



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Institut de Formation en Ergothérapie : 52 rue Vitruve, 75020 Paris

Addiction sexuelle : vers une « pré-occupation » ergothérapique

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Carole Binther

Adèle DUNEAU

Session Juin 2021

NOTE AUX LECTEURS

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une formation. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteure et de l'Institut de Formation concerné.

REMERCIEMENTS

Cet écrit a été soutenu par certaines personnes que je tiens à remercier.

Pour commencer, Madame Carole BINTHER, qui a su me guider, orienter mes questionnements, me challenger et me soutenir tout au long de la construction de cette recherche. Sa présence et sa réactivité ont été précieuses et un véritable appui pour moi. En tant que maître de mémoire, elle a su répondre à mes attentes du début jusqu'à la fin. Alors du fond du cœur « un grand merci Carole » !

Ensuite, Madame Aurélie WELLEINSTEIN, qui m'a ouverte la bibliothèque de l'hôpital Marmottan regorgeant d'ouvrages traitant de l'addiction sexuelle et qui m'a conseillée certaines lectures.

Également, je tiens à remercier Mesdames Aline DOUSSIN-ANTZER et Florence LACHENAL-MOKHTARI qui ont su susciter ma réflexion et me transmettre leurs raisonnements permettant d'éclairer mon cheminement.

Pour terminer, je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble de ma famille, mes amis et mon conjoint pour leur accompagnement indéfectible tout au long de ces trois années de reconversion professionnelle.

« La préoccupation sexuelle est à la base de toute l'activité de l'esprit »

Paul Eluard

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	4
EXPLORATION	6
1. Démarche méthodologique.....	6
1.1. Pré-enquête.....	6
1.2. Approche ergothérapique dans l'addiction sexuelle	7
2. Question de recherche	8
CADRE THEORIQUE	10
1. Les contours du concept d'« addiction sexuelle ».....	10
1.1. L'activité sexuelle, de la « normalité » à la « pathologie ».....	10
1.2. La naissance du concept d'addiction sexuelle.....	11
1.3. Définition de l'addiction	12
1.4. Définition de l'addiction sexuelle	13
2. La personne <i>sex-addict</i> et sa clinique.....	16
2.1. Le profil clinique de la personne <i>sex-addict</i>	16
2.2. Les facteurs de risque et de renforcement.....	18
2.3. Les outils diagnostiques	19
2.4. Les stratégies thérapeutiques.....	20
3. Ergothérapie et addiction sexuelle.....	23
3.1. Vie quotidienne et addiction sexuelle	23
3.2. Ergothérapie et suivi en addictologie	24
4. La pratique centrée sur la personne	28
4.1. Le modèle de l'occupation humaine (MOH)	28
4.2. La volition : la motivation à agir.....	29
4.3. La pratique centrée sur la personne.....	31
4.4. Les facteurs motivationnels.....	32

5.	L'activité en ergothérapie.....	33
5.1.	La science de l'occupation	33
5.2.	L'activité signifiante	34
5.3.	L'activité : outil spécifique de la démarche de l'ergothérapeute	34
	HYPOTHÈSE	36
	CADRE DE RECHERCHE.....	37
1.	Méthodologie de l'enquête	37
1.1.	Objectifs	37
1.2.	Populations	37
1.3.	Outils	38
1.4.	Mise en œuvre de l'enquête	39
1.5.	Limites et critique des outils	40
2.	Résultats et analyse de l'enquête	40
2.1.	Synthèse des résultats.....	40
2.2.	Analyse thématique des résultats	54
3.	Discussion.....	57
3.1.	Mise en relation des résultats avec la partie théorique.....	57
3.2.	Influence des résultats sur la question de recherche : vérification de l'hypothèse 61	
3.3.	Limites et intérêts de l'étude	61
3.4.	Enjeux pour l'ergothérapie dans l'accompagnement de la personne <i>sex-addict</i> 63	
	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE	67
	ANNEXES.....	I
	Annexe I. Glossaire	I
	Annexe II. 1er outil de dépistage de l'addiction sexuelle – SAST	III
	Annexe III. Auto-questionnaire Dumonteix	IV

Annexe IV.	Le programme de soins groupal nantais de l'addiction sexuelle	VI
Annexe V.	Assessment of Occupational Functioning-Collaborative Version (AOF-CV) VIII	
Annexe VI.	Guide d'entretien.....	XXI
Annexe VII.	Formulaire de consentement	XXVI
Annexe VIII.	Retranscription de l'entretien de Mme E, ergothérapeute du 29.03.2021 XXVII	
Annexe IX.	Retranscription de P1, psychologue clinicienne, spécialisée dans les addictions sexuelles du 03.04.2021	XLI

INTRODUCTION

« *Il y a ceux qui, après une journée sans sexe, sont en état de manque comme un drogué qui n'a pas eu sa dose* » (Valleur et Matysiack, 2004).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) associe l'activité sexuelle à un élément constitutif de la santé en définissant la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* ». Si la maladie sexuelle n'est ni nouvelle, ni moderne, le paysage a pourtant changé : les mentalités, les lois et les supports ont évolué de siècle en siècle. Comme le souligne le psychanalyste et psychologue Estellon en 2014, les pouvoirs publics ont commencé à s'intéresser aux conduites sexuelles en termes de santé publique pour prévenir les risques de pandémie avec l'apparition du sida dans les années 1980. Au-delà de ce facteur, les chercheurs ont découvert que, chez les sujets qui démultipliaient les rencontres, la plupart souffrait de l'impossibilité de contenir et de réguler l'excitation sexuelle. Est apparue progressivement la notion de « dépendance » puis d'« addiction » chez une population où les données épidémiologiques ne sont pas clairement établies par manque d'études scientifiques à proprement parlé (Estellon, 2014).

L'analyse du film « *Shame* » par le spectre de l'ergothérapie m'a amenée à m'interroger sur l'impact de l'addiction sexuelle sur les activités de vie quotidienne. Cette addiction encore sous-estimée, m'a ainsi questionnée sur le lien entre l'ergothérapie et l'activité sexuelle addictive. J'ai axé ce mémoire d'initiation à la recherche sur une réflexion quant à la place et au rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant d'addiction sexuelle.

A l'issue de la phase exploratoire, j'ai formulé la question de recherche suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute, dont la pratique est centrée sur la personne, peut-il s'inscrire dans l'accompagnement pluriprofessionnel de l'adulte souffrant d'addiction sexuelle ?** Par la suite, j'ai émis l'hypothèse suivante : **L'ergothérapeute, de par sa spécificité et son approche basée sur la dimension occupationnelle, identifie et maintient les activités signifiantes en lien avec la volition de l'adulte souffrant d'addiction sexuelle.**

J'exposerai dans un premier temps les contours de l'addiction sexuelle, la personne *sex-addict*, les conséquences sur la vie quotidienne et par conséquent, les répercussions occupationnelles. Je décrirai ensuite le modèle conceptuel en ergothérapie choisi, à savoir le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le lien que j'ai fait avec l'addiction sexuelle. Par la suite, mon attention se portera sur l'enquête effectuée, où je détaillerai les objectifs, la population d'étude et l'outil de recherche mobilisé. Je présenterai les résultats, proposerai une analyse ainsi qu'une discussion. Je conclurai cette recherche par des pistes de réflexion et j'envisagerai des perspectives professionnelles et d'accompagnement en ergothérapie.

EXPLORATION

Cette partie a pour vocation d'informer le lecteur sur mon cheminement depuis la phase d'exploration jusqu'à la question de recherche.

1. Démarche méthodologique

1.1. Pré-enquête

Ma pré-enquête a duré sept mois (de mai 2020 à décembre 2020). Nombreux et enrichissants ont été les lectures, les entretiens téléphoniques et les visioconférences que j'ai pu entreprendre. Ce travail fût nécessaire pour aller à la rencontre d'une addiction que je ne connaissais pas ou très peu, d'avoir un spectre plus élargi et d'affiner les approches en ergothérapie que je souhaitais mettre en lien. Tout cela dans le but de pouvoir construire ma question de recherche.

1.1.1 Rapprochement auprès d'ergothérapeutes exerçant en unité d'addictologie de soin de suite et de réadaptation (SSR).

Deux entretiens exploratoires auprès d'ergothérapeutes, exerçant en unité d'addictologie au sein de service de soin de suite et de réadaptation polyvalent de centres hospitaliers basés à Montereau et Tours, m'ont informée qu'elles accompagnent uniquement des patients *addicts* aux substances. Il peut arriver, mais cela reste rare, qu'au au cours de leur prise en charge, une problématique d'ordre sexuel puisse être abordée par le patient. Elles rapportent ce point aux réunions d'équipes mais ne l'incluent pas dans le suivi et n'en reparlent pas avec le patient, sauf à sa demande.

1.1.2 Rapprochement auprès de structures traitant de l'addiction

Un premier recensement a été établi en septembre 2020, uniquement par entretiens téléphoniques, auprès de soixante-quatorze Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), à Paris et en Ile-de-France (IDF). Sur 74 CSAPA, 7 ont été injoignables. Bien que l'ensemble des structures connaissent la thématique de l'addiction sexuelle, 28% d'entre elles en traitent spécifiquement, 30% peuvent les prendre en charge mais ce n'est que rarement et les 42% restants les réorientent vers le CSAPA Marmottan (Paris) ou l'hôpital Paul Brousse (Villejuif) principalement, reconnus dans l'accompagnement de l'addiction sexuelle. Le **métier d'ergothérapeute n'est pas représenté** au sein des équipes soignantes de CSAPA qui sont majoritairement composés

de psychiatres, médecins addictologues, psychologues, psychothérapeutes, assistants de service social, infirmiers et éducateurs spécialisés.

De même, le délégué régional ELSA de l'IDF ainsi que le président ELSA m'informent que **l'ergothérapie n'est pas représentée dans les équipes pluriprofessionnelles** qui composent les équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA) sur tout le territoire national.

1.1.3 Rapprochement auprès de structures traitant spécifiquement de l'addiction sexuelle

J'ai pris contact avec l'unité d'addiction de l'hôpital Paul Brousse de Villejuif et celle du centre hospitalier universitaire de Nantes, spécialisées dans le traitement de l'addiction sexuelle.

Une ergothérapeute, de l'unité d'addictologie de l'Hôpital Paul Brousse de Villejuif, me confirme que des personnes consultent pour addiction sexuelle à l'hôpital de jour mais **qu'elle n'intervient pas avec ce type de patientèle**. Seule une équipe composée d'infirmières, d'un psychiatre spécialisé et de psychothérapeutes les prennent en charge. Quant à l'équipe du service d'addictologie de Nantes, elle ne comprend **pas d'ergothérapeutes**.

1.2. Approche ergothérapique dans l'addiction sexuelle

L'absence de la pratique ergothérapique avec les personnes souffrant d'addiction sexuelle a été mise en avant par la pré-enquête. Cela est corroboré par l'ensemble de mes lectures m'amenant à conclure à l'absence de l'ergothérapie dans le traitement de l'addiction sexuelle. D'une part, je n'ai trouvé aucun écrit faisant le lien direct entre ces deux thèmes, même dans la littérature spécifique aux ergothérapeutes. D'autre part, dans les écrits mentionnant des thérapies spécifiques à l'addiction sexuelle comme le « programme de soins groupal nantais de l'addiction sexuelle » développé plus bas, l'ergothérapeute ne fait pas partie de l'équipe. En somme, les ergothérapeutes n'accompagnent pas les sujets *sex-addict*.

Bien que le lien entre l'ergothérapie et l'addiction sexuelle soit faible il existe dans certains écrits cités précédemment et développés plus tard des questionnements sur les occupations chez ce public pathologique. On peut viser en premier lieu les relations conjugales mais pas seulement. En effet, les activités de soins personnels, les loisirs et également le travail peuvent être aussi affectés. Leur répertoire occupationnel est consacré à

l'activité sexuelle compulsive, pensée ou réalisée. C'est ce qui m'a d'abord orientée vers la notion d'occupation. La science de l'occupation, que nous définirons plus tard dans cet écrit, fait partie intégrante d'un programme d'apprentissage depuis 2018. Elle demeure une science fondamentale dont les résultats visent à améliorer la compréhension et à apprécier la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal (Meyer, 2018). Elle développe, en autres, la notion d'activité signifiante qui se trouve au cœur de la profession d'ergothérapeute comme vecteur de prise en soin ergothérapeutique. J'ai alors eu la volonté d'aborder le cycle de l'addiction sexuelle par la dimension occupationnelle : centrer mon regard sur l'activité, le sens de l'activité et l'interaction entre la personne souffrant d'addiction sexuelle et ses activités signifiantes.

2. Question de recherche

Les lectures scientifiques nous parlent d'un phénomène de plus en plus reconnu par le corps médical avec notamment une accumulation des connaissances à ce sujet (Karila et Lafaye, 2017). Le constat de la non-intervention de l'ergothérapeute dans une problématique où les répercussions occupationnelles semblent exister et entacher le sens des activités qu'entreprend la personne me questionne. Pour autant, Pibarot, ergothérapeute et psychanalyste a développé, en 1977, une approche théorique nommée « *l'impact du sens* » où « *l'activité ne peut se concevoir comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens* » et mentionne en 2013 que « *l'ergothérapeute se fait éveilleur et accompagnateur de l'activité* ».

J'ai alors formulé ma question de la manière suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute, dont la pratique est centrée sur la personne, peut-il s'inscrire dans l'accompagnement pluriprofessionnel de l'adulte souffrant d'addiction sexuelle ?**

Cette formulation met en avant la personne adulte et ne prend pas en compte l'adolescent. En effet, je ne souhaite pas me pencher sur la problématique sexuelle addictive au cours de l'adolescence qui est une période difficilement définissable, avec un développement et une maturation psychique progressifs. Le rapport de l'adolescent à une sexualité peut être particulière et faire l'objet de préoccupations qui ne rentrent pas dans le cadre de mon étude.

J'ai donc orienté mon exploration sur l'addiction sexuelle chez la personne adulte dans un premier temps pour ensuite me concentrer sur cette dernière et faire du lien avec la pratique ergothérapique.

CADRE THEORIQUE

Pour ce travail de recherche, un cadre théorique a été élaboré à partir de la littérature. Il en ressort trois concepts développés ci-dessous : tout d'abord l'addiction sexuelle, puis la volition et enfin l'activité au sens ergothérapeutique.

1. Les contours du concept d'« addiction sexuelle »

Il me semble essentiel d'aborder cette recherche en essayant de délimiter ce qui relève d'une activité sexuelle « normale » ou « pathologique ».

1.1. L'activité sexuelle, de la « normalité » à la « pathologie »

S'il y a un domaine où la norme se pose, ou en tout cas bouscule nos principes de vie inscrits dans notre histoire personnelle et sociétale, c'est bien celui de la sexualité et du rapport à la pathologie (Poudat, Lagadec, 2017).

Selon le dictionnaire Larousse le « normal » est défini comme ce « *qui est conforme à une moyenne considérée comme une norme, qui n'a rien d'exceptionnel.* »

De quelles normes parle-t-on ? Par rapport à soi, à l'autre, à la société, à son éducation, aux cultures ? Nombre de ces termes sont subjectifs et appartiennent à l'intime de la personne. Comme le soulignent en 2017 le psychiatre et sexologue Poudat et Lagadec, psychologue clinicienne et sexologue : « *aimer regarder des films pornos, utiliser des sex-toys ou aller dans des clubs échangistes pour expérimenter une tout autre sexualité que celle vécue dans le couple, n'est pas un problème en soi. Chaque personne fait comme elle veut. Le problème réside, ici, dans la difficulté à construire une sexualité respectueuse de soi et de l'autre.* ».

La sexualité est utilisée dans de nombreux messages publicitaires, avec une tendance au voyeurisme. On mesure la performance, on s'intéresse à la qualité de l'orgasme, on analyse les meilleures positions. L'objectif est le plaisir à tout prix. Ainsi, une forme de sexualité orientée autour de sa propre jouissance tend à devenir la norme (Boiron, 2015). En l'espèce, cet écrit cherche à éclaircir le concept d'une activité sexuelle pathologique, dénuée de sens.

L'activité sexuelle dite « normale » a pour base la liberté du plaisir dans une relation non contraignante à soi et à l'autre. Elle a aussi pour base le respect et le consentement de chacun. Les critères moraux ne font pas partie de cette définition. Le pathologique est un processus qui conduit un sujet à devenir progressivement assujetti (drogué, esclave) à sa sexualité, faisant basculer celle-ci dans le registre du besoin plutôt que dans celui du désir et

du plaisir, avec des conséquences malheureuses pour lui-même et pour son entourage (Poudat et al, 2017).

1.2. La naissance du concept d'addiction sexuelle

Le concept d'addiction sexuelle a été pour la première fois introduit au milieu des années soixante-dix par un membre des Alcooliques Anonymes à Boston, qui a fait un parallèle entre sa dépendance à l'alcool et la perte de contrôle de son comportement sexuel (Karila, 2006). Le terme « addiction sexuelle » existe depuis longtemps mais sous différentes formes.

En 1886, un premier regard médical a été posé avec l'œuvre de von Krafft-Ebing (psychiatre austro-hongrois), *Psychopathia Sexualis*, sur les perturbations du comportement sexuel, ce qui permettait d'envisager des soins pour le patient. La notion d'hyperesthésie ou de libido exacerbée, correspondant possiblement à l'addiction sexuelle, a ainsi vu le jour (Demily, Thibaut, 2016). En 1978, la psychanalyste néozélandaise Joyce Mac Dougall est la pionnière à introduire le terme de « *sexualité addictive* » dans son ouvrage *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Selon Orford, en 1978, une activité et une envie sexuelles excessives peuvent s'inscrire dans un tableau clinique évoquant une addiction non paraphilique (cité par Karila, Deroche et De Noailles, 2015). Mais celui qui popularise l'addiction sexuelle est le psychiatre américain Carnes en 1983 dans son livre *Out of the Shadows – Understanding Sexual Addiction* et ses nombreux travaux mettent en avant le trouble. Il montre comment le système de croyance du sujet *sex-addict* répond aux caractéristiques générales qui définissent les sujets addictés. Dans *Contrary to Love : Helping the Sexual Addict* de 1989, ce dernier approfondit ses réflexions en élaborant un outil diagnostique, développé ci-après, permettant aux personnes d'autoévaluer leur dépendance et d'accéder à des soins dans une clinique spécialisée. *The Society for the Advancement of Sexual Health* (SASH) a ainsi été créée aux Etats-Unis en 1987 afin d'informer le public sur les symptômes, les conséquences ainsi que sur les traitements disponibles pour les addictions sexuelles. Dans le même temps, en 1988, le psychiatre anglais Aviel Goodman écrit un livre de référence sur les addictions sexuelle *Sexual Addiction : an Integrated Approach* dans lequel il souhaite étendre la réflexion sur les critères diagnostiques. A la différence des addictions avec substances qui se mesurent et s'évaluent par le biais d'analyses biologiques, à partir de quand peut-on se déclarer *sex-addict* ? Malgré une variété de termes employés à ce jour pour parler d'addiction sexuelle (« sexualité compulsive », « intoxication sexuelle », « désordre atypique des impulsions ») il me semble important de préciser que la sexualité addictive est

à dissocier de l'hypersexualité. En effet, l'absence de passages à l'acte systématiques, obnubilant l'esprit, avec des conséquences impactant le quotidien des personnes hypersexuelles en est un des marqueurs essentiels (Estellon, 2014).

1.3. Définition de l'addiction

En premier lieu, il convient de clarifier la notion d'addiction de celle de dépendance. « *Nous sommes tous des dépendants ...et nous nous accrochons tous à quelque chose pour survivre dans notre espace vital. [...] Toutefois, ce qui rend ces attaches non problématiques, c'est la possibilité de s'en passer sans véritable dommage* » (Poudat, Lagadec, 2017). Cela ne fait que confirmer le fait que la dépendance est inhérente à tout être humain contrairement à l'addiction qui se traduit par un surinvestissement dans un objet de consommation au dépend du reste. Cependant, il faut entendre pour certains auteurs « la dépendance » comme une « dépendance pathologique ». C'est pourquoi dans cet écrit, j'emploierai les termes d'addiction et de dépendance sexuelle.

En 1990, par ses travaux sur l'addiction sexuelle, le psychiatre anglais A. Goodman précise que le schéma d'addiction « *se caractérise, d'une part, par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise intérieur et d'autre part, par la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives sur le plan psychique, psychologique et social* ». L'addiction semble être une atteinte sur laquelle la personne ne peut agir directement et par conséquent, ne pas réussir à se dégager de cette situation. Également, Goodman propose une définition de l'addiction applicable à l'ensemble des conduites addictives qu'elles soient avec substances ou comportementales. Il propose ainsi une liste de critères généraux qui est la suivante :

Définition de l'addiction selon A. Goodman

- A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
- B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1. Préoccupation fréquente du sujet de comportement et de sa préparation
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre
5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique
8. Tolérance marquée : besoins d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période longue.

Ces critères donnent à la subjectivité une place importante car dans cette grille d'évaluation la personne estime elle-même la conduite problématique qu'elle a souvent tenté de maîtriser sans succès. La variable essentielle de l'addiction comportementale demeure « *dans le sentiment subjectif d'aliénation associé à la perte de la liberté de s'abstenir* » (Estellon, 2014).

1.4. Définition de l'addiction sexuelle

Intégrer l'addiction sexuelle dans les classifications internationales psychiatriques afin de légitimer scientifiquement cette pathologie reste encore un travail à poursuivre. Outre le peu de travaux médicaux sur le sujet, la sexualité addictive ne figure pas clairement dans les manuels de classification des maladies. Malgré cela, Caroline Demily et Florence Thibaut, toutes deux psychiatres, se sont attachées à définir le concept d'addiction sexuelle dans *le Traité d'Addictologie* (2016) comme « *une fréquence excessive, croissante, et surtout non contrôlée (le sujet a perdu la liberté de s'abstenir), d'un comportement sexuel, en règle conventionnel, qui persiste en dépit des conséquences négatives possibles et de la souffrance*

de la personne qui en est atteinte. La sexualité devient alors une priorité absolue dans la vie du sujet pour lequel il est prêt à tout sacrifier (travail, vie relationnelle, autres loisirs ...) ».

1.4.1 Sa dimension subjective

Néanmoins, et comme nous l'avons précédemment vu, la notion d'addiction sexuelle est liée à une définition subjective de l'addiction qui met l'accent sur le rapport d'un sujet à un comportement et à son expérience de souffrance et de perte de contrôle, indépendamment des propriétés objectives d'un produit. Doctorante en anthropologie de la santé mentale, Broglia De Moura (2015) met l'accent sur les travaux scientifiques pour tenter d'introduire une dimension objective dans les addictions comportementales et notamment sexuelles. « *Le modèle dopaminergique ou les travaux actuels à travers la biologie et la neuro-imagerie en sont des exemples. Il ne suffirait plus de constater un sentiment de perte de contrôle, un recours récurrent à un comportement compulsif et une souffrance clinique.* »

1.4.2 Ses difficultés nosographiques

Dans la 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1992, on trouve au chapitre F52 « Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique » coté en code F52.7 le diagnostic « activité sexuelle excessive », subdivisé en satyriasis (pour les hommes) et nymphomanie (pour les femmes). Dans la 3^{ème} édition révisée (en 1980) du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM), manuel statistique américain des troubles mentaux, la sexualité addictive n'apparaît pas en tant que telle mais a été répertoriée dans la catégorie « trouble sexuel non spécifié ». Selon Estellon, la définition donnée était « *désarroi découlant d'un mode de relations sexuelles répétitives impliquant succession de partenaires sexuels que l'individu ne perçoit que comme des objets dont on se sert* ». En 1994 et depuis la publication du DSM IV le trouble n'apparaît plus. Nous remarquons dans le DSM V datant de 2013 une nouvelle catégorie dédiée aux addictions comportementales « *Troubles non liés à des substances* » dont le seul jeu pathologique y est référencé. L'addiction sexuelle devait y figurer sous le terme « *trouble de l'hypersexualité* » dans un chapitre autre que les troubles liés à des substances, le jeu de hasard et d'argent. Il a été retiré car il n'y avait pas suffisamment d'arguments scientifiques malgré le nombre croissant de patient(es) ces dernières années et de publications de recherches (Karila, Lafaye, 2017). Enfin, on notera que la seconde édition, publiée en 2017, du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM 2) mentionne à la section S71.2 « *Behavioral Addiction* » l'addiction sexuelle

avec les mêmes caractéristiques psychopathologiques que les addictions aux substances ou encore même au jeu d'argent et de hasard. La sous-section S71.2.2 « *Sexual addiction* » marque bien que le problème ne réside pas dans la pulsion sexuelle elle-même mais dans le comportement addictif.

1.4.3 L'épidémiologie

« *Aucune étude épidémiologique n'est disponible à l'heure actuelle en France ni outre-Atlantique* » (Karila et al, 2015). Selon les estimations de l'Association psychiatrique américaine, l'addiction sexuelle toucherait entre 3% à 6% de la population générale des Etats-Unis.

- 25 millions de nord-américains sont adeptes de cybersexualité et surfent entre 1 et 10h par semaine sur internet.
- Près de 5 millions de sujets y passent plus de 1h par semaine.
- 10% d'une série de 7588 sujets français passeraient au moins 1h par semaine sur des sites à caractère sexuel (Coordonnier, 2006).

L'addiction sexuelle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes avec un ratio variant de 3 à 5 :1, ainsi qu'une émergence du trouble vers la fin de l'adolescence et à l'âge adulte jeune. L'augmentation du nombre de demandes de prise en charge pour ce trouble dans divers centres spécialisés permettrait d'avoir une estimation de la fréquence de la maladie (Karila et al, 2015). L'on retrouve des personnes *sex-addict* appartenant à toutes classes socio-professionnelles.

Nous avons donc précédemment vu que, cliniquement, ce type d'addiction pose le problème de son diagnostic. Malgré cela, la littérature nous offre un état des lieux des connaissances cliniques actuelles, de ses diverses formes, des comorbidités, des outils diagnostiques et de l'approche thérapeutique.

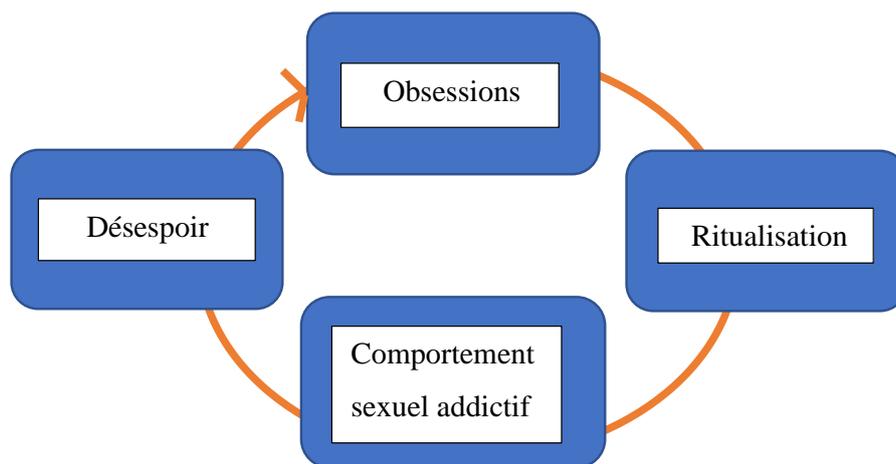
2. La personne sex-addict et sa clinique

2.1. Le profil clinique de la personne sex-addict

2.1.1 *Le cycle clinique selon Reed and Blaine*

Reed and Blaine (cité par Estellon, 2014) décrivent un processus en quatre phases :

- Phase d'**obsession**, dans laquelle, en réponse à des difficultés existentielles, le sujet est totalement absorbé par des préoccupations sexuelles ;
- Phase de **ritualisation**, c'est-à-dire, exécution des rituels qui précèdent le comportement sexuel ;
- Phase d'**agir sexuel**, qui entraîne un soulagement temporaire et provisoire ;
- Phase de **désespoir** avec un sentiment d'impuissance à contrôler sa conduite.



Le cycle de l'addiction sexuelle de Reed and Blaine (1988)

Pour Karila et al, en 2015, le cycle clinique de l'addiction sexuelle comprend un évènement déclenchant, un phénomène de pression interne, un *acting-out* (passage à l'acte), une triade caractéristique comprenant culpabilité, honte et sentiment de désespoir et enfin une phase de résolution plus ou moins variable dans le temps jusqu'au prochain facteur déclenchant.

La pluralité des auteurs, malgré des terminologies parfois changeantes, décrivent le même schéma d'un cycle de la sexualité addictive.

2.1.2 *Les caractéristiques cliniques*

Les différentes caractéristiques cliniques peuvent être des pensées sexuelles obsédantes, des fantasmes, un filtre sexuel (toutes les rencontres, les réunions, et tous les contacts sont scénarisés en imaginaire sur le plan sexuel), l'absence de satisfaction sexuelle, l'absence de relations stables, la perte de contrôle sexuel, la perte de temps, d'argent, une seconde vie où la sexualité est prédominante, la peur que cette vie soit découverte, la recherche de l'expérience sexuelle virtuelle ou réelle ultime, une culpabilité en rapport avec des activités sexuelles, des troubles de la concentration dans les activités quotidiennes, un retentissement social (travail, loisirs, famille, amis, couple) et un risque de contracter des infections sexuellement transmissibles (Karila et al, 2015). Il n'est pas rare d'observer que des individus souffrant d'addiction font l'objet d'autres addictions associées comme par exemple « *l'alcool, les psychostimulants, les nouveaux produits de synthèse, les jeux de hasard et d'argent* » (Karila et al, 2015) et de comorbidités psychiatriques dont « *les troubles thymiques, les troubles anxieux et les troubles de personnalité* » (Karila et al, 2015).

2.1.3 *Les formes cliniques*

Différentes formes cliniques ont pu être recensées à travers notamment les consultations médicales, à savoir « *la masturbation compulsive ou excessive, l'utilisation compulsive d'internet à des fins sexuelles, la cyberpornographie, le cybersexe en général, et les relations sexuelles compulsives, virtuelles ou réelles tarifées ou non* » (Karila et al, 2015).

2.1.4 *La fonction « addiction sexuelle »*

L'addiction sexuelle peut avoir diverses fonctions qui différeront d'une personne à une autre. Elle pourra ainsi « *se déclencher pour calmer une angoisse, une tension, une contrainte ; se faire souffrir, se punir ; s'affirmer, s'estimer, se valoriser ; fuir, échapper, éviter, oublier ; se lâcher, se défouler, se libérer ; vivre des sensations fortes et enfin remplir un vide* » (Estellon, 2014). Ce vide est d'autant plus intéressant dans le domaine de l'ergothérapie qu'il pourrait être traduit par un vide occupationnel de la personne souffrant d'addiction sexuelle et s'adonnant à des activités vidées de sens par nature puisqu'elles sont addictives.

2.2. Les facteurs de risque et de renforcement

2.2.1 Facteurs individuels

Certains facteurs internes à la personne peuvent être considérés comme des facteurs de risque à un comportement sexuel addictif. Il pourrait s'agir d'un déséquilibre biochimique, d'un trouble d'hyperactivité, de troubles anxiodépressifs, de difficultés dans la résolution de problèmes, de traumatismes durant l'enfance ou l'adolescence (comme des abus sexuels par exemple), d'une mauvaise estime de soi, de pensées erronées (Lagadec, 2016).

2.2.2 Facteurs environnementaux

Les normes familiales ou culturelles, les difficultés conjugales, la constitution d'un réseau social et également la profusion de produits de consommation « illimités » sont autant de facteurs de risque et de déclencheurs à l'émergence d'une sexualité addictive (Lagadec, 2016).

2.2.3 Facteurs liés à l'objet d'addiction

Le pouvoir de l'image ne cesse de croître avec les tablettes, téléphones, télévision ou ordinateurs permettant de faire apparaître en un clic l'objet d'une recherche. Force est de constater que l'industrie du sexe est, à ce jour, très puissante et ne cesse de croître en conditionnant progressivement les usages et les techniques de rencontre (Lagadec, 2016).

En effet, les conduites addictives résultent, selon Guillou-Landréat, Grall-Bronnec et Vénisse (2012), de l'interaction entre « *un sujet, son environnement et un objet* » représentée par la figure 1.

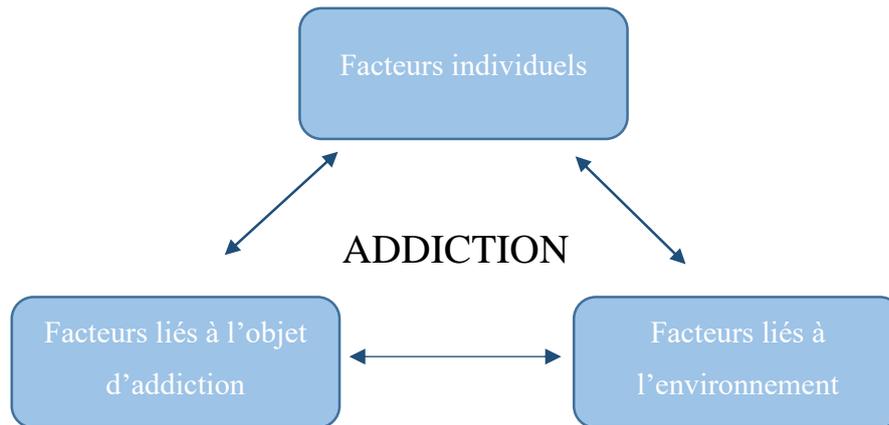


Figure 1 : Représentation de l'interaction des 3 facteurs d'addiction selon Guillou-Landréat, Grall-Bronnec, & Vénisse (2012).

Ce schéma peut être rapproché de celui du Modèle de l'Occupation Humaine qui caractérise l'interdépendance de ces 3 composantes : personne, environnement et activité. Ainsi, nous sommes amenés à penser que l'étude du phénomène d'addiction sexuelle trouve toute sa place en ergothérapie.

2.3. Les outils diagnostiques

Le développement des recherches sur l'addiction sexuelle a permis d'élaborer des outils de dépistage utilisables en pratique clinique. Les instruments diagnostiques se différencient par leur structure, le concept étudié et les populations évaluées. Ainsi, la plupart présentent des limites.

2.3.1 Présentation

En 1988, Carnes a mis au point un questionnaire composé de 25 items. Il s'agit du *Sexual Addiction Screening Test (SAST)* [Annexe II]. Sur ces 25 questions, si 13 réponses sont positives alors le sujet présente une problématique de sexualité addictive. La version française est le Test de dépistage de l'addiction sexuelle (TDAS) qui est depuis 2019 validé scientifiquement : le « *SAST-Fr possède des propriétés psychométriques proches de la version originale anglophone. Il est un outil fiable et valide, qui facilite le repérage des symptômes de l'addiction sexuelle* ». (Hegbe, K.G, et al., 2020). La passation de ce test peut s'avérer néanmoins longue et fastidieuse pour l'individu.

Depuis 2012, nous disposons également en France d'un auto-questionnaire mis au point par le psychanalyste Dumonteix, spécialisé en addiction sexuelle [Annexe III]. Il permet d'identifier la préoccupation sexuelle comme empêchant « *de gérer des priorités professionnelles ou familiales* », « *être en conflit avec des valeurs morales* », « *occuper une place si envahissante* ». Elle semble donc avoir un impact sur la vie quotidienne de l'individu. En fonction des réponses que l'individu cochera, l'accompagnement thérapeutique diffèrera.

Le questionnaire *PEACCE*, version française (traduction par Karila en 2014, données non publiées) du questionnaire *PATHOS* de Carnes en 2011 en est un autre outil. Il est plus court, comprenant 6 items permettant de mesurer les préoccupations, le sentiment de honte, le fait d'avoir blessé autrui, la recherche d'aide, la perte de contrôle, et la tristesse face au comportement sexuel problématique. Un score supérieur ou égal à 3 « OUI » sur 6 évoque une addiction sexuelle.

2.3.2 Limites

Comme nous l'avons précédemment évoqué, ces questionnaires et auto-questionnaires donnent une place importante à la subjectivité. En effet, le sujet lui-même estime sa conduite problématique et il a souvent tenté de la maîtriser sans succès.

Par conséquent, l'ergothérapeute via son approche occupationnelle pourrait davantage faire prendre conscience à la personne en souffrance de l'impact de son objet de consommation addictive, qu'est le sexe, sur sa participation à l'égard de ses activités de vie quotidienne.

2.4. Les stratégies thérapeutiques

Cette partie a pour objectif d'effectuer un état des lieux des traitements thérapeutiques par rapport à l'addiction sexuelle.

2.4.1 La thérapie cognitivo – comportementale

Cette thérapie s'appuie sur le modèle cognitivo-comportemental. Ce courant de pensée est marqué par la volonté « *d'atténuer les difficultés dues à des schémas de pensée dysfonctionnels et d'optimiser les capacités d'intégration sociale des patients* » (Morel-Bracq, 2017). Cette approche s'appuie sur l'interaction des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux. Contrairement au modèle psychodynamique, l'action n'est pas centrée sur le vécu du patient. L'objectif est d'aider le sujet à prendre conscience de ses schémas automatiques dysfonctionnels, de les repérer et de les modifier afin de mettre en œuvre des

réponses plus adaptées face aux situations à risque et en l'espèce, face à un comportement addictif sexuel. En effet, le comportement sexuel addictif est aggravé par des facteurs individuels et environnementaux liés à la sexualité, notamment par des pensées dites « automatiques » précédant, accompagnant ou succédant au passage à l'acte (Lagadec, Poudat, Grall-Bronnec, 2015). Dans ce cadre thérapeutique, plusieurs étapes sont essentielles au bon déroulement de la thérapie : l'analyse motivationnelle de la démarche, l'établissement d'une alliance thérapeutique, la définition d'objectifs de traitement et enfin l'importance du rôle actif du patient dans son processus de guérison et sa dynamique de changement (Lagadec et al, 2015). Cette intervention contribue donc à « *la réduction de la conduite addictive sexuelle, à l'amélioration de la gestion émotionnelle et à la diminution de l'impulsivité* » (Lagadec, 2016). Cette thérapie est adoptée par l'hôpital de jour du centre de soins ambulatoires en addictologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes. Il propose aux patients présentant une addiction sexuelle un traitement, en groupe, centré sur le comportement sexuel addictif et les cognitions spécifiquement associées [**Annexe IV**]. Elle comprend une dizaine de séances bimensuelles accueillant au maximum 10 participants par groupe. Elle est animée par des psychiatres ou des psychologues. Chaque séance a son thème. Les séances suivent une certaine progression et des exercices peuvent être proposés entre les séances. Chaque participant s'engage à participer à l'ensemble de ses séances. Suite aux séances, un bilan est proposé dans le but d'évaluer le maintien des résultats obtenus.

2.4.2 Les thérapies de groupe

L'intérêt de la thérapie de groupe est de dynamiser la relation thérapeutique, d'accélérer les processus de changement en partageant son expérience avec les autres patients et en puisant dans le vécu de l'autre des solutions possibles. Également, elle permet de réduire les sentiments de honte grâce au soutien et à l'écoute des autres membres et de sortir progressivement de l'isolement social profond (Lagadec, 2016). Les jeux de rôles permettent aux individus *sex-addict* de devenir un véritable acteur de son propre rôle et de prendre conscience de ressources insoupçonnées (Lagadec, 2016).

Les groupes de paroles et d'entraide jouent également un rôle important dans le traitement de la dépendance sexuelle. C'est le cas des dépendants affectifs et sexuels anonymes (DASA). Il s'agit d'une fraternité d'hommes et de femmes pratiquant le rétablissement selon le modèle établi par les Alcooliques anonymes (12 étapes, 12 traditions et 12 caractéristiques). Son objectif est d'aider les dépendants affectifs et sexuels à atteindre et à maintenir leur sobriété affective et sexuelle. Ce groupe de parole vise en particulier à

réduire les sentiments d'exclusion et de honte par le partage et le soutien des pairs. L'idée maîtresse est que « *les dépendants affectifs et sexuels sont des gens malades qui peuvent se rétablir en suivant un programme simple qui a prouvé son efficacité pour des milliers d'hommes et de femmes ayant la même maladie* » (Dasa). Pour être membre, il suffit d'avoir le désir de mettre fin à ses comportements de dépendance affective et/ou sexuelle. L'accès aux réunions est libre et gratuit. Le site propose une quarantaine de questions qui permettent de faire un « diagnostic ». L'association rappelle que « *Pour beaucoup de dépendants affectifs et sexuels, la maladie se manifeste sous des formes variées, ce qui peut avoir pour résultat des façons très différentes d'aborder ces questions et d'y répondre. (...) des questions brèves, précises, se sont souvent avérées un outil aussi efficace pour faire un diagnostic personnel que de longues explications sur ce qu'était la dépendance sexuelle et affective* » (Dasa). Pour certains psychiatres, il est important de proposer ce groupe de parole en parallèle d'une thérapie (Karila et al, 2015).

2.4.3 *Les thérapies de couple*

En 2016, Lagadec nous informe que les études de Cooper et Marcus de 2003 ont mis en avant que l'addiction sexuelle puisse être symptomatique d'un trouble relationnel de couple. La thérapie de couple permet non seulement d'apaiser la relation conflictuelle mais également de rétablir une confiance, de travailler sur un rapprochement affectif, de restaurer une communication et une complicité perdue.

2.4.4 *La psychothérapie psychodynamique*

La thérapie psychodynamique se fonde sur l'approche psychodynamique. Il s'inspire de la psychanalyse et est de facto centré sur la psyché de la personne et son passé. Selon Morel-Bracq (2017), il a pour « *objectif premier d'aider la personne à découvrir ou redécouvrir les causes inconscientes de son mal-être ou de sa pathologie. L'objectif complémentaire est d'aider la personne soit à régresser et parcourir d'une autre façon les étapes du développement qui n'ont pu être dépassées, soit à travailler sur une meilleure compréhension des phénomènes inconscients qui perturbent sa vie et ses relations aux autres.* ». Peu d'études ont été faites sur cette approche thérapeutique (Lagadec, 2016). Malgré cela, une étude menée auprès des dépendants sexuels fragilisés par une image de soi négative et une estime de soi faible met en exergue « *l'importance d'explorer les représentations sexuelles dysfonctionnelles sur les relations amoureuses et affectives du patient, ainsi que sur les modes d'approches relationnels inadaptés* » (Lagadec, 2016).

2.4.5 *L'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC)*

Bien que l'accompagnement dans le processus de soins de l'addiction sexuelle soit réalisé par différents professionnels et/ou associations, il ne demeure pas moins important de noter la dimension préventive à laquelle s'attache l'IFAC, unité du CHU de Nantes dédiée à la recherche, la formation-prévention et l'information sur les addictions comportementales. En effet, les objectifs de l'institution sont divers à savoir : améliorer l'état de connaissances scientifiques sur les addictions comportementales, former les professionnels de santé et les intervenants sociaux pour améliorer la prévention et la prise en charge des addictions comportementales et enfin de diffuser les connaissances auprès du grand public pour aider les personnes en difficulté et leur entourage.

3. Ergothérapie et addiction sexuelle

3.1. Vie quotidienne et addiction sexuelle

Cordonnier, psychothérapeute sexologue, relate en 2006 que les dépendants au cybersexe ont des utilisations compulsives et passent au moins 11h par semaine sur des sites à caractère sexuel. Ils développent une tolérance et un désir sans cesse grandissants envers ce type d'activité, minimisent ou nient les conséquences négatives de leur comportement, négligeant leurs occupations normales, incapables de contrôler leur impulsion à s'engager dans de tels comportements. Cela ne permet plus d'établir des relations saines avec le partenaire et interdit les contacts sociaux.

La majorité des sujets souffrant d'addiction sexuelle ont un syndrome clinique caractérisé par l'expression excessive de pulsions, de fantasmes ou de comportements sexuels récurrents, intenses, qui interfèrent à différents niveaux dans la vie quotidienne. (Karila et al, 2015).

Des récits de vie anonymisés d'individus *sex-addict* permettent également de mettre en lumière un décalage grandissant entre leurs valeurs, leurs rôles, leurs habitudes et leur comportement (Sandis et Dumonteix, 2012). Par ces lectures, nous observons donc que la personne *sex-addict* est amenée à s'impliquer dans une activité sexuelle néanmoins vidée de sens pour elle. Dans les situations de déprivation occupationnelle au profit de l'addiction, occupation en elle-même, « *l'altération de la qualité de vie n'est pas uniquement liée à la perte d'occupations, mais aussi à la perte du partage de l'occupation avec d'autres* »

(Luthringer Kauffmann, 2018), ce qui est généralement le cas avec les personnes souffrant d'addiction.

3.2. Ergothérapie et suivi en addictologie

3.2.1 Ergothérapie

Le terme ergothérapie provient du grec « ergon » signifiant l'activité et « therapia » signifiant « soin ».

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeute (ANFE) et l'arrêté du 5 juillet 2010, l'ergothérapie « fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » et son objectif est de « *réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne* ». Pour ce faire, l'ergothérapeute « *met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale [...], préconise des aides techniques [...], des aides humaines, des aides animalières [...], conçoit et réalise du petit appareillage* ».

L'ergothérapeute prend en compte la personne dans sa globalité, physiquement et mentalement, dans son environnement familial, social et matériel. Que l'on vise les symptômes ou le rééquilibrage des activités, dans les deux cas les ergothérapeutes prônent la réalisation d'activités diversifiées signifiantes et significatives à travers une vision holistique de la personne. Par conséquent, un patient ne peut pas être réduit à une simple lésion anatomique ou une incapacité, mais doit être pris dans l'ensemble de ses composantes internes et externes. L'ergothérapeute pourrait être alors en mesure d'intervenir dans la prise en charge d'une personne addict, qui peut être privée en partie ou en totalité d'activités qui ont un intérêt pour lui.

3.2.2 Un aperçu de la pratique ergothérapeutique en addictologie

La pratique ergothérapeutique, auprès de patients souffrants d'addiction (principalement aux substances), consiste à les accompagner à travers un travail d'introspection. L'instauration d'un cadre thérapeutique et des activités projectives. Tout cela pour l'orienter de manière à favoriser la résolution des conflits internes. L'ergothérapeute utilise la médiation par le biais d'activités créatives pour permettre à la personne de s'exprimer de

Lors de la première phase d'investigation, les deux ergothérapeutes contactées m'ont renseignées sur leurs pratiques auprès de patients *addicts* aux substances et j'ai alors pu

identifier quelques pistes de prise en soin. Tout d'abord, elles désirent les accompagner à un travail d'introspection. Elles se basent principalement sur l'approche psychodynamique. L'instauration d'un cadre thérapeutique en atelier d'ergothérapie permettra à l'ergothérapeute, non seulement, d'être en capacité d'écouter le patient et faire des liens entre la personne, son vécu et ce qu'elle présente à ce moment, mais aussi de la faire verbaliser sur ce qui se passe en séance. En prenant comme outil thérapeutique l'activité, les ergothérapeutes doivent dans la mesure du possible les rendre à la portée de l'ensemble des participants, quelque soit l'hétérogénéité des profils. En conséquence, l'ergothérapeute fait le choix de rencontres médiatisées par des activités projectives afin de ne pas exposer les patients à des difficultés dévalorisantes ou les confronter au vide créatif « *car travailler sur l'objet en cours de création revient à travailler sur la problématique du produit* » (Chaussé, 2014). Si l'activité est investie par le patient, cela induit qu'elle a un sens pour ce dernier. Un premier temps est consacré à la création où l'ergothérapeute intervient uniquement lorsque le patient le sollicite afin de ne pas influencer le travail thérapeutique. Arrive ensuite le temps de parole où des échanges réflexifs s'effectuent entre le patient et l'ergothérapeute et avec l'ensemble des participants lorsque les ateliers sont réalisés en groupe, ce qui est majoritairement le cas. Enfin, l'ergothérapeute est à même de proposer un travail sur le repérage et la gestion des crises, la prise en considération du temps octroyé à l'objet d'addiction et sur les fonctions cognitives.

3.2.3 *L'équipe pluriprofessionnelle*

L'ergothérapeute exerçant dans des unités d'addictologie à l'hôpital accompagne le patient souffrant d'addiction aux substances en équipe pluriprofessionnelle. En effet, il est amené à collaborer avec de nombreux autres professionnels de santé, dont les plus fréquemment rencontrés sont le psychiatre, le médecin addictologue, le kinésithérapeute, l'orthophoniste, l'infirmier, l'assistante sociale, l'aide-soignante, le rééducateur activité physique adapté ou encore le psychologue. Les ergothérapeutes mettent en place principalement des activités thérapeutiques en groupe pour les patients addicts aux substances. Au contraire, le patient *sex-addict* est davantage pris en charge dans des structures en ambulatoire par un professionnel de santé, qu'il soit médecin, psychiatre ou psychologue. Le programme de soins groupal nantais, cité plus haut et joint en annexe, est à ma connaissance la seule prise en charge en groupe au sein de structures, développés ci-après.

3.2.4 *Les secteurs de prise en soin en addictologie*

La circulaire DGS/6B/DHOS/O2 du 16 mai 2007 présentée par le Ministère des Solidarités et de la Santé définit l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Elle décrit notamment les lieux des pratiques pluriprofessionnelles dont les principales missions comprennent le soin médico-psychologique, l'accompagnement à l'insertion et à l'inclusion sociale, la réduction des risques, l'intervention précoce et la prévention.

3.2.4.1 *Le secteur médico-social*

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) proposent un suivi médico-psychosocial, assuré par une équipe pluriprofessionnelle, sous la forme de rendez-vous individuels ou de groupes de parole. Ce sont généralement les premières structures sollicitées à l'entrée d'une démarche de soins. Les soignants, médical et paramédical, ainsi que des travailleurs sociaux constituent ses équipes. L'accompagnement est ainsi global : médical, psychosocial et éducatif.

Les CSAPA sont l'élément clé du dispositif médico-social en addictologie. Le recensement opéré lors de la phase exploratoire, à Paris et en Ile-de-France, établit l'absence de l'accompagnement ergothérapeutique au sein de ces structures.

La prise de contact avec ce service est à l'initiative du patient. L'accompagnement se fait en ambulatoire avec ou sans hébergement.

3.2.4.2 *Le secteur sanitaire*

Le dispositif de soins hospitaliers est organisé en trois niveaux (« *proximité* », « *de recours* », « *centre d'addictologie universitaire régional* ») Il est composé de différentes structures, à savoir :

- Consultations : lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement qui sont en partenariat avec un service d'hospitalisation en capacité de réaliser des sevrages simples.
- Equipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA) : elles assurent des actions de sensibilisation, d'information et de formation des professionnels de santé et des actions en liaison avec les partenaires extrahospitaliers.
- Services d'hospitalisation réalisant des sevrages simples : ils sont généralement situés dans des services de soins généraux.
- Unités d'addictologie de prise en charge aigüe.

- Services d'hospitalisation réalisant des sevrages et des soins résidentiels complexes.
- Soins de suite et de réadaptation addictologique (SSR).

Le métier d'ergothérapeute est représenté dans certains services d'hospitalisation mais nous ne les retrouvons pas dans les ELSA, comme nous avons pu le constater en phase exploratoire.

Je n'ai, à ce jour, pas rencontré d'ergothérapeutes travaillant dans un contexte d'addiction comportementale et encore moins d'addiction sexuelle. Pourtant, ma recherche se concentre sur cette dernière. Or, le constat semble être sans appel : bien que l'objet addictif soit différent, les addictions comportementales sont sensiblement similaires aux addictions aux produits lorsque l'on compare les critères diagnostics. Ainsi, nous pouvons supposer que les bases de l'accompagnement restent les mêmes.

Également, nous pouvons questionner la temporalité de notre intervention. Le Ministère des Solidarités et de la Santé met en avant que « *la prise en charge d'une personne ayant une conduite addictive peut comporter, un accompagnement en aval, en amont ou pendant la prise en charge* ». A la lumière du référentiel de compétences, l'ergothérapeute peut intervenir en prévention primaire. Par conséquent, il pourrait être compétent pour « prévenir » de l'addiction mais aussi préparer le retour à domicile, grâce aux démarches d'éducation et de conseils sur l'addiction et sa gestion au quotidien.

En tant qu'ergothérapeute, nous sommes en capacité de prendre en compte non seulement les besoins et les souhaits d'une personne mais aussi le niveau de motivation et répondre aux difficultés de performance occupationnelle (Vanzetti, Ensenlaz, Jobert, Grivet, et al, 2018).

C'est pourquoi j'ai choisi de me baser sur les travaux de Gary Kielhofner et le modèle de l'occupation humaine (MOH) ainsi que la science de l'occupation afin d'étayer ma question de recherche et de lui fournir une base scientifique indispensable à la poursuite de mon écrit. Selon cet auteur, nous sommes des êtres occupationnels et chacun d'entre nous se définit par ce qu'il fait. Chaque modèle permet d'avoir une réflexion globale sur la problématique d'une personne. Pour la thématique de cette étude, je me suis penchée davantage sur la composante de la volition, terme spécifique à ce modèle et qui se définit comme la motivation à agir.

4. La pratique centrée sur la personne

4.1. Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

Le cadre conceptuel et les outils découlant du modèle peuvent guider le raisonnement des ergothérapeutes ainsi que leur processus d'évaluation et d'intervention en assurant d'offrir une vision holistique de la personne au moyen de l'occupation (Braveman, Fisher et Suarez-Balcazar, 2010). Le MOH offre une vision détaillée et intégrative de la personne au moyen de l'occupation, concept central adopté par son auteur. Plus spécifiquement, le MOH s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société (Bélangier, Briand et Marcoux, 2006). Les parties et sous-parties du modèle expliquent comment la nature occupationnelle d'une personne peut être influencée selon les trois dimensions qui la composent et qui sont toutes en constante dynamique avec l'environnement soit : « l'être », « l'agir » et « le devenir ». En premier lieu, on retrouve la dimension de « l'être ». Cette dimension se réfère aux traits propres à l'individu et agit à titre de structure axée sur les composantes suivantes : sa volition (volonté d'agir selon ses déterminants, intérêts et valeurs personnels), son habitude (structure de la routine quotidienne selon les habitudes et les rôles) et sa capacité de rendement (aptitudes à réaliser des occupations selon l'expérience subjective de l'individu, et les caractéristiques physiques et mentales qui guident son engagement). L'analyse de ces trois composantes en lien avec l'environnement permet de mieux cerner la notion complexe de l'occupation chez l'être humain et sa capacité à s'adapter et à participer activement à son projet de vie (Bélangier et al, 2006).

En deuxième lieu, le modèle conceptualise la dimension de « l'agir » selon différents niveaux d'action : la participation occupationnelle (s'engager dans une occupation), le rendement occupationnel (accomplissement d'une occupation) et les habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction de la personne.

En troisième lieu, la dimension du « devenir » fait référence à l'adaptation occupationnelle qui est construite à partir de l'identité et de la compétence occupationnelle de l'individu. Cette dimension est la résultante de l'interaction entre les dimensions de « l'être » et de « l'agir ». Ces dimensions sont en constante relation avec l'environnement social et physique qui procure des situations venant faciliter ou restreindre l'individu dans son adaptation occupationnelle (Taylor, 2017).

Ce modèle aborde plusieurs concepts occupationnels permettant d'approfondir et d'explorer,

les interactions entre la personne et l'environnement, ses motivations, ses habitudes de vie et ses habiletés pour adapter les activités significatives (Morel Bracq, 2009) qui sont essentielles pour la personne (Kielhofner, 2008). Ce modèle, centré sur la personne, permet à l'ergothérapeute de mieux cerner l'engagement et l'importance des activités qui ont du sens pour la personne.

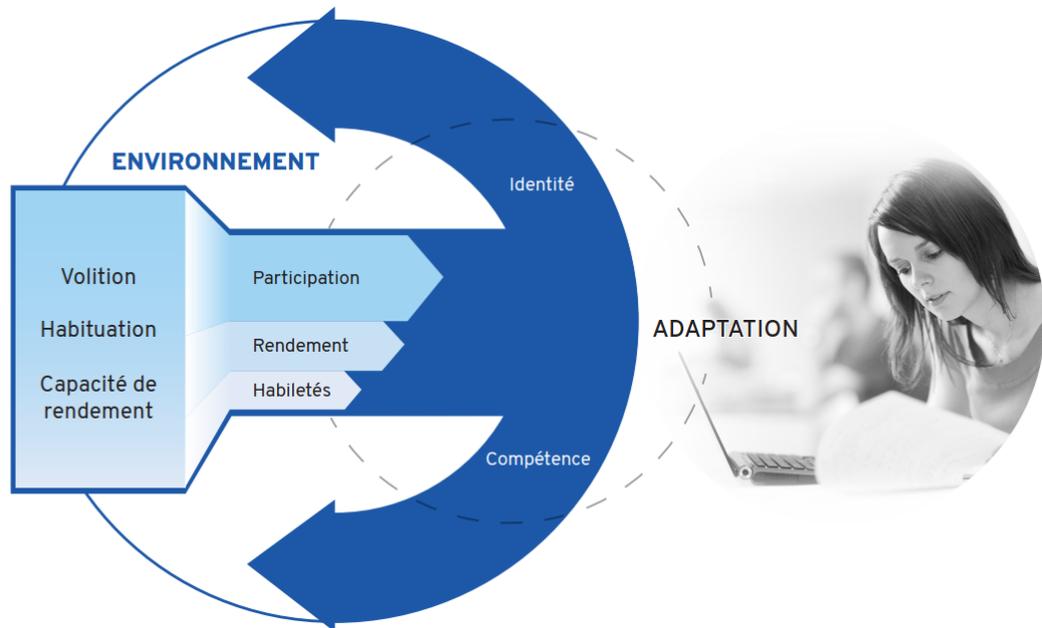


Figure 2 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine [CRMOH, 2020]

Ce modèle s'intéresse à toute personne éprouvant des difficultés dans la réalisation de ses occupations et s'adapte donc aux individus souffrant d'addiction sexuelle absorbés par des pensées ou des faits sexuels. Ainsi, pour cette étude, je fais le choix de me saisir de la sphère volitionnelle, composante spécifique de ce modèle et pouvant être associée à la motivation d'agir.

4.2. La volition : la motivation à agir

Kielhofner (2008) met l'accent sur la vision intégrative de la volition de la personne et en fait ainsi un modèle d'intervention réellement centré sur la personne.

Pour mieux comprendre l'importance ou le désintéressement d'une occupation accordée par la personne en souffrance d'addiction sexuelle plus qu'à une autre, il faut connaître ce qui le motive à s'investir dans une occupation. C'est alors qu'entre en jeu la volition qui regroupe des éléments « invisibles » de la personne (valeurs, croyances, estime de soi) mais dont certaines sont visibles (les habitudes, le rendement) (Doussin, Fouqueray et Martel, 2012) et

qui aideront à expliquer pourquoi une personne s'investit ou a contrario ne s'investit plus dans une occupation. Cela détermine le besoin d'agir d'une personne et ce qu'elle choisira de faire. Ce concept illustre « *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* » (Bélanger et al., 2006).

La volition se décompose elle-même en trois composantes :

- **Les valeurs** sont ce que la personne considère important et significatif (au sens social et au sens personnel).
- **Les centres d'intérêts** englobent ce que la personne considère comme agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre.
- **Les déterminants personnels** s'attachent à ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité (sentiments d'efficacité et de sa capacité personnelle).

Par ailleurs, « *la volition reflète l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels* » (Mignet, 2015). Cette organisation dépend de notre culture et de nos diverses expériences de vie. Pour cela il est important pour l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé d'adapter l'accompagnement en fonction de la personne. Chaque prise en soin est donc unique.

La dynamique entre ces sous-concepts contribuerait à déterminer l'orientation des décisions de sorte que « l'agir » soit en cohérence avec « l'être » de la personne. La volition permet également d'aider à comprendre l'agir d'une personne (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017). Pour évaluer ces différents critères de la volition, il existe plusieurs outils d'évaluation, basés spécifiquement sur le MOH ; l'AOF-CV en est un exemple.

L'Assessment of Occupational Functioning - Collaborative version (AOF-CV) est littéralement traduit comme un outil de dépistage prévu pour recueillir un large éventail d'informations reconnues comme influençant la performance occupationnelle d'une personne [Annexe V]. Cet outil « *n'évalue pas directement les habiletés de la vie quotidienne ou des variables environnementales mais son but est de produire efficacement une image des différents facteurs complexes et interreliés susceptible d'influencer les habiletés d'une personne à fonctionner* » (WATTS et al., 1999). Il permet de couvrir les différents concepts du MOH. La méthode de passation peut-être une entrevue semi-structurée ou une auto-évaluation par le patient et cela, par écrit. Il s'agit d'un questionnaire construit en 22 items regroupés en 6 catégories : les valeurs (« V »), les déterminants personnels (« DP »), les intérêts (« I »), les rôles (« R »), les habitudes (« H »), les habiletés

(« S »). Les composantes du modèle de l'occupation humaine sont indiquées à la gauche de chaque item pour aider le thérapeute à créer des questions de suivi qui sont en lien avec le modèle. Le thérapeute évalue chaque section selon l'échelle de cotation suivante : 1 : très faible ; 2 : faible ; 3 : modéré ; 4 : élevé ; 5 : Très élevé. Les questions se rapportant aux lettres « V », « DP » et « I » évaluent la volition du patient. Sur ces 22 questions, 4 visent les valeurs, 4 les déterminants personnels et 3 questions se rapportent aux intérêts du patient. Cet outil implique un contact avec le patient, même s'il est passé sous forme d'auto-évaluation. La littérature scientifique, en 2008, met en avant l'AOF comme un instrument valide pour une utilisation auprès d'une population souffrant d'alcoolisme (Mary et al., 2008).

Un modèle conceptuel associé à un outil d'évaluation peut guider la réflexion de l'ergothérapeute, et à fortiori d'une équipe pluriprofessionnelle, en favorisant l'engagement occupationnel des patients et en facilitant leurs performances pour un meilleur rétablissement.

4.3. La pratique centrée sur la personne

La pratique centrée sur la personne est un concept ergothérapeutique qui a émergé dans les années 1980 au Canada. Cette dimension centrée sur la personne et ses besoins a permis de créer plusieurs modèles conceptuels dont celui du MOH, cité plus haut. Le thérapeute doit répondre à plusieurs critères de « savoir-être » selon Carl Rogers, psychologue appartenant au courant humaniste. Tout d'abord, l'ergothérapeute doit faire preuve « *d'authenticité* » ce qui signifie être lui-même dans la relation en exprimant ses « *vrais* » sentiments. Ensuite, le thérapeute doit être capable de ne pas juger les sentiments du patient. Enfin, l'ergothérapeute doit avoir une attitude de « *compréhension empathique* » par une compréhension juste des sentiments éprouvés par le patient (Meyer, 2007). Tout cela permettant de créer une étroite collaboration entre le patient et l'ergothérapeute. La vision de l'ergothérapeute ne s'arrête donc pas à la pathologie ou à la déficience à traiter. Ce professionnel s'attache plus largement à une vision holistique du patient en l'accompagnant à définir des objectifs à atteindre et des moyens employés et l'impliquant davantage dans sa prise en soin. Dans cette approche clinique et d'après Meyer (2007), le patient intervient comme « *partenaire dans l'évaluation, dans l'intervention et dans la mesure des résultats.* ». L'ergothérapeute intervient pour respecter « *les points forts, les intérêts et les besoins du patient* » (Krupa et al., 2011). Durant toute la prise en charge, l'ergothérapeute est attentif

aux besoins de la personne pour adapter l'intervention au plus près des attentes de cette dernière. Cette démarche est qualifiée de *top-down* lorsque l'intervention se focalise en premier lieu sur les occupations et les activités pour ensuite s'orienter vers les habiletés fonctionnelles. « *La collecte des données implique la compréhension de l'histoire du patient, celle des difficultés qu'il éprouve dans son contexte de vie. Elle est orientée vers la perception de l'usager, c'est donc à travers lui que l'ergothérapeute conçoit les problèmes à traiter* » (Meyer, 2007). Le recueil de données peut être réalisé par le biais d'entretiens informels mais également sur des entretiens semi-structurés permettant alors de mesurer des aspects qui reflètent les difficultés éprouvées par le patient ou même ses besoins. Il s'en suit que les données sont expliquées de sorte que le patient puisse « *les comprendre et réfléchir à leur portée compte tenu de son cadre de vie, de son entourage, des ressources financières ou d'assistance disponibles* » (Meyer, 2007). D'après cette dernière la pratique centrée sur le patient augmente l'investissement et la satisfaction du client dans la prise en soin, ce qui améliore l'efficacité de l'intervention. Par conséquent, la démarche thérapeutique pourra « *faire sens au patient dans son environnement* » (Meyer, 2007).

4.4. Les facteurs motivationnels

L'addiction entraîne une déprivation occupationnelle. Elle ne cesse de s'accroître au détriment des activités qui ont réellement de l'intérêt et de la valeur pour la personne en souffrance. Le cycle addictif va générer de nouveaux centres d'intérêts, néfastes pour l'individu et impactant ses habitudes de vie quotidienne. Cela aura un impact direct sur la participation de l'individu dans son environnement. Le support d'addiction, en l'espèce le sexe sous toutes ses formes, entrainera un désengagement vis-à-vis d'activités significatives, influençant de facto la composante volitionnelle de la personne. L'ergothérapeute se centre sur le rapport de la personne à l'activité et à l'environnement. En relation constante avec le patient, le thérapeute permet alors d'identifier les intérêts de la personne par rapport à l'occupation, pour ainsi pouvoir orienter son accompagnement vers des activités qui ont du sens pour la personne.

La littérature invite à se pencher sur l'activité même de l'addiction révélée être une activité à part entière de la vie de tous les jours pour les personnes addicts. Selon Wasmuth, Crabtree et Scott (2014) « *l'addiction est un élément central de la vie quotidienne de certaines personnes. Selon eux, l'addiction ne perturbe pas simplement la vie occupationnelle de la personne mais elle en constitue plutôt son entière vie [occupationnelle]. L'addiction fournit à la fois une routine à la vie quotidienne et une*

stabilité au sens identitaire de la personne ». L'on pense donc que les ergothérapeutes dont la pratique est fondée, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes et l'arrêté du 5 juillet 2010, sur le lien entre l'activité humaine et la santé, pourraient être en mesure d'apporter leurs compétences au cours de la vie de la personne *sex-addict*.

5. L'activité en ergothérapie

5.1. La science de l'occupation

L'objectif de cet écrit est de saisir le rôle que l'ergothérapeute peut jouer dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction sexuelle au travers de notre spécificité qu'est l'activité. La science de l'activité humaine est « *la science qui fonde l'ergothérapie* » (Morel-Bracq, 2017). Elle aborde les quatre dimensions de l'activité : « *doing, being, becoming belonging* » (*faire, être, devenir, appartenir*) » (Wilcock, 2006 cité par Quevillon, 2015). En ergothérapie, l'occupation est un concept central défini comme : « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs* » (Meyer, 2013). Cette définition est le résultat d'un consensus établi par un groupe de travail d'ergothérapeutes autour de la terminologie au sein d'European Network of Occupational Therapy (ENOTHE). Pour Kielhofner (2008), l'occupation humaine 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* ». Wilcock (2016) (cité par Meyer, 2013) inclut dans sa définition de l'occupation, ce que les individus sont contraints de faire en plus de ce qu'ils veulent et ont besoin de faire. Ainsi, faire quelque chose sous contrainte, avec ennui ou irritation, ou de manière inefficace est bien une occupation et le sens de celle-ci sera empreint des sentiments désagréables et des effets néfastes qu'elle produit. Il est intéressant de lire que d'autres auteurs soulignent que les occupations peuvent être mal adaptées, destructrices ou dangereuses. Bien que par définition, les occupations concourent à la santé de la personne, il faut alors penser que ce n'est pas forcément à son amélioration (Dickie, 2009, cité par Meyer, 2013). Lorsque la personne est victime d'addiction sexuelle, répondre à la pulsion sexuelle immédiatement, entraîne un bouleversement des activités de vie quotidiennes renforcé par les sentiments de honte et de culpabilité faisant suite au comportement compulsif. Une telle situation a donc des répercussions négatives sur l'identité de la personne et de sa dignité.

Ainsi l'ergothérapeute intervient auprès des personnes ayant un comportement addictif pour les aider à relever les activités qui ont un sens pour elles et à retrouver une participation et un engagement dans leurs activités de vie quotidienne.

5.2. L'activité signifiante

Chaque occupation a un sens personnel pour l'individu qui l'effectue, par exemple parce qu'elle est intelligible ou qu'elle va à la rencontre de ses intérêts, de ses valeurs ou alors qu'elle lui amène un bénéfice. Plus ce sens est positif, plus l'individu serait enclin à la poursuivre (Meyer, 2013). Les personnes souffrant d'addiction et plus spécifiquement sexuelle, trouvent-elles un sens à leurs activités compulsives sexuelles à un moment donné de la journée ? Leur permettent-elles de rester connectées à leurs rôles durant la vie quotidienne ? Sont-ils des comportements qu'elles développent de manière répétitive dans un environnement pour répondre à un besoin occupationnel compulsif précis ?

La personne s'engage dans une activité parce qu'elle revêt un sens dans son identité occupationnelle, et ce, même lorsque l'activité apparaît néfaste pour sa santé, comme c'est le cas de la toxicomanie par exemple. Dans ce cas, l'ensemble des occupations sont influencées par la recherche de consommation de drogue pour apaiser une souffrance intérieure. La participation occupationnelle fait donc sens avec les éléments volitionnels qui soutiennent ce comportement (Doussin et al, 2012). Néanmoins, lorsqu'une personne souffre au point d'initier une demande de soins auprès de différentes institutions ou d'associations, elle se rend à fortiori compte que ses activités sexuelles compulsives ne sont plus signifiantes, au sens où elles ne correspondent plus aux activités ayant un sens pour elle et ne donnent alors plus satisfaction à tous ses besoins psychiques (autonomie, estime de soi, épanouissement personnel, sécurité...) (Djaoui, 2015).

Pierce (2016) considère que « *comprendre les significations, les expériences et les dimensions contextuelles de l'occupation au travers de la manière dont elles sont perçues par les individus constituent une connaissance pour les ergothérapeutes qui travaillent d'abord avec les circonstances de vie d'individus singuliers et de leurs familles.* ».

5.3. L'activité : outil spécifique de la démarche de l'ergothérapeute

« *La santé par l'activité* » est le point de convergence d'un manuel intitulé « *L'action contre l'inertie, répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave* » élaboré par des ergothérapeutes canadiens (Krupa et al, 2011). Son objectif premier est « *d'aider les personnes avec un trouble mental grave dans leurs*

perturbations significatives à participer aux différentes activités de la vie quotidienne, à y trouver un sens et à en tirer une certaine satisfaction ». Cet ouvrage vise également à « *prendre en compte les différentes dimensions de sens qui pourraient être approfondies afin de favoriser le lien émotionnel avec les activités et l'investissement dans celles-ci* ». Il devient inéluctable de comprendre que les individus avec un trouble mental dont l'addiction « *dirigent leur propre rétablissement mais les prestataires de services, les programmes et les systèmes peuvent faciliter ce rétablissement* ». De même, l'ordre des ergothérapeutes du Québec définit « *l'activité comme un besoin fondamental de l'être humain* » (OEQ). Si l'on n'est pas en mesure de poursuivre des activités qui ont du sens pour soi alors le bien-être, de facto la santé, sont affectés.

L'activité est le moyen thérapeutique utilisé par l'ergothérapeute pour soutenir, aider les personnes à identifier et maintenir les activités de vie quotidienne significantes. C'est grâce à cet outil thérapeutique que l'ergothérapeute aide le patient à restaurer sa capacité d'agir dans ses activités du quotidien qui peuvent être partiellement ou totalement désengagées.

L'ergothérapie « *s'intéresse au contenu, à la structure et au contexte des occupations des personnes. Elle se soucie de l'organisation des diverses occupations et de la manière dont les individus les équilibrent et les partagent avec des tiers* » (Meyer, 2013). L'ergothérapeute a pour compétence l'analyse d'activité pour l'adapter aux habiletés de la personne mais également à ses centres d'intérêt tout en répondant à un objectif ou à un besoin. Afin d'accomplir sa mission, l'ergothérapeute est amené à engager les individus dans leurs occupations nécessaires permettant le maintien de la santé et du bien-être de l'individu (Meyer, 2007).

HYPOTHÈSE

L'addiction sexuelle entraîne une déprivation occupationnelle au détriment non seulement d'une activité sexuelle « normale » pour la personne mais également d'autres activités significatives. La quête du plaisir « maladif » provoque un désengagement de la personne dans son quotidien. Les périodes addictives, propageant la souffrance et le dégoût de soi, sont généralement très longues avant la prise de conscience que cela nécessite de l'aide et un accompagnement médical (Dumonteix, 2015). Elles obscurcissent la composante volitionnelle de la personne et inhibent parfois sa motivation à agir dans les activités de vie quotidienne. À travers, une pratique centrée sur la personne et une approche occupationnelle, l'ergothérapeute dispose de plusieurs outils pour favoriser la volition de la personne. La médiation utilisée par l'ergothérapeute est l'activité. Celle-ci peut-être à caractère significatif comme nous l'avons vu précédemment. De ce fait, l'ergothérapeute est amené à soutenir l'implication de la personne dans son rétablissement pour l'encourager à se désengager du cycle addictif dans lequel il est enfermé. Pour cela, recueillir des informations sur les habitudes de vie de la personne et identifier ce qui la motive à agir au quotidien, hors objet d'addiction, semble une étape incontournable que la démarche ergothérapique offre via des instruments d'évaluation validés. De plus, la spécificité de l'ergothérapeute réside dans le maintien des activités significatives recueillies au-delà de la sphère institutionnelle.

Ainsi, pour répondre à la question de recherche suivante : de quelle manière l'ergothérapeute, dont la pratique est centrée sur la personne, peut-il s'inscrire dans l'accompagnement pluriprofessionnel de l'adulte souffrant d'addiction sexuelle ? J'amène l'hypothèse suivante : **L'ergothérapeute, de par sa spécificité et son approche basée sur la dimension occupationnelle, identifie et maintient les activités significatives en lien avec la volition de l'adulte souffrant d'addiction sexuelle.**

À travers les constats et théories décrits précédemment, l'identification et le maintien des activités significatives du sujet *sex-addict* permettraient à l'ergothérapeute de compléter la prise en soin effectué par une équipe pluriprofessionnelle. Ainsi l'équipe aurait une vision holistique du patient. Tout ceci dans l'objectif final d'une meilleure implication de la personne dans son rétablissement. Mais qu'en est-il dans la pratique des professionnels accompagnant spécifiquement les personnes souffrant d'addiction sexuelle ?

Pour permettre une première confrontation de la théorie à la pratique, une enquête a été menée.

CADRE DE RECHERCHE

Pour répondre à la question de recherche, une enquête a été réalisée. Dans un premier temps, j'expliquerai la méthodologie expérimentale, s'en suivront la présentation et l'analyse des résultats obtenus que je discuterai avant de conclure.

1. Méthodologie de l'enquête

Il n'y a pas, à ce jour, d'état de connaissances en ergothérapie sur le sexe, en tant qu'objet d'addiction.

1.1. Objectifs

À partir de l'hypothèse énoncée précédemment, voici les différents objectifs de recherche que je formule :

- Identifier les approches thérapeutiques des professionnels de santé accompagnant spécifiquement les personnes *sex-addicts* et les ergothérapeutes exerçant en unité d'addictologie.
- Identifier les outils de recueil de données permettant de relever la composante volitionnelle du patient.
- Partager la spécificité de l'ergothérapeute et son approche basée sur la dimension occupationnelle.
- Recueillir les moyens thérapeutiques utilisés par l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé.
- Identifier la plus-value que pourrait avoir l'ergothérapeute auprès des personnes *sex-addicts*.

1.2. Populations

Ma question de recherche s'intéresse à la manière dont l'ergothérapeute peut s'inscrire dans l'accompagnement de la personne souffrant d'addiction sexuelle. Or, à ce jour, suite à une pré-enquête, non exhaustive et développée en phase exploratoire, il n'y a pas d'ergothérapeutes exerçant auprès de cette population. C'est pourquoi j'ai choisi d'interroger des professionnels de santé comprenant à la fois des ergothérapeutes exerçant à l'hôpital dans des unités d'addictologie auprès de personnes souffrant d'addiction aux substances et d'autres professionnels de santé accompagnant, quant à eux, spécifiquement des sujets *sex-addict*. J'ai eu connaissance de ces derniers lors de ma pré-enquête auprès des CSAPA

notamment. J'ai exclu de ma population les professionnels de santé spécialisés en addiction sexuelle travaillant en cabinet libéral, ma recherche s'attachant à la place de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

L'enquête réalisée cible cinq professionnels de santé dont trois ergothérapeutes. La population cible exerce dans des unités distinctes pour éviter les biais méthodologiques. J'ai exclu de cette enquête les professionnels de santé, autres que les ergothérapeutes, n'ayant pas accompagné de personnes *sex-addict*.

1.3. Outils

1.3.1 Outil principal : entretien semi-directif

La méthode semblant la plus appropriée pour répondre à ce besoin est l'utilisation d'un outil qualitatif. Ceci nous permet d'obtenir davantage de détails sur les approches et moyens thérapeutiques employés par les différents professionnels à partir de discours riches et élaborés. En effet, je cherche à prendre connaissance concrètement de la prise en soin des individus addicts. De plus, je souhaite recueillir leur ressenti sur la manière d'appréhender ou non la dimension occupationnelle chez une population. Les objectifs de l'enquête visés plus haut confortent donc le choix de l'outil. Cet outil d'investigation permet, selon Tétreault Sylvie, d'« à approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne ». L'auteure ajoute que « cette démarche permet de reconstruire la réalité et de découvrir le sens de ce que la personne dit et vit ».

L'outil est à caractère « semi-directif » avec des questions ouvertes concernant les thèmes abordés. J'ai mené mon entretien en posant les questions établies dans le guide d'entretien [Annexe VI]. Celui-ci a été un appui mais j'ai parfois adapté l'ordre des questions et mes relances à la discussion pour ne pas rompre la dynamique de l'échange. J'ai pris la décision de ne pas prendre de notes afin d'adopter une posture d'écoute active, de rebondir, de relancer et de montrer mon implication dans l'entrevue. J'ai recueilli des données substantielles, insisté sur des éléments particuliers, reformulé ou expliqué mes propos ou bien rebondir sur des réponses intéressantes. Également, la spécificité de l'entretien a permis d'instaurer un libre échange en poussant plus loin la réflexion tout en favorisant la spontanéité d'expression.

1.3.2 Outil complémentaire : AOF-CV

Comme explicité un plus haut, l'AOF-CV est un outil d'évaluation traduit en français en 2005 par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). Me baser sur un outil standardisé d'évaluation du MOH et validé scientifiquement, m'a permis d'identifier avec certitude les éléments à recueillir chez les patients en lien avec leur volition. En effet, un des objectifs de ces entretiens étant de relever si les professionnels de santé accompagnant les personnes souffrant d'addiction sexuelle sont amenés, lors de la prise en charge, à identifier les activités significatives des individus en lien avec leur volition. Je confortais ainsi mon guide d'entretien en y faisant figurer des éléments spécifiques aux valeurs, intérêts et déterminants personnels de la personne et scientifiquement validés.

Par ailleurs, une des particularités de cet outil en est sa flexibilité. En effet, il est possible de ne choisir que certaines questions de l'outil à poser et ce, dans l'ordre souhaité. J'ai ainsi relevé une question relative à chaque sous-concept de la volition ayant trait à l'activité significative. Ce choix a été arbitraire. De même, son utilisation ne nécessite pas de formation particulière. J'ai ainsi aisément obtenu l'outil auprès du CRMOH par voie dématérialisée.

Enfin, l'intérêt d'un outil existant est marqué par les qualités psychométriques qui en découlent et également d'une fiabilité inter-étude dans le cas d'une poursuite d'études sur le même sujet.

1.4. Mise en œuvre de l'enquête

Afin de constituer mon échantillon, j'ai sollicité des ergothérapeutes et d'autres professionnels de santé identifiés au cours de ma pré-enquête. Après avoir présenté mon sujet et ma démarche par le biais de courriel, cinq ce sont portés volontaires pour être interviewés dont trois ergothérapeutes, ainsi qu'une psychologue clinicienne et une sexothérapeute, éducatrice spécialisée de formation initiale.

L'ensemble des entretiens a été réalisé fin mars-début avril 2021 dans un contexte de crise sanitaire (COVID-19). C'est pourquoi, j'ai rencontré les participants uniquement en visioconférence et par téléphone. Un formulaire de consentement autorisant l'enregistrement et respectant l'anonymat a été signé, au préalable, par chacun d'entre eux [Annexe VII].

Ci-après, le récapitulatif de ces différents entretiens :

Entretiens	E1	E2	E3	P1	P2
Date	29/03/2021	29/03/2021	02/04/2021	03/04/2021	07/04/2021
Durée	38'05	59'29	62'02	57'03	53'24
Conditions	Visioconférence				Téléphone

1.5. Limites et critique des outils

Nous savons d'ores et déjà que l'entretien constitue un outil d'investigation subjectif avec des données qualitatives. Les résultats ne représenteront pas la totalité des pratiques des professionnels de santé collaborant avec les sujets *sex-addict*, ni des ergothérapeutes travaillant en unité d'addictologie dans des centres de soins.

2. Résultats et analyse de l'enquête

Dans un premier temps, les résultats bruts des entretiens sont présentés sous forme de tableau avec les mots-clés en gras. Ceci est accompagné d'une description des liens entre les réponses des différents interlocuteurs. Dans un second temps, une analyse par thématique du contenu regroupera par thème pertinent selon l'hypothèse. Cela permettra de faire une comparaison des informations recueillies entre les ergothérapeutes exerçant auprès de patients addicts aux substances et les professionnels de santé accompagnant spécifiquement les personnes *sex-addict*. Enfin, nous mettrons ces résultats en relation avec le cadre conceptuel.

2.1. Synthèse des résultats

2.1.1 Expérience des professionnels exerçant auprès de personnes sex-addicts et d'autres personnes addicts à des substances.

Tableau 1 : Représentation du parcours professionnel des ergothérapeutes et des autres professionnels de santé

	Années d'expérience	Lieu d'exercice	Catégorie d'addiction	Accompagnement des patients seul ou en équipe
Ergothérapeute 1 (E1)	15 ans	Hôpital Y - Soins de Suite et de Réadaptation – unité d'alcoologie	Addiction à l' alcool principalement.	« les 2 mais le poids de l'équipe est très important ».
Ergothérapeute 2 et addictologue (E2)	5 ans + « addictologue » depuis 4 ans	Hôpital X – équipe mobile de maintien à domicile et centre de jour + prévention en addictologie auprès d'un HDJ adolescent	Addiction avec substances : alcool, cannabis, cocaïne + autres addictions associées (jeux vidéo principalement) + accompagnement de trois patients sex-addicts	« Il s'agit d'un vrai travail d'équipe » Equipe : infirmiers, psychomotriciens, médecins si cela impacte la clinique psychiatrique »
Ergothérapeute 3 (E3)	8 mois	Hôpital P – service d'addictologie – secteur fermé et secteur ouvert	60 % alcool 40 % drogues (cocaïne, cannabis) Très peu d'addiction comportementale.	« Je fais les ateliers seule car chacun est chargé » « Réflexion en cours pour faire un atelier avec neuropsych » « Staff tous les matins où il y a échanges » Dans le service : infirmiers, aides-soignants, neuropsychologue, médecins, professionnel activité physique adaptée
Psychologue clinicienne (P1)	4 ans	CSAPA I	Addiction sexuelle	« Seule, totalement seule » « Mais il y a souvent un psychiatre associé si trouble psychiatrique »
Sexothérapeute (P2)	10 ans	CSAPA M	Addiction sexuelle	« Je reçois seule les patients et ne fait intervenir l'équipe qu'en cas de problèmes. » « Ma prise en charge suffit. » « Il n'y a pas de demandes d'hospitalisation donc les médecins n'interviennent pas. »

L'ensemble des ergothérapeutes exercent en unité d'addictologie à l'hôpital auprès d'une population *addict* aux substances et dont les séances thérapeutiques sont majoritairement groupales. Nous notons qu'une des trois ergothérapeutes, E2, est également addictologue et elle a accompagné trois sujets *sex-addicts* au cours des quatre dernières années. La psychologue clinicienne et la sexothérapeute travaillent en CSAPA et accompagnent depuis plus d'un an les personnes souffrant d'addiction sexuelle. Par conséquent, ils correspondent aux critères d'inclusion de l'étude.

2.1.2 Les approches thérapeutiques utilisées

Tableau 2 : Représentation des résultats des approches thérapeutiques utilisées par les professionnels de santé interrogés

E1	« J'utilise un vieux modèle qui est la CIF . Est-ce que le patient est capable ou pas. En fonction du résultat je vais accentuer le travail sur ça ou l'orienter sur ses incapacités »
E2	« En prenant ma <u>casquette d'addictologue</u> j'utilise d'abord une approche cognitivo-comportementale . J'essaie d'aider le patient à comprendre pourquoi ça lui arrive sans faire une introspection psychanalytique et en lui donnant des clés pour que ça n'impacte pas son quotidien » « Dans un second temps j'utilise l'approche psychanalytique » « Dès que je parle du quotidien alors je ressors <u>ma casquette d'ergo</u> pour demander comment ça impacte l'organisation du quotidien et je vais aider à réorganiser tout le quotidien pour éviter le cercle vicieux. »
E3	« J'axe davantage sur l'autonomie et la réhabilitation psychosociale . Mais en fonction des demandes de la part d'autres professionnels, je peux être amenée à utiliser l'approche psychodynamique » « Je trouve très intéressant l'approche cognitivo-comportemental mais je manque de formation »
P1	« Je combine trois voire quatre approches : les thérapies cognitivo-comportementales, la psychoéducation, l'analyse fonctionnelle et les tableaux d'observation » « J'ai une vision humaniste »
P2	« Davantage dans les TCC mais je n'aime pas mettre une étiquette sur l'approche que j'emploie. Tout se fait en fonction de la personne »

	<i>Au fur et à mesure on peut se rendre compte d'abus sexuel... donc le travail sera plus psychanalytique »</i>
--	--

Les professionnels de santé ont des approches thérapeutiques qui divergent. Aussi bien le modèle de la CIF (E1), l'autonomie de la personne (E3), la réhabilitation psychosociale (E3) que des approches psychodynamiques (E2 et E3) sont utilisés. La thérapie cognitivo-comportementale est employée systématiquement par P1 et P2. E2 l'utilise également lorsqu'elle porte sa casquette d'addictologue.

2.1.3 Le déroulement d'un début de prise en soin

Tableau 3 : Représentation des résultats sur le déroulement d'un début de prise en soin selon les professionnels de santé interrogés

E1	<p>« <i>En théorie sur prescription »</i></p> <p>« <i>Les patients sont vus en groupe uniquement »</i></p> <p>« <i>L'évaluation se fait lors de l'observation de la mise en situation »</i></p> <p>« <i>Je leur demande toujours ce qu'ils aiment, est-ce qu'ils ont un loisir, la nature, etc. Je me base dessus »</i></p>
E2	<p>« <i>Sur indication médicale avec demande de prise en charge au niveau addiction »</i></p> <p>« <i>Je reçois un mail avec l'histoire de vie du patient et l'explication de ses consommations »</i> « <i>1^{ère} visite avec le patient pour voir ce qu'il va me livrer et faire une comparaison avec ce qu'il a livré au médecin »</i></p> <p>« <i>Je lui présente le cercle de prochaska et souhaite dédramatiser l'addiction »</i></p> <p>« <i>J'ai un outil bidouille avec une anamnèse et des questions classiques : quel est votre consommation ? quels sont les toxiques que vous prenez ? La quantité de toxique par jours, par semaine, par mois ? »</i></p> <p>« <i>J'essaie d'établir très rapidement une relation de confiance pour que le patient se livre plus »</i></p>
E3	<p>« <i>Pour les <u>patients hospitalisés</u>, j'interviens sur prescription orale demandée au médecin pour présentation rapide du patient puis je rencontre le patient dans sa chambre »</i></p> <p>« <i>Ensuite, je m'entretiens une fois avec le patient pour faire un bilan ergo non normé. Ce sont quelques questions me permettant de cibler les ateliers les plus pertinents pour le patient »</i></p>

	<p>« Pour les <u>patients de l'HDJ</u> : je ne vois pas les patients en individuel, juste en groupe. Il y a des ateliers très organisés. Je lis d'abord le dossier du patient ou alors le médecin présente les nouveaux patients arrivés à l'HDJ. Puis je vois le patient la 1^{ère} fois lors d'un atelier de groupe. Donc je ne pose pas les mêmes questions, donc j'observe beaucoup.</p>
P1	<p>« Avant tout il faut créer une alliance thérapeutique forte entre le patient et soi »</p> <p>« Ecouter, comprendre comment l'addiction sexuelle s'est construite, comment ils sont arrivés là, pourquoi ils consultent maintenant, qu'est ce qui a déclenché la demande d'aide, comprendre leur histoire personnelle et celle de l'addiction. »</p> <p>« Dès le premier rendez-vous je fais de la psychoéducation »</p> <p>« Avant même qu'ils puissent être exposés à la honte [vis-à-vis de moi] je tente qu'ils se sentent en sécurité et compris véritablement en leur expliquant que c'est leur cerveau qui exige ces choses [addictives] »</p> <p>« Je donne un sens clinique à l'addiction »</p> <p>« Les premiers rendez-vous doivent être des pierres d'espérance pour que le patient revienne »</p> <p>« Je n'ai pas de trame. J'ai des outils d'évaluation si je soupçonne des troubles associés »</p>
P2	<p>« Je commence par poser des questions d'ordre administrative »</p> <p>« A partir de cette fiche je leur demande la raison pour laquelle ils viennent consulter »</p> <p>« Je n'ai pas de trames d'évaluation »</p> <p>« J'instaure une alliance thérapeutique »</p>

Spontanément tous les ergothérapeutes indiquent qu'ils débutent une prise en soin sur prescription médicale qui peut être écrite ou orale. Les patients d'hospitalisation de jour sont essentiellement reçus au sein de groupes thérapeutiques contrairement aux patients hospitalisés dont la prise en charge est davantage individuelle. Alors que pour P1 et P2, exerçant dans un centre en ambulatoire, les patients sont uniquement reçus en individuel. Les ergothérapeutes recueillent des informations du patient par le médecin directement ou par lecture du dossier médical puis utilisent des outils non normés pour cibler leurs questions (E2 et E3). L'observation, lors des ateliers thérapeutiques, reste aussi un moyen utilisé chez les ergothérapeutes (E1 et E3). Les méthodes sont quelques peu différentes chez les autres professionnels de santé : P1 n'a pas de trames et débute par de la psychoéducation. P2 pose

dans un premier temps des questions administratives puis dans un second temps des questions relatives à l'addiction sexuelle. Elles n'ont pas de outils d'évaluation.

La volonté de créer une alliance thérapeutique dès le début de la prise en charge est bien mise en avant.

2.1.4 La prise en compte des activités quotidiennes

Tableau 4 : Représentation des résultats sur la manière de la prise en compte des activités de vie quotidienne selon les professionnels de santé interrogés

E1	« C'est à moi de faire des liens sur leur quotidien lorsqu'ils sont en train de faire l'activité et quand ils se livrent dans le même temps »
E2	« Dans l'organisation du quotidien et de la place de l'addiction au sein du quotidien » « Quelles sont les activités qui vont prendre de la place, qui vont permettre à l'addiction de reculer, quelles sont les activités impactées par l'addiction, les activités subies par le patient et dont on ne pas se servir pr réorganiser le quotidien » « Je ne vais pas travailler sur l'autonomie du patient mais davantage sur l'impact positif de certaines activités par rapport à l'addiction , connaître les situations satisfaisantes pour le patient dans son quotidien, même si elles sont plus longues et plus difficiles à mettre en place que les conduites addictives »
E3	« Oui je pose la question lors du bilan : quels sont vos loisirs, vos habitudes de vie ? ce que vous aimez bien faire ? » « Également lors d'une activité créatrice »
P1	« Oui, bien sûr je m'y intéresse beaucoup car pour comprendre une personne il faut savoir comment elle vit » « Je lui demande qu'est-ce qu'il fait de ses journées ? comment est sa vie aujourd'hui et comment était-elle dans le passé ? »
P2	« Je m'y intéresse pour savoir s'ils travaillent , s'ils ont des loisirs , des passions , connaître l'organisation de leurs journées , à quel moment de la journée se connectent-ils et où (sur lieu de travail, dans les toilettes, chez eux ... ? le déroulement de la journée » « Je m'intéresse à ce qui peut être des outils ressources . »

Peu importe le support d'addiction et le professionnel concerné, l'accompagnement du sujet *addict* inclus automatiquement la prise en compte de la vie quotidienne et son encadrement.

2.1.5 Les moyens thérapeutiques mis en œuvre

Tableau 5 : Représentation des résultats des moyens thérapeutiques mis en œuvre selon les professionnels de santé interrogés

E1	<p>« Par exemple la calligraphie : je demande à chacun de choisir son modèle en fonction de ce qu'ils aiment. Je leur explique la consigne puis ils démarrent l'activité, qui est un travail de précision. Une fois que le patient a décalqué il passe à l'encre de chine. Toutes les informations sont données au compte-goutte. On observe ainsi la patience des patients, les dosages de l'encre sur la plume, la précision, les tâches, des choses qui bavent, le relationnel des patients entre eux, leur réaction face au dessin des autres ... »</p> <p>« A la fin de chaque activité on demandera au patient : est-ce que ça vous a plu ou pas ? qu'avez-vous travaillé comme notion et quelles ont été vos difficultés ? »</p>
E2	<p>« Donner les clés pour qu'ils comprennent leur addiction et pourquoi ça se passe comme ça »</p> <p>« Travailler sur la partie organisationnelle, psychique et quotidienne du patient, peu importe les modèles utilisés »</p> <p>« J'ai les objectifs en tête en fonction des personnes donc je n'utilise toujours pas les mêmes outils, les questionnaires »</p> <p>« J'utilise les activités thérapeutiques et les médiations pour voir comment la personne interagit avec la matière (pk ça lui donne du plaisir ou non...), pour créer un réel lien de confiance »</p> <p>« On regarde aussi des films sur les trafics de drogue par exemple puis avec le groupe de parole on discute du ou des personnages fictifs qui sont très crus et qui ont peut-être les mêmes conduites que les patients. Ensuite quand je vois le patient en individuel on revient sur ce qu'il s'est passé dans le groupe »</p> <p>« Je travaille également beaucoup avec le modelage. Nous prenons de l'argile mais à chaque fin de séance le modelage est détruit car le but est de travailler sur la construction, le côté éphémère et surtout sur le côté de la destruction. Détruire son objet permet de travailler sur son ressenti quant à l'idée de détruire quelque</p>

	<p><i>chose ou parfois si cela ne fait rien, voir les autres détruire leur construction que l'on trouvait intéressante, cela a une résonance différente »</i></p> <p><i>« Aider à réorganiser le quotidien pour ne plus s'ennuyer et aller sur internet et regarder ce genre de vidéos pornographiques par exemple »</i></p>
E3	<p><i>« En groupe, je fais des ateliers créatifs, sensoriels et des ateliers en rapport à des activités de vie quotidienne »</i></p> <p><i>« Par exemple l'atelier sensoriel se déroule ainsi : lorsque j'axe sur la vue, j'imprime diverses images installées au milieu de la table et j'imprime aussi une feuille avec une liste d'émotions (proposé aux patients qui ont du mal à s'exprimer à l'oral et à identifier leurs émotions). Puis il y a des échanges autour des images et l'idée est de faire du lien avec des souvenirs, des émotions, des mots, c'est réellement un groupe de parole »</i></p> <p><i>« Je fais également des ateliers stimulation cognitive. Je propose des exercices permettant de stimuler la mémoire de travail, la mémoire à court terme, la concentration et des exercices en lien avec le quotidien (pour voir leur capacité à s'organiser, planifier...). Je peux leur donner un plan d'une ville avec liste de tâches à faire comprenant des contraintes horaires ... »</i></p> <p><i>« On leur demande : quelles sont vos motivations pour la sortie, qu'est-ce que vous allez mettre en place pour ne pas rechuter ? Dans une situation à risque de rechute, qu'est ce que vous faites ? »</i></p>
P1	<p><i>« Je prends comme exemple le tableau d'observation. Je donne au patient un tableau simple avec les semaines du mois. Ils vont noter quand, à quelle heure et à quel moment ils agissent. Souvent on tente d'aller un peu plus loin, pour qu'ils me disent ce qui a déclenché la conduite sexuelle en deux ou trois mots, pour ensuite me raconter en séance ce qui l'a déclenchée. Ainsi j'observe en premier lieu puis, une fois que je prends connaissance du rôle de sa conduite, ce qui la déclenche, ce qui l'accentue... On va commencer à agir sur la conduite en mettant en place des stratégies comprenant 1 à 3 jokers. Ainsi pour la prochaine séance il tente de respecter la limite fixée entre le patient et moi-même. Il notera s'il a agi, s'il a tenu la limite ... S'il ne réussit pas alors les objectifs seront révisés pour qu'ils soient atteignables par le patient et ne pas le décourager.</i></p> <p><i>J'axe mon travail également sur les approches corporelles et la question de la sensibilisation et désensibilisation du cerveau afin qu'ils comprennent le</i></p>

	<p><i>fonctionnement de la pulsion, d'accepter qu'elle soit là et de dialoguer avec elle afin de la laisser être là et de la laisser ensuite partir du cerveau »</i></p> <p><i>« Trouver des techniques de relaxation »</i></p> <p><i>« Comprendre comment cette personne s'est construite dans sa famille, sa relation aux autres, quel est son parcours de vie au niveau relationnel, affectif et familial »</i></p> <p><i>« Travailler la conjugalité »</i></p> <p><i>« Travailler en 3^{ème} point avec les thérapies axées sur le trauma, la dissociation et l'attachement ICV (intégration du cycle de vie) »</i></p> <p><i>« Au final je travaille sur la réparation profonde de la personne »</i></p>
P2	<p><i>« Leur fait noter sur un planning d'une semaine les moments où ils se connectent et je leur demande ce qu'ils ont ressenti (satisfaction, dégoût) »</i></p> <p><i>« Je peux les aider à réapprendre à faire l'amour en dehors du virtuel »</i></p> <p><i>« Trouver de l'occupationnel lorsque les personnes s'ennuient »</i></p> <p><i>« Mettre une alarme au bout de X temps lorsque vous êtes sur un site à caractère sexuel et quoiqu'il se passe vous devez vous déconnecter »</i></p> <p><i>« Je travaille sur la non culpabilité. On ne peut pas revenir en arrière »</i></p>

Parmi les moyens thérapeutiques utilisés par les ergothérapeutes, E1 et E3 ont spontanément cité les activités : elles sont expressives, artisanales et peuvent être des mises en situation écologique. Avant d'évoquer les médiations utilisées E3 énonce les clés à donner au patient « *pour qu'ils comprennent leur addiction et pourquoi ça se passe comme ça.* ». Ce moyen est repris par P1 qu'elle nomme de la « psychoéducation ». Enfin P1 et P2 font respectivement des « *tableaux d'observation* » et « *des plannings* ». Les moyens mis en œuvre par les différents professionnels de santé sont divers et variés.

2.1.6 La connaissance du MOH par les professionnels de santé

E1 « *J'ai déjà dû le voir* »

E2 « *Oui je le connais