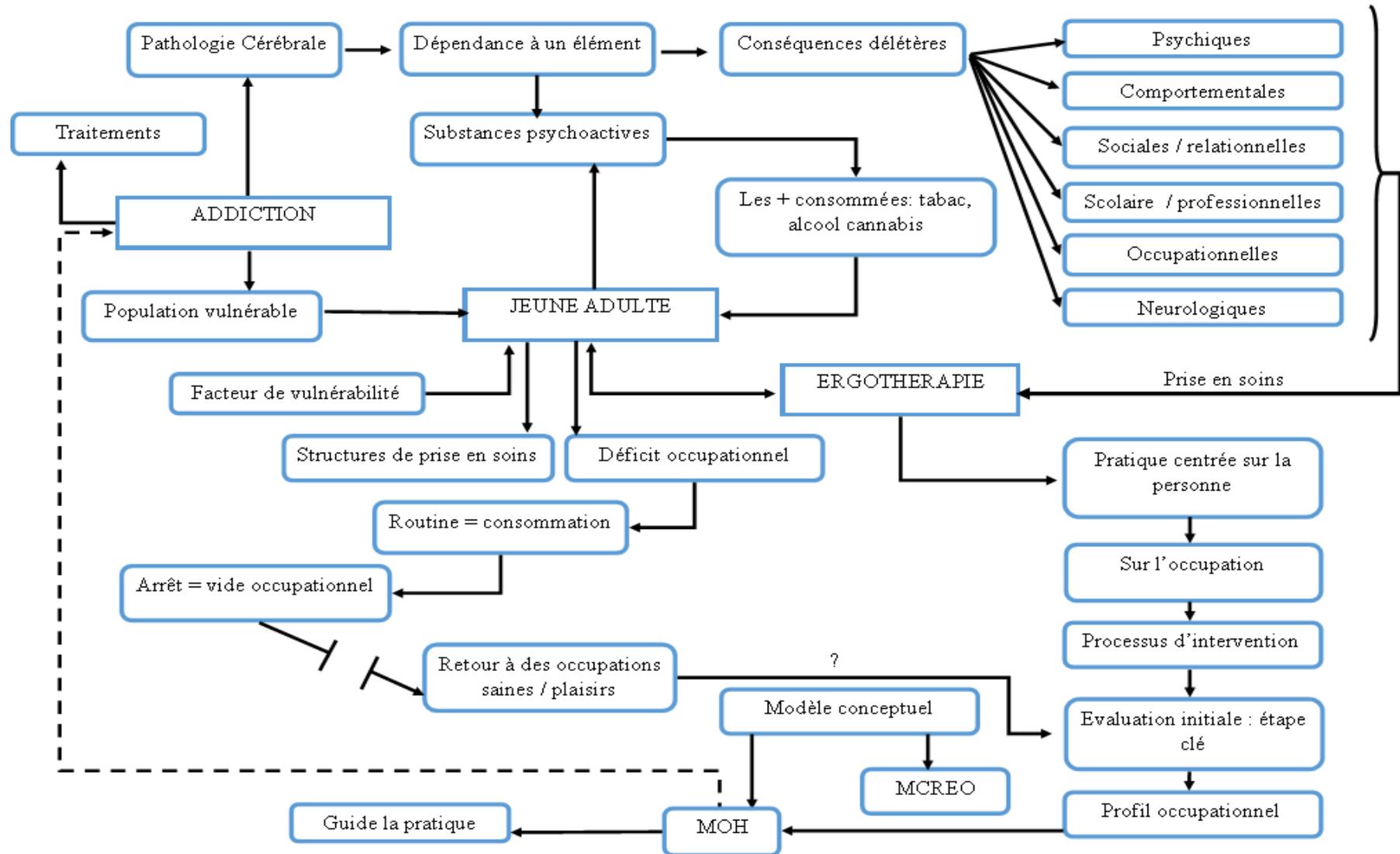
## 11. Annexes

|  |        |
|--|--------|
| <b>Annexe 1</b> : Carte conceptuelle .....   | I      |
| A. Carte conceptuelle de la partie pratique .....  | I      |
| B. Carte conceptuelle de la partie théorique .....   | II     |
| <b>Annexe 2</b> : Structures d'accueil .....   | III    |
| <b>Annexe 3</b> : Processus de changement .....  | IV     |
| <b>Annexe 4</b> : Grille d'entretien de l'enquête exploratoire .....   | VI     |
| <b>Annexe 5</b> : Synthèse des informations recueillies auprès des ergothérapeutes – phase exploratoire..... | VIII   |
| <b>Annexe 6</b> : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine.....  | XIV    |
| <b>Annexe 7</b> : Présentation de l'ELADEB .....   | XV     |
| A. Présentation imagée des cartes de l'ELADEB .....  | XV     |
| B. Fiche de passation de l'ELADEB .....  | XVI    |
| <b>Annexe 8</b> : Description des spécificités de l'échantillon.....   | XVIII  |
| <b>Annexe 9</b> : Tableau comparatif du choix des techniques d'échantillonnage.....                          | XXI    |
| <b>Annexe 10</b> : Mail d'information pour le recueil de participants.....                                   | XXII   |
| <b>Annexe 11</b> : Message d'information pour le recueil de participants .....                               | XXII   |
| <b>Annexe 12</b> : Tableau comparatif du choix de l'outil de recueil de données.....                         | XXIII  |
| <b>Annexe 13</b> : Matrices de la variable dépendante et indépendante .....                                  | XXIV   |
| <b>Annexe 14</b> : Descriptif de la grille d'entretien .....   | XXVIII |
| <b>Annexe 15</b> : Formulaire d'autorisation et de consentement .....  | XXXIII |
| <b>Annexe 16</b> : Grilles d'analyse des données .....   | XXXV   |

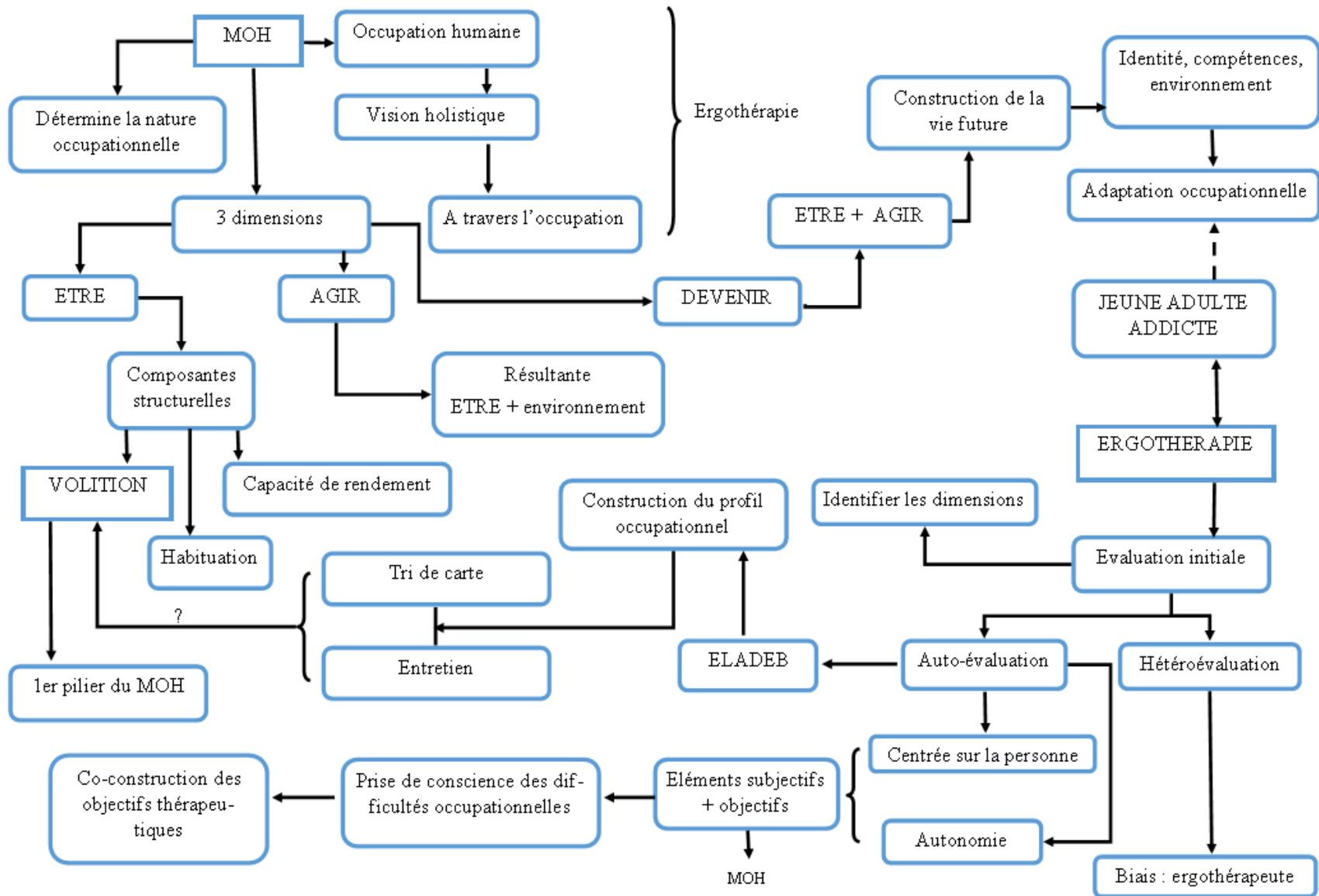
Abstract

## Annexe 1 : Carte conceptuelle

### A. Carte conceptuelle de la partie pratique



## B. Carte conceptuelle de la partie théorique



**Annexe 2 : Structures d'accueil**

Nos recherches et échanges avec les ergothérapeutes nous permettent de recenser neuf structures qui accueillent les personnes souffrant d'addiction (MILD&CA, 2019). Nous présentons uniquement les quatre structures pourvues d'ergothérapeutes.

| Structures d'accueil  | Missions et Objectifs   |
|---|---|
| Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). | Ces structures proposent un accompagnement gratuit et anonyme, en ambulatoire ou en hébergement individuel ou collectif. L'accompagnement est proposé à la personne addictée ou son entourage. Une évaluation globale (médicale, psychologique, social) est réalisée pour proposer ensuite un accompagnement adapté avec une proposition de prise en charge et de sevrage.                        |
| Les communautés thérapeutiques  | Ce sont des centres « mis en place progressivement à partir de 2007 en vue de diversifier l'offre de soins » (MILD&CA, 2019). Ces structures ont pour but de favoriser l'abstinence des personnes dépendantes mais aussi de mettre au centre de l'accompagnement leur projet thérapeutique vers l'insertion sociale par : le groupe   |
| ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) – Hôpitaux d'urgences  | Ces équipes se déplacent en fonction des demandes des services afin d'amorcer un début de prise en soins en addictologie et d'orienter la personne vers un suivi lors de sa sortie d'hôpital.   |
| Les SSRA (services de soins de suite et de réadaptation en addictologie)    | Ils permettent de « prévenir et réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des conduites addictives aux substances psychoactives » (MILD&CA, 2019). C'est un accueil après un sevrage, afin de consolider l'abstinence et de prévenir les rechutes. C'est une continuité de suivi médical dans le but d'une réadaptation sociale (MILD&CA, 2019). |

**Annexe 3 : Processus de changement**

Le processus de changement de comportement est basé sur les recherches de Prochaska et DiClemente (1992) (Cité par Csillik & Petot, 2012). Il en découle le modèle transthéorique basé sous cinq étapes permettant d'accompagner une personne addictive.

| N° Etape | Nom de l'étape      | Définition  |
|----------|---------------------|---|
| 1        | La précontemplation | La personne n'est pas consciente d'avoir un problème et ne pense pas réellement à changer son comportement. En effet d'après Csillik & Petot (2012) la personne est sous le registre défensif concernant ses difficultés. Cette période est caractérisée par le non-désir d'un changement de comportement immédiat, c'est-à-dire dans les six prochains mois.   |
| 2        | La contemplation    | C'est la phase de reconnaissance, la personne prend conscience des risques et pense sérieusement à modifier ses comportements durant les six prochains mois. Cependant la personne « peut être éloignée d'une véritable démarche de changement et peut y rester pendant plusieurs mois ou plusieurs années » (Csillik & Petot, 2012).   |
| 3        | L'action            | C'est l'instant où la personne « modifie activement son comportement, ses expériences ou son environnement pour surmonter le problème » (Csillik & Petot, 2012). C'est un stade court mais la personne réalise le plus d'action pour arrêter sa consommation. Elle est soutenue par son entourage ce qui lui permet de le poursuivre. Prochaska et DiClemente (1994), (cité par Csillik & Petot, 2012) indiquent que cette phase dure d'un à trois mois jusqu'à six mois. |

|   |             |  |
|---|-------------|--|
| 4 | Le maintien | Elle commence après six mois d'arrêt du comportement toxique. La personne met en œuvre des efforts afin « de consolider les changements réalisés durant le stade de l'action et elle doit lutter pour éviter la rechute » (Csillik & Petot, 2012). Ce stade peut alors durer toute la vie.   |
| 5 | Achèvement  | La cinquième phase : d'achèvement. Les personnes atteignent ce stade lorsque leur comportement est « durable », et qu'ils n'ont « plus besoin de faire d'effort pour prévenir la rechute au comportement ancien ». Cela est un stade définitif et la rechute est « écartée ».  |
|   | La rechute  | Il n'est pas possible de le déterminer. Il est effectif dès lors que les stratégies de maintien de comportements n'ont pas tenues. D'après Prochaska & DiClemente (1994), (cité par Csillik & Petot, 2012) la personne retourne au stade de contemplation après la rechute. Ce stade est synonyme d'échec pour la personne, mais elle lui permet de déterminer ses forces et faiblesses. |

Ce processus de changement est possible selon les chercheurs à l'âge adulte car la personne a la capacité de réflexion et de remise en question. Cela vient renforcer le fait que nous centrons nos recherches sur l'addiction aux substances psychoactives chez le jeune adulte qui peut avoir une analyse réflexive de son comportement.

**Annexe 4** : Grille d'entretien de l'enquête exploratoire**ENTRETIEN MEMOIRE – ENQUÊTE EXPLORATOIRE**

Nom du thérapeute :

Téléphone :

Localisation :

Date de l'entretien :

Contact :

***Présentation personnelle*** : Bonjour, je suis Jacquillet Julia, je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie dans l'institut de formation de La Garde. Afin de finaliser la troisième et dernière année d'étude, je souhaite réaliser une démarche de recherche sur le thème de l'addiction chez les jeunes. **Dans un premier temps mon but est de connaître la démarche d'intervention des ergothérapeutes travaillant avec ce public afin promouvoir ce métier auprès de cette population.**

***Présentation de l'entretien*** : Notre rencontre / appel téléphonique consiste donc à échanger sur la pratique ergothérapique auprès des personnes qui consomment des substances psychoactives, si possible auprès d'une population jeune. Pour cela nous allons aborder différents thèmes :

- Votre parcours personnel
- La pratique ergothérapique

**Consignes** : Confidentialité – Puis – je enregistrer ? Vous avez le droit de ne pas répondre à certaines de mes questions, et de me poser des questions.

***Questions*** :

- Votre parcours personnel
  - Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?
  - Depuis combien de temps travaillez-vous avec cette population ? / Combien de temps avez-vous travaillé avec cette population ?
  - Avez-vous réalisé des formations particulières en lien avec l'accompagnement ergothérapique des jeunes présentant une addiction ? ?

- Êtes-vous à temps complet ?
- Pourquoi avez-vous choisi ce milieu d'exercice professionnel ?
- La population
  - Comment définiriez-vous un jeune ? un adolescent ?
  - Comment définiriez-vous l'activité « consommer » ?
  - Selon vous, comment débute l'addiction chez les jeunes ?
  - J'ai trouvé un article de l'INSERM qui expliquent différents facteurs de consommation, travaillez-vous sur ses facteurs ?
  - Qui oriente les jeunes dans le centre ? Les parents ? Eux-mêmes ? La police ?
  - Combien de temps restent-ils ?
  - Quels sont les impacts observés sur les activités de vie quotidienne ? Sur le cerveau ? Sur l'école ? Dans la structure familiale ?
  - Les jeunes consommateurs ont-ils conscience de l'impact des addictions sur leur corps ?
- Votre pratique
  - Quelles sont les évaluations que vous utilisez ?
  - Pour quelle(s) raison(s) ?
  - Faites-vous une évaluation qui cote les habitudes de vie d'avant la consommation à maintenant ? Si oui laquelle ? (Maison, validée) ?
  - Quelle est votre technique d'accompagnement ? En groupe ? En individuel ?
  - Selon vous, comment orienter ce choix de séance ?
  - Utilisez-vous du matériel lors des séances ? Le(s)quel(s) ?
  - Quelles activités réalisez-vous ?
  - Assurez-vous un suivi après la sortie du centre ?
  - Impliquez-vous la famille dans les séances ? Si oui, comment ?
  - Utilisez-vous un modèle conceptuel ? Si oui, lequel ?
  - Comment maintenir les activités significatives auprès de cette population ?

Remerciement : Merci pour votre temps. Avez-vous des questions ?

**Annexe 5** : Synthèse des informations recueillies auprès des ergothérapeutes – phase exploratoire

Notre enquête exploratoire a été réalisée en octobre auprès de deux ergothérapeutes, le premier travaillant dans un centre médico psychologique qui accueille des personnes avec des troubles addictifs et le deuxième exerçant dans un SSRA. Ce qui ressort en premier c'est que l'équilibre occupationnel est en déficit à cause de la consommation de substances psychoactives. En effet les professionnels expliquent que le quotidien des personnes consommatrices tourne autour de la substance, que ce soit pour trouver de l'argent, pour se la procurer et pour la consommer. Le second élément qui est commun chez les professionnels c'est l'importance de l'alliance thérapeutique afin de favoriser la confiance dans l'accompagnement, la motivation et de rendre acteur la personne. Le troisième élément en commun de ces entretiens c'est l'importance de l'évaluation. Il peut s'agir de cibler les problèmes cognitifs pour l'un ou les différents problèmes du quotidien pour l'autre. Ils utilisent en fonction de la personne le modèle du MOH ou du MCREO. Ils ont donc pour objectif de connaître la personne, et de n'oublier aucun élément grâce aux évaluations. Le quatrième élément qui ressort est la présence de problèmes cognitifs, ils ont tous deux évoqué cette difficulté mais l'accompagnement est différent. Pour l'ergothérapeute qui axe ses prises en soins sur cette problématique, les troubles cognitifs ont un impact direct sur les activités de vie quotidienne. Il faut donc cibler les difficultés à l'aide d'outils pour agir au plus proche des besoins de la personne pour les réduire. De plus ils affirment que plus la consommation apparaît tôt dans la vie de la personne, plus les répercussions sur le quotidien sont importantes. Pour finir, ils nous expliquent que but de l'ergothérapie est de favoriser un équilibre occupationnel en faisant émerger des activités qui leur procurent satisfaction, mais aussi de pouvoir recréer du lien avec les autres tout en agissant sur l'estime de soi. En effet lors des consommations les personnes sont seules, même si pour la plupart elles ont commencé en groupe. Dans les accompagnements que réalisent les ergothérapeutes en équipe pluridisciplinaire ils favorisent l'insertion professionnelle des jeunes adultes addictes. Cela permet dans un premier temps de créer des temps de cohésion entre les différentes personnes du groupe, mais aussi de créer un engagement vers un objectif socioprofessionnel.

Tableau récapitulatif des deux entretiens auprès des ergothérapeutes

|                           |  | Entretien 1   | Entretien 2  |
|---------------------------|--|---|--|
| Le parcours professionnel |  | DE d'ergothérapie en France. Puis maîtrise au Canada<br>Emploi : Centre médico psychologique psychiatrie adulte (à partir de 16 ans).   | DE d'ergothérapie en France.<br>Emploi : SSR addictologie                                  |
| La population             | Définition « jeune » et « adolescent » | Il ne définit pas les adolescents à l'âge d'accueil du CMP (16 ans), pour lui on est adolescent.<br>Jeune adulte entre 15 – 18 ans. 18 ans c'est le point de vue légal.<br><br>Moment de la dépendance pour un jeune mais il a besoin des parents en même temps. Donc il ne demande pas de l'aide, sinon c'est s'avouer vaincu. Etape de transition<br><br>Conseil de prendre une population plus large 15 – 21 ans, car c'est le moment où le jeune rentre dans la vie active et du coup il a d'autres moyens.<br><br>Substance psychoactive : plus répandues chez les jeunes. | Il définit l'adolescence jusqu'à 22 ans.<br><br>Difficulté dans la relation thérapeutique. |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>Définition « activité consommer »</p> | <p>Activité de loisir (plaisir), de soins personnel (vitale) ou de productivité ? Pour lui dans la dimension physique, mais peut changer de catégorie en fonction de la manière dont il consomme.</p>  |   |
|  | <p>La consommation</p>                   | <p>La problématique chez les jeunes c'est qu'ils n'ont pas conscience du problème de la consommation. Ils dédramatisent souvent en fonction d'où ils en sont dans la consommation.</p> <p>Il ne faut pas leur faire la morale car leur parent le fond déjà assez. Donc importance ++ de l'alliance thérapeutique.</p> <p>Le cerveau redemande la consommation. Lorsque la consommation de substance psychoactive il y a une conséquence : le déséquilibre occupationnel, car tout tourne autour du produit. Ils Cherchent à en acheter, en consommer (dormir car sous l'effet du produit). De ce fait il délaisse les soins personnels, l'école. Peuvent se mettre en danger (loi, voir la</p> | <p>Problématique : l'isolement en général – et les jeunes de décrochage scolaire. Surtout la rupture de liens sociaux.</p> <p>Dans la majorité des cas : problématiques psychologiques derrière la consommation.</p> <p>Les personnes elles-mêmes demandent à leur addictologue pour aller dans la structure.</p> |

|  |                     |  |   |
|--|---------------------|--|---|
|  |                     | <p>personne à qui ils en achètent, conduite). Toutes leurs journées tournent autour de l'activité : consommé, ils ne prennent plus soin d'eux, plus envie de se changer</p> <p>De plus les troubles cognitifs impactent leur scolarité.</p> <p>Une conso de cannabis à un âge assez jeune, peut avoir des répercussions par la suite</p>                                       |   |
|  | Les facteurs        | <p>Communication difficile dans la famille (parfois ce qui les pousse à consommer). Difficulté pour comprendre l'adolescent, et difficulté dans la consommation.</p> <p>Ergothérapeute : essayer de faciliter la communication, donc aller au domicile, (toujours avec l'accord de l'adolescent). Ou alors amener le jeune à exprimer devant ses parents en étant présent.</p> | <p>Les facteurs de risque influent sur la consommation de manière importante.</p> <p>De plus après un retour à domicile : retour aux facteurs de risques. Due à l'isolement, la solitude et la perte de liens sociaux</p> |
|  | Evaluation réalisée | - Entretien  | MOCA – BREF   |

|                             |                          |   |  |
|-----------------------------|--------------------------|---|--|
| La pratique professionnelle |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- AMPS</li> <li>- Occupational self assessment</li> <li>- Occupational questionnaire</li> <li>- La MCREO</li> <li>- OCAIRS</li> <li>- Test des errances multiples</li> <li>- PRPP (percevoir, se rappeler, planifier, exécuter)</li> <li>- Grille de mesure de l'activité et de la participation MAP</li> <li>- ACIS</li> </ul>                |  |
|                             | Modèle conceptuel        | MCREO / MOH   | MOH  |
|                             | Méthode d'accompagnement | Le but de l'ergothérapeute c'est d'aider les jeunes à retrouver un équilibre occupationnel sain, avec des activités qui leur procure satisfaction. Recréer du lien avec les personnes, par des activités de loisir. En effet quand ils consommaient c'était souvent seul ou avec des gens qui consomment. Les aider à trouver des liens sociaux : soit en trouvant ce qu'ils aimaient | <p>Sur 6 semaines d'accompagnement.</p> <p>Principe de rééducation cérébrale en individuelle ou en stimulation collective. Aide dans les fonctions exécutives, aussi dans la réadaptation dans les activités de vie quotidienne.</p> <p>4 groupes : de parole, de planification,</p> |

XIII

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>avant ou les accompagner dans le travail de réinsertion professionnelle / scolaire.</p> <p>Travail de la confiance en soi,</p> <p>Vide occupationnel lors de l'arrêt de la consommation.</p> <p>Aider pour l'insertion professionnelle : les aider à se présenter à une embauche. Aménager les horaires.</p> <p>Il y a forcément un déséquilibre occupationnel, car souvent ils consomment et mais il a toujours des effets néfastes à côté.</p> | <p>2 groupes d'expression écrite + parole (discussion sur le séjour, sur le futur, déclencher une discussion entre eux → développer les liens sociaux)</p> <p>Prise en soin dans la réinsertion professionnelle – soit réinsertion scolaire.</p> <p>Formation ETP.</p> <p>Autonomie, ils doivent venir aux séances → remettre dans la dynamique de l'extérieur + poser un cadre</p> <p>Pas envie d'aller en ergothérapie car mise en échec dans les exos cérébral → car cela montre les problèmes</p> |
|--|--|---|---|

## Annexe 6 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine

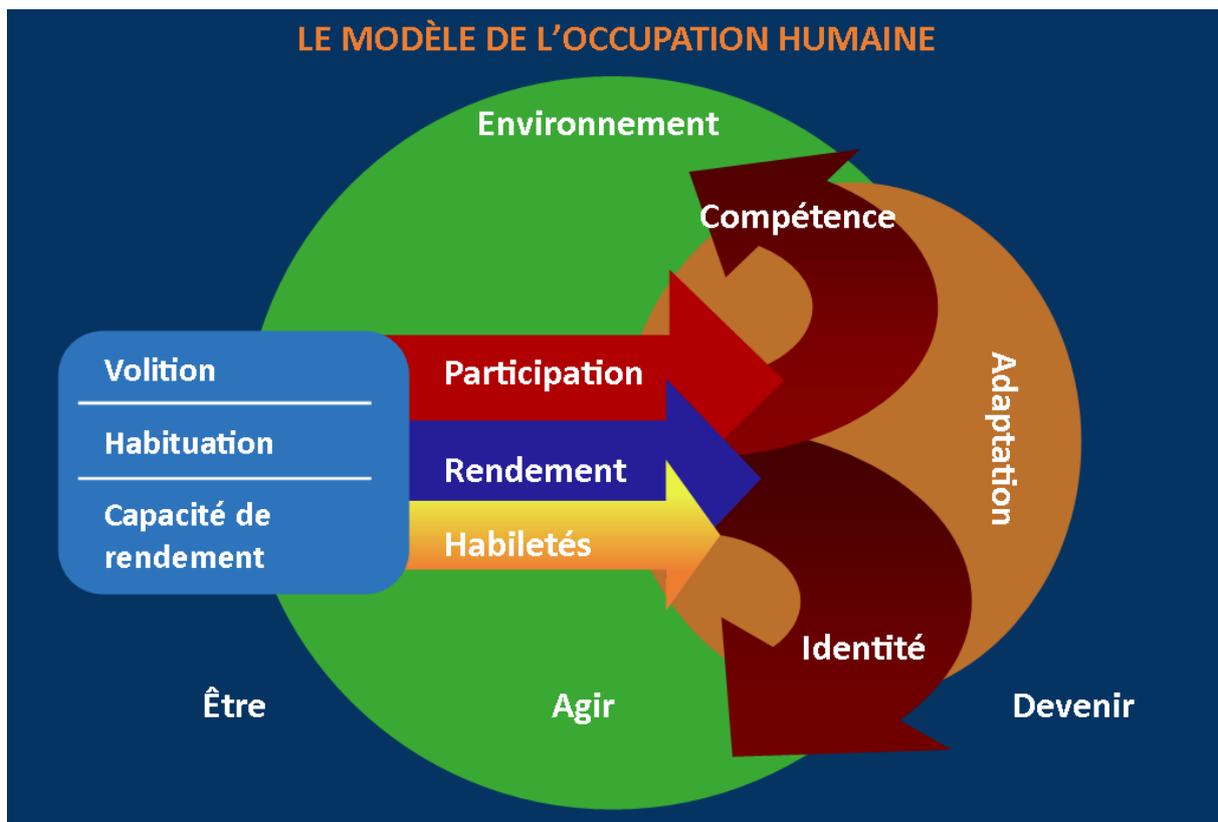


Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine d'après le Site du Centre de référence du Modèle de l'Occupation Humaine (2016).

Dans le cadre de l'ergothérapie, le MOH est en interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement. L'être occupationnel concerne la personne. Il est composé de sa motivation avec ce qu'il aime, ce qui est important et les occupations dans lesquelles la personne se sent capable d'agir. Aussi composé de l'organisation routinière de la personne en lien avec ce que le corps est capable de faire en fonction des différents systèmes de l'organisme, avec un aspect subjectif déterminé par la personne. Ensuite, l'agir est ce que la personne met en place dans une occupation, c'est-à-dire en étant engagé dans l'occupation, en réalisant un élément de la participation et en faisant des actions dirigées vers un but. Ces dimensions sont en interaction avec l'environnement physique sociale et occupationnelle de la personne, il a donc un impact sur les différents éléments cités ci-dessus. Enfin, le dernier élément est le Devenir, c'est-à-dire l'adaptation occupationnelle. Elle représente ce que la personne est, ce qu'elle veut devenir et qui agit à travers le temps et les expériences passées dans les occupations. Lorsqu'il y a un changement occupationnel, il y a une nouvelle organisation. Elle a un impact sur toutes les autres composantes. En effet les éléments sont dynamiques les uns par rapport aux autres. De

ce fait, le changement a des effets sur l'ensemble de la vie de du jeune adulte addicte. Ce modèle est donc pertinent pour comprendre et analyser ces changements.

## Annexe 7 : Présentation de l'ELADEB

### A. Présentation imagée des cartes de l'ELADEB

Selon Pomini *et al.*, (2011)

Figure 1. Quelques cartes représentant les domaines de la vie quotidienne évalués

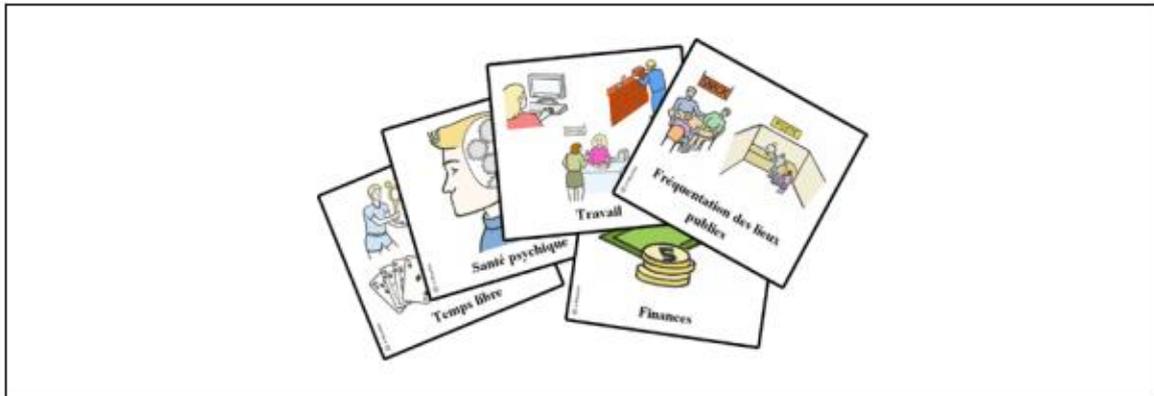


Figure 2. Étiquettes utilisées pour l'évaluation des problèmes

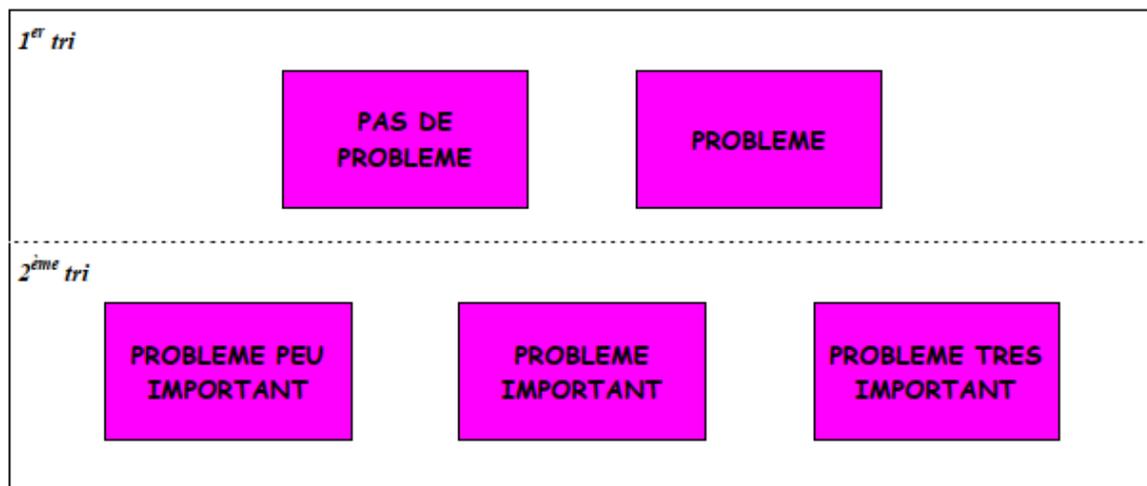
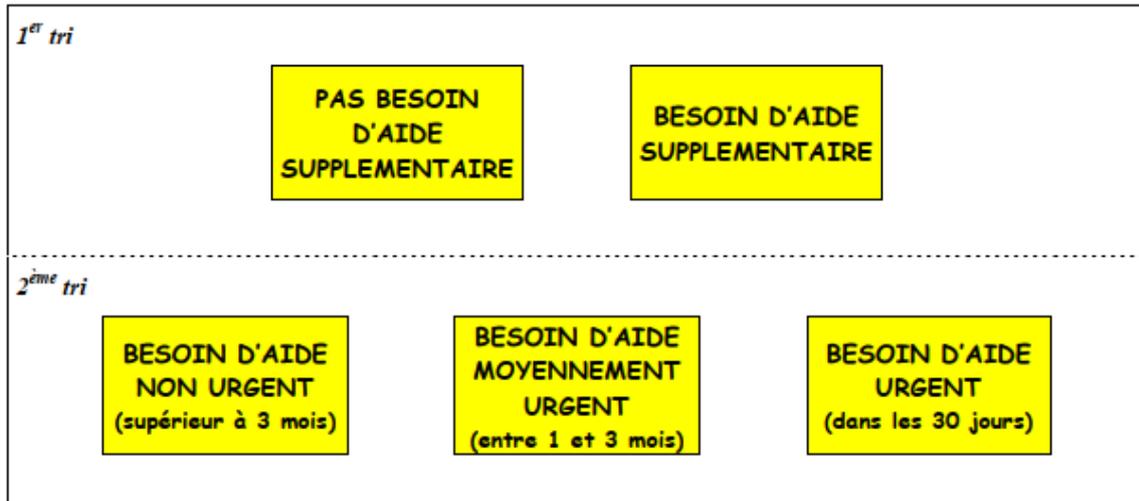


Figure 3. Étiquettes utilisées pour l'évaluation des besoins



B. Fiche de passation de l'ELADEB

Selon Pomini *et al.*, (2011)

**ELADEB-R**

**Fiche de cotation**

Nom, Prénom : ..... Date : .....

**A. Question initiale** (*quel est actuellement le problème le plus important pour vous ?*) :

Three horizontal grey rectangular boxes for writing the answer to the initial question.

**B. Scores**

|    |    | Difficultés    |           | Besoins d'aide |                 |         |
|----|----|----------------|-----------|----------------|-----------------|---------|
|    |    | Présence       | Intensité | Présence       | Degré d'urgence | Origine |
| Co | nd | 1. Lieu de vie |           |                |                 |         |
|    |    |                |           |                |                 |         |

|                                 |   |    |     |    |     |  |
|---------------------------------|---|----|-----|----|-----|--|
|                                 | <b>2. Finances</b>                        |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>3. Travail</b>                         |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>4. Droit &amp; justice</b>             |    |     |    |     |  |
| <i>Sous-Total</i>               |   | /4 | /12 | /4 | /12 |  |
| <b>Pragmatique du quotidien</b> | <b>5. Temps libre</b>                     |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>6. Tâches administratives</b>          |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>7. Entretien du ménage</b>             |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>8. Déplacements</b>                    |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>9. Fréquentation des lieux publics</b> |    |     |    |     |  |
| <i>Sous-Total</i>               |   | /5 | /15 | /5 | /15 |  |
| <b>Relations</b>                | <b>10. Connaissances/Amitiés</b>          |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>11. Famille</b>                        |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>12. Enfants</b>                        |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>13. Relations sentimentales</b>        |    |     |    |     |  |
| <i>Sous-Total</i>               |   | /4 | /12 | /4 | /12 |  |
| <b>Santé</b>                    | <b>14. Alimentation</b>                   |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>15. Hygiène personnelle</b>            |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>16. Santé physique</b>                 |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>17. Santé psychique</b>                |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>18. Addiction</b>                      |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>19. Traitement</b>                     |    |     |    |     |  |
|                                 | <b>20. Spiritualité &amp; croyances</b>   |    |     |    |     |  |
| <i>Sous-Total</i>               |   | /7 | /21 | /7 | /21 |  |

|               |     |     |     |     |  |
|---------------|-----|-----|-----|-----|--|
| 21. Sexualité |     |     |     |     |  |
| Total         | /21 | /63 | /21 | /63 |  |

*Origine : P = professionnels de la santé, F = membres de la famille, E = membres de l'entourage, ? = non précisé / ne sait pas*

**C. Besoin prioritaire** (*si on ne pouvait faire qu'une seule chose pour vous, laquelle choisiriez-vous ?*) :

---



---



---

#### **Annexe 8 : Description des spécificités de l'échantillon**

##### *Professionnels interrogés :*

Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitons interroger des ergothérapeutes avec un diplôme d'état. En effet, nous souhaitons interroger une partie du processus d'intervention en ergothérapie : l'évaluation initiale. De ce fait nous interrogeons exclusivement des ergothérapeutes, dans le but de faire évoluer notre pratique professionnelle.

##### *Pays d'exercice :*

Nous souhaitons interroger des ergothérapeutes francophones car nous savons que l'ELADEB a notamment été conçu en Suisse donc cela peut élargir notre recherche à des pays limitrophes. Cela permet également d'analyser la pratique professionnelle en dehors de la France, notre pays d'exercice.

##### *Ville d'exercice :*

Au niveau de la localisation, nous nous situons près de la ville de Clermont-Ferrand durant le temps de passation des entretiens. Nous faisons en sorte de favoriser les entretiens visuels, de ce fait nous commençons par rechercher autour de cette ville. Cependant dans un souci de temporalité, nous recherchons dans tout l'hexagone et en Suisse.

*Lieu / Structure :*

Lors de la réalisations de notre problématique pratique et théorique nous n'avons pas ciblé un lieu d'exercice en particulier : institution, ambulatoire ou à domicile. Donc nous ouvrons notre recherche à l'ensemble des lieux d'exercice tant que l'ergothérapeute exerce auprès de jeunes adultes consommateurs.

*Temps de travail auprès de la pop :*

Pour notre enquête expérimentale, nous sélectionnons des ergothérapeutes travaillant sur un temps plein ou un temps partiel. Nous savons que la réalité de terrain est telle que certains ergothérapeutes cumulent plusieurs temps partiels, de ce fait ce n'est pas une limite que nous nous fixons pour les critères de recherches.

*Temps d'utilisation de l'ELADEB :*

Concernant le temps d'utilisation de l'ELADEB elle n'est pas définie. Cependant, pour plus de pertinence, nous souhaitons que l'ergothérapeute interrogé utilise l'ELADEB de manière quotidienne dans sa pratique professionnelle. De plus, nous souhaitons dans la mesure du possible que l'ergothérapeute ait reçu une formation pour l'utilisation de cet outil. Toutefois, ce critère n'est pas un critère d'exclusion car d'après le CHUV (2018), la passation de l'ELADEB peut se réaliser sans formation, avec une lecture approfondie des documents techniques.

*Critères d'inclusions :*

Les critères d'inclusions sont : des ergothérapeutes francophones qui utilisent l'ELADEB lors de l'évaluation initiale lors de l'accompagnement de jeunes adultes consommant des substances psychoactives.

*Critères d'exclusions :*

Les critères d'exclusions sont : les ergothérapeutes anglo-saxons. Des ergothérapeutes qui n'accompagnent pas de jeunes adultes consommant des substances psychoactives qui utilisent une autre auto-évaluation que l'ELADEB lors de l'évaluation initiale avec la population cible.

*Nombre de participants :*

Le nombre de participants choisi est un nombre impair pour analyser les données de manière plus pertinente et ne pas retrouver certaines égalités. Dans un souci de temporalité, nous souhaitons interroger minimum trois ergothérapeutes, cinq dans l'idéal. Cela donne plus de validité et de pertinence à notre étude.

**Annexe 9** : Tableau comparatif du choix des techniques d'échantillonnage

| L'échantillon accidentel  | L'échantillon par quota  | L'échantillon typique  | L'échantillon boule de neige   | L'échantillon de volontaires  |
|---|--|--|--|---|
| Il repose sur des personnes rencontrées au hasard. La représentativité de l'échantillon n'est alors pas garantie, de ce fait l'échantillon peut être biaisé et avoir une grande marge d'erreur. | Il faut déterminer dans un premier temps les variables que le chercheur retient, puis il se remet de nouveau au hasard. Cette technique est utilisée lorsque nous ne possédons pas toutes les données complètes pour réaliser un échantillon | Il consiste à déterminer un élément lors que la recherche est orientée. La sélection de cette technique n'est pas de rechercher la représentativité. De ce fait notre recherche ne consiste pas à aller questionner les ergothérapeutes qui utilisent l'ELADEB pour favoriser la volition. | Il consiste à utiliser un informateur de départ qui peut nous transmettre d'autres personnes correspondant à notre échantillon. Elle est donc utile lorsque nous connaissons peu d'individu pour répondre à nos critères | Il se construit grâce à un appel de volontaires par une annonce grâce à différents médias pour recruter des ergothérapeutes correspondants. |
| Nous ne souhaitons pas choisir cette démarche.  | Comme nous pensons le déterminer, cette technique est exclue.  | Nous ne souhaitons pas choisir cette démarche.   | Nous choisissons cette technique car nous n'avons pas l'environnement physique pour répondre à notre recherche   | Nous choisissons cette technique  |

**Annexe 10** : Mail d'information pour le recueil de participants

Bonjour, je suis actuellement en troisième année d'ergothérapeute à l'institut de formation de Toulon (83). Je vous sollicite dans le cadre de la phase expérimentale de mon travail de fin d'année. Je souhaite réaliser un entretien de 20 minutes. Le thème de mon sujet s'articule autour de l'utilisation de l'ELADEB avec des jeunes adultes qui consomment des substances psychoactives.

Si vous êtes intéressé(e)s pour participer à mon sujet, ou si vous souhaitez plus d'informations je vous transmets mes coordonnées.

[Julia.jacquillet@live.com](mailto:Julia.jacquillet@live.com)

Je vous souhaite une bonne journée

Cordialement

Julia Jacquillet

**Annexe 11** : Message d'information pour le recueil de participants

Message diffusé sur les groupes du réseau social Facebook : « Mémoire ergothérapie », « j'exerce un métier mal connu ... ergothérapeute », « le coin de l'ergothérapie » et « Ergothérapeute-psy Belgique ».

[Mémoire – ELADEB – Jeune adulte consommateur de substance psychoactives]

Bonjour, je suis étudiante en troisième année à l'école de Toulon (83). Dans le cadre de mon travail de fin d'année, je suis à la recherche d'ergothérapeutes qui exercent auprès de jeunes adultes consommateur de substances psychoactives. Plus particulièrement qui utilise ou ayant utilisé l'ELADEB avec cette population. Je vous sollicite pour un entretien d'environ 20 minutes.

Je suis à votre disposition pour toutes questions. Merci de m'avoir lu et de votre aide.

Bonne journée.

**Annexe 12** : Tableau comparatif du choix de l'outil de recueil de données

| Le questionnaire   | Le sondage,   | La technique Delphi  | Le récit de vie   | L'entretien  |
|--|---|--|---|--|
| Le questionnaire est utilisé lors de recueil de données quantifiables, or nous venons de démontrer que sélectionnons une méthode qualitative | Il permet de connaître « le niveau de satisfaction des personnes », correspond également à une méthode de récoltes de données quantitatives (Tétreault <i>et al.</i> , 2014). | La technique Delphi, est une méthode qui permet de structurer une communication auprès d'un groupe. Or, nous excluons les méthodes de groupe | Le récit de vie, est une méthode qui permet de connaître les détails d'une situation donnée. Cependant nous n'allons pas interroger les personnes consommatrices, | L'entretien est une méthode qui permet « d'explorer des expériences humaines », c'est-à-dire d'aller questionner ce « les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire » (Tétreault <i>et al.</i> , 2014). Dans notre étude, nous questionnons les répercussions d'une auto-évaluation utilisée par l'ergothérapeute sur la personne consommatrice. Nous avons donc besoin de questionner ce que l'ergothérapeute réalise, et peut observer à travers cet outil. L'entretien, permet aussi prendre en compte des données non quantifiables, de l'ordre de l'observation. Cette méthode nous permet une récolte de données qualitatives pertinentes pour notre recherche |

|                         |                         |                         |                         |                              |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Nous excluons cet outil | Nous sélectionnons cet outil |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|

**Annexe 13** : Matrices de la variable dépendante et indépendante

**TABLEAU VARIABLE DEPENDANTE : VOLITION**

(Belanger, Briand & Marcoux, 2006) (Belanger, Briand & Rivard, 2006) (Mignet, 2015) (Mignet, 2017) (Morel-Bracq, 2017)

| Variable        | Indicateurs                | Indices                         | Réponses attendues   |
|-----------------|----------------------------|---------------------------------|--|
| <i>Volition</i> | Centres d'intérêt*         | Occupation appréciée            | Ce qui a du sens, de l'importance pour la personne.  |
|                 |                            | Choix de l'occupation attirante | La personne choisie l'occupation   |
|                 | Valeurs de la personne**   | Occupation visant un but        | La personne met tout en œuvre pour atteindre un but  |
|                 |                            | Sens de l'obligation            | -La personne s'investit dans une occupation qui a un caractère obligatoire aux yeux de la personne et de la société<br>-Cette occupation peut être obligatoire mais agréable |
|                 |                            | Conviction personnelle          | Ce qui est en lien avec ses croyances, modes de vie et culture   |
|                 | Déterminants personnels*** | Connaissance de ces capacités   | -La personne connaît ses capacités dans la réalisation l'occupation, analyser, évaluer<br>-La personne sait évaluer et analyser ses capacités                                |

|                           |            |                             |  |
|---------------------------|------------|-----------------------------|--|
|                           |            | Sentiment d'efficacité      | Réussi à atteindre son objectif fixé pour atteindre l'occupation                     |
|                           | Expérience | Positive                    | L'occupation fait appel à des évènements positifs de vie                             |
|                           |            | Négative                    | L'occupation fait appel à des évènements négatifs de vie                             |
| S'engager dans l'activité |            | Participation physique      | La personne est présente et agit sur son environnement physique                      |
|                           |            | Participation cognitive     | La personne mobilise ses ressources cognitivement                                    |
|                           |            | Participation psychologique | La personne mobilise ses capacités attentionnelles, de concentration et de réflexion |

\*Défini comme : les goûts, l'attirance et la préférence des occupations ou certains aspects de la performance.

\*\*Défini comme : les éléments importants et significatifs pour la personne, définit aussi comme les buts et les aspirations de la personne

\*\*\*Défini comme : les éléments qui regroupent la connaissance des capacités de la personne et la perception de ses capacités.

***TABLEAU VARIABLE INDEPENDANTE : L'AUTO-EVALUATION – ELADEB***

(Hernandez, 2016) (Scallon, 2007) (St-Pierre, 2004)

| <b>Variable</b> | <b>Indicateurs</b> | <b>Indices</b> | <b>Réponses attendues</b> |
|-----------------|--------------------|----------------|---------------------------|
|-----------------|--------------------|----------------|---------------------------|

|               |                               |   |   |
|---------------|-------------------------------|---|---|
| <b>ELADEB</b> | Domaines d'occupations        | Identifier et classer les problématiques  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-La personne est en capacité d'énoncer les domaines d'occupation dans lesquels elle rencontre des problématiques</li> <li>-La personne est capable de déterminer le degré d'importance de ce problème occupationnel</li> </ul>   |
|               |                               | Identifier et hiérarchiser les besoins occupationnels                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-La personne est en capacité d'énoncer les domaines d'occupation dans lesquels elle rencontre des besoins</li> <li>-La personne énonce ses priorités en termes de besoins en lien avec ses occupations</li> <li>-La personne est capable de déterminer le degré d'aide nécessaire pour combler ce besoin</li> <li>-La personne est capable d'identifier le type de personne qui pourrait être une source d'aide</li> </ul> |
|               | Co-construction des objectifs | L'ergothérapeute soutient la personne dans la construction des objectifs thérapeutiques |   |
|               | Contexte environnemental      | Environnement social  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-La personne est capable d'identifier le type de personne qui pourrait être une source d'aide</li> <li>-La personne est capable d'identifier le type de personne qui peut être néfaste dans sa situation</li> </ul>  |

|                    |  |   |  |
|--------------------|--|---|--|
|                    |  | Environnement physique                            | La personne associe l'occupation à un environnement physique   |
| Démarche réflexive |  | Questionnement de l'ergothérapeute                | L'ergothérapeute questionne la personne sans lui apporter de solutions immédiates  |
|                    |  | Questionnement de la personne sur ses occupations | La personne se questionne sur ses occupations, ses besoins et problématiques   |
| Ecoute active      |  | Ecoute sérieuse et respectueuse                   | -L'ergothérapeute n'intervient pas immédiatement pour commenter les dires de la personne<br>-L'ergothérapeute ne parle pas à la place de la personne pour mettre en avant ses besoins ou difficultés |

## **Annexe 14 : Descriptif de la grille d'entretien**

Nous utilisons ce guide d'entretien lors de nos entretiens avec les personnes contactées pour la phase expérimentale. Nous appuyons la constitution de ce guide par les instructions de Tétreault (2014).

### **Première partie : Introduction**

Bonjour, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'école de Toulon (83). Je vous sollicite dans le cadre de mon travail de fin d'année, d'initiation à la recherche. Je réalise mon travail sur l'utilisation d'une auto-évaluation, ici l'ELADEB auprès de jeunes adultes consommateurs de substances psychoactives.

Je souhaite m'assurer que vous répondez aux critères d'inclusion de ma recherche. Pour cela, exercez-vous actuellement ou avez-vous exercé auprès de jeunes adultes entre 18 et 23 ans consommant des substances psychoactives ? Avez-vous utilisé ou utilisez-vous l'auto-évaluation : l'ELADEB auprès de cette population ? L'entretien qui suit s'intéresse exclusivement à cette population et cette auto-évaluation.

Afin d'avoir le même langage, je souhaite énoncer la définition de substance psychoactive. Les substances psychoactives regroupent des drogues illicites (cannabis, opioïdes, hallucinogènes, cocaïne) mais aussi des drogues licites (tabac, alcool, anxiolytiques). Elles sont définies comme étant des substances qui une fois « ingérées ou administrées altèrent les processus mentaux comme les fonctions cognitives ou l'affect » (OMS, 2020).

Cet entretien à une durée d'environ 20 minutes dans le cadre de ma recherche. Les réponses que vous allez m'apporter me sont précieuses et argumentent mon travail.

### **Deuxième partie : Considérations éthiques**

Au préalable nous avons envoyé par mail à l'ergothérapeute le formulaire d'information et de consentement relatifs aux considérations éthiques. Ce formulaire comporte les informations :

- Une présentation, le titre, les objectifs de l'étude
- Les personnes responsables de cette étude
- La nature et la durée de la participation
- Les avantages et les inconvénients concernant la participation

- Le retrait possible de la participation à tout moment de l'entretien
- Les critères de confidentialité
- L'autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données

Nous précisons également, dans le mail que nous sommes disponibles pour répondre à toutes questions. Puis terminer, nous expliquons que si l'ergothérapeute est d'accord pour réaliser cette entretien, la signature du formulaire est gage d'acceptation.

Le jour de l'entretien, nous précisons :

Lors de nos échanges par mail, je vous ai transmis un formulaire d'information et de consentement, que vous m'avez renvoyé. Me confirmer que vous acceptez que j'enregistre notre entretien. Aussi, que vous acceptez que j'utilise les données recueillies dans mon mémoire ?

Avant de commencer, je m'engage à respecter vos données, à ne pas les détourner et les interpréter. Je respecte également la confidentialité de vos données. J'ajoute que vous êtes libre d'interrompre ou de vous retirer de l'entretien et/ou de la recherche à tout moment.

### **Troisième partie : Questions**

Maintenant, je vais commencer à vous poser différentes questions. En aucun cas, il y a de bonnes ou de mauvaises réponses. Je m'intéresse à votre pratique lors de l'utilisation de l'ELADEB avec une population jeunes consommateurs. Je souhaite avoir des réponses par apport à votre expérience, situations passées et/ou présentes et exemples concrets. Avez-vous des questions avant de commencer l'entretien ?

| N° | Questions   | Hypothèses de réponses  | Variable recherchée | Indicateurs recherchés   |
|----|---|---|---------------------|--|
| 1  | <p>Pourquoi faites-vous le choix d'utiliser l'ELADEB comme outil d'évaluation avec le jeune adulte addict ?</p> <p>Question de relance : Que souhaitez-vous connaître sur la personne lors de l'utilisation de l'ELADEB ?</p> | <p>-se centrer sur la personne et ses occupations</p> <p>-laisser le jeune identifier ses besoins et problématiques dans les domaines d'occupations</p> <p>-co-construire les objectifs</p> | ELADEB              | <p>-Domaines d'occupations</p> <p>-Co-construction des objectifs</p> |
| 2  | Selon vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute durant la passation de l'ELADEB ?  | <p>-écoute respectueuse, sans intervention trop rapide</p> <p>-solliciter la réflexion du jeune adulte sur sa situation et ses occupations</p>  | ELADEB              | <p>-Ecoute active</p> <p>-Démarche réflexive</p>                     |
| 3  | En quoi, l'ELADEB permet-il de construire les objectifs thérapeutiques en ergothérapie ?  | -le jeune adulte peut identifier ses occupations privilégiées et qui ont un sens, en lien avec ses convictions personnelles   | VOLITION            | <p>-Centres d'intérêt</p> <p>-Valeurs de la personne</p>             |

|   |   |  |          |  |
|---|---|--|----------|--|
| 4 | Selon vous, quels sont les effets de cette auto-évaluation chez le jeune adulte addict ?<br><br><u>Question de relance</u> : Quelle est la pertinence de l'utilisation de l'ELADEB sur le choix des occupations du jeune addict ? | -La personne fait appel à ses connaissances en lien avec ses occupations<br><br>-La personne fait référence à son sentiment d'efficacité<br><br>-La personne se centre sur ses occupations | VOLITION | -Déterminants personnels<br><br>-Centres d'intérêt   |
|   |   | -La personne se questionne sur ses occupations, se remet en question   | ELADEB   | -Démarche réflexive                                  |
| 5 | Selon vous, qu'est-ce qui oriente ou influence la personne dans ses choix d'occupations ?   | -Le jeune fait appel à des évènements positifs ou néfastes/négatifs de vie   | ELADEB   | -Expérience humaine                                  |
| 6 | De quelle manière l'ELADEB influence la réalisation des occupations du jeune adulte addict ?  | -La personne réalise l'occupation dans un environnement souhaité seul ou avec les personnes qu'elles souhaitent  | ELADEB   | -Contexte environnemental                            |
|   |   | -le jeune adulte addict choisit ses occupations significantes<br><br>-la personne participe activement à l'occupation (physique, cognitive, psychologique)                                 | VOLITION | -Centre d'intérêts<br><br>-S'engager dans l'activité |

|   |  |
|---|--|
| 7 | Selon vous, quel est l'impact motivationnel de la passation de l'ELADEB auprès des jeunes adultes addictes ? |
| 8 | Avez-vous des éléments à ajouter concernant la passation de l'ELADEB auprès des jeunes adultes addictes ?    |

**Quatrième partie : conclusion et remerciement**

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. Ainsi que pour les réponses que vous m'avez données. Si vous avez besoin d'informations supplémentaires, mes coordonnées se trouvent sur la fiche de consentement.

Bonne journée à vous. Aurevoir.

**Annexe 15** : Formulaire d'autorisation et de consentement

*Ce formulaire d'information comprend l'accord pour l'entretien ainsi que l'accord pour l'enregistrement. Ce document est réalisé à l'aide du guide de pratique selon Chrétien-Vincent (2013) cité par Tétreaul & Guillez (2014).*

*Titre*

La recherche concerne l'utilisation en ergothérapie de l'ELADEB auprès d'un public jeune consommant des substances psychoactives.

*Personnes responsables de l'étude*

- Jacquillet Julia : je suis une étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de Toulon – La garde (83). Je conduis cette étude dans le cadre de l'initiation à la recherche en travail de fin d'année
- Tortora Leïla : ergothérapeute, cadre de santé paramédicale et responsable pédagogique. Dans le cadre de mon travail de recherche elle m'encadre sur le plan méthodologique dans la recherche
- Tinon Elisa : ergothérapeute Diplômé d'Etat, maîtrise en ergothérapie à l'université de Montréal, exerçant en unité de psychopathologie et psychiatrie infanto-juvénile à royan et référente professionnelle de mon mémoire. Elle m'apporte des ressources concernant la pratique de terrain et sur le plan clinique.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document énonce le but de cette initiation à la recherche, ses procédures, ses avantages, ses risques et ses inconvénients. Nous nous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

*Présentation de l'étude et de ses objectifs*

L'objectif de ma démarche de recherche est de vous questionner sur l'apport de l'ELADEB en ergothérapie sur le jeune adulte consommant des substances psychoactives. Mon questionnement s'articule autour de l'utilisation lors de l'évaluation en ergothérapie et de son influence chez les jeunes consommateurs.

*Nature et durée de participation*

Dans la mesure du possible, je souhaite une rencontre en face à face. Si cela nous est impossible, nous pouvons réaliser l'entretien via différents outils de communications : Skype, téléphone portable. La durée de l'entretien est d'environ vingt minutes.

Afin de faciliter mon travail d'analyse de notre rencontre et d'être pleinement concentré je souhaite enregistrer notre échange. Pas la suite je compte retranscrire l'intégralité de nos échanges. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

Oui       Non

*Avantages concernant votre participation :*

Dans le cadre de la phase expérimentale de mon travail de recherche, j'ai besoin de récolter vos réponses concernant votre pratique. De ce fait, les réponses que vous allez m'apporter vont permettre de faire avancer ma recherche personnelle, mais aussi au niveau de la pratique professionnelle en ergothérapie. Cela peut permettre une évolution du métier d'ergothérapeute au sein de la population des jeunes adultes consommateurs de substance psychoactives.

*Risques et inconvénients concernant votre participation :*

L'entretien que nous réalisons ne devrait en aucun vous causer le moindre préjudice, hormis celui du temps que vous allez m'accorder. Je questionne votre pratique lors de la passation de l'ELABED et ce que cela a pour effet sur le jeune adulte addictive. Cela ne doit pas remettre en cause votre pratique.

*Retrait de votre participation*

Vous avez tout le long de l'entretien et après celui-ci le droit de retrait. Vous pouvez décider de vous retirer de la recherche ou interrompre l'entretien. De ce fait, il vous suffit de me l'annoncer, alors tous les documents vous concernant seront détruits. L'entretien que nous réalisons est sur la base du volontariat, il doit être en aucun cas ressenti comme une obligation.

*Critère de confidentialité, information, partage et publication*

Les données recueillies au cours de l'entretien sont conservées dans mon ordinateur portable dans un dossier protégé via un code d'accès sécurisé, seulement accessible par moi-même. De ce fait, vos données sont confidentielles, il en va de même pour votre identité. Tout au long de l'écrit du mémoire, vous être nommé sous le terme de : « Madame ou Monsieur », suivi d'une lettre suivant l'ordre alphabétique. Ceci garantit votre anonymat.

Pour le partage et la publication de ce dossier de recherche, il peut être publié sur internet ou alors transmis à des personnes qui le souhaitent. Dans ces cas, je vous en informerais afin de vous demander votre consentement, sachant que vos données resteront confidentielles.

Concernant l'enregistrement de l'entretien, je garderai ces données pendant une année maximum après la publication des résultats. Ensuite elles seront détruites de manière définitive.

*Consentement libre et éclairé, autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données*

Je soussignée ..... reconnais avec lu et compris le formulaire de consentement auquel je donne mon consentement libre et éclairé. J'affirme que ma participation est volontaire et sans contrainte. Je sais que je peux me retirer à tout moment de la recherche sans besoin de justification.

Par la signature de ce formulaire, je consens à être enregistré(e) durant l'entretien, et que mes données soient conservées durant une année maximum. Aussi, que l'étudiante analyse et utilise les données recueillies dans son travail de recherche. Je confirme également avoir reçu un exemplaire de ce document.

Entretien réalisé à :

Fait le :

Signature

*Déclaration du porteur de l'étude*

Je soussignée Jacquillet Julia, avoir donné toutes les informations concernant le travail de recherche que je réalise, ainsi que les modalités de l'entretien. Aussi, j'ai répondu à toutes les éventuelles questions et respecté le choix de l'ergothérapeute. J'atteste par la signature de ce formulaire à respecter les règles de confidentialités et l'anonymat des personnes participant à l'étude, ainsi que toutes les données émises sur ce document. J'atteste également d'avoir transmis ce document en deux exemplaires à l'ergothérapeute.

Entretien réalisé à :

Fait le :

Signature

**Annexe 16** : Grilles d'analyse des données

Les deux tableaux sont similaires, nous analysons en fonction de la variable indépendante dans un premier temps, si elle est validée alors nous pouvons analyser la variable indépendante. Nous analysons en fonction des dires du professionnel interrogé.

| Variable dépendante : Passation de l'ELADEB |         |                |           |                    |                    |   |
|---|---------|----------------|-----------|--------------------|--------------------|---|
| Indicateurs                                 | Indices | N° de question | Entretien | Analyse du contenu | Codage de l'indice | Validation de l'indicateur en fonction de l'entretien |
|   |         |                |           |                    |                    |   |
|   |         |                |           |                    |                    |   |

| Variable indépendante : La volition |         |                |        |           |                    |   |
|-------------------------------------|---------|----------------|--------|-----------|--------------------|---|
| Indicateurs                         | Indices | N° de question | Codage | Entretien | Analyse du contenu | Validation de l'indicateur en fonction de l'entretien |
|                                     |         |                |        |           |                    |   |
|                                     |         |                |        |           |                    |   |

Codage des indices :

Code 1 si l'indice est validé

Code 0 si l'indice n'est pas validé

Code 0.5 si l'indice est soit 0 et 1, donc l'indice est partiellement validé

### Abstract en français

L'addiction aux substances psychoactives est reconnue comme un enjeu de santé publique à l'échelle internationale. La période de vulnérabilité est l'adolescence notamment les jeunes adultes (18-25 ans). L'addiction entraîne une perturbation autour de leurs occupations saines. En effet, les jeunes adultes souffrent d'un déficit occupationnel en lien avec des occupations exclusivement liées à la consommation. Un vide occupationnel lors de l'arrêt de la consommation peut alors émerger. De ce fait, nous questionnons l'accompagnement de l'ergothérapeute notamment lors de la première étape du processus d'intervention : l'évaluation initiale. Cela permet de déterminer le profil occupationnel de la personne. Cette étude s'intéresse à l'impact de l'utilisation en ergothérapie d'un outil standardisé d'auto-évaluation : l'ELADEB, sur la volition du jeune adulte addicté. En effet, nous nous centrons sur ce qui motive le jeune dans une finalité de retrouver des occupations qui lui procurent du plaisir. Nous conduisons une démarche hypothético-déductive afin de répondre à ce questionnement. L'entretien auprès des ergothérapeutes est l'outil expérimental souhaité. Nous réalisons le design méthodologique ainsi que la méthodologie utilisée pour l'analyse des résultats.

**Mots-clés :** ergothérapie, addiction aux substances psychoactives, jeune adulte, volition, ELADEB

### Abstract en Anglais

Addiction to psychoactive substances is recognized as a public health issue internationally. The period of vulnerability is adolescence, especially young adults between 18 to 25 years old. As research shows that Addiction disrupts their healthy occupations. In fact, young adults suffer from an occupational deficit linked to occupations exclusively linked to consumption. A lack of healthy occupations in their life when consumption stops can then emerge impacting deeply of their health. Therefore, we question the support of the occupational therapist especially during the first step of the intervention process: the initial assessment. Allowing the Therapist to determine the occupational profile of the person. For the purpose of this study we will measure the impact of the Occupational Therapy through a standardized self- assessment tool called: ELADEB that concentrates on the volition of young addicted adults. Indeed, this allows us to focus on what motivates the young person in order to determine meaningful occupations important to them. A hypothetico-deductive approach will be conducted in order to answer this questioning by interviewing Occupational Therapists as the desired experimental approach. A methodological design technique will be conducted for analysis of the results.

**Keys words**: occupational therapy, young adult, addiction to psychoactive substances, volition, ELADEB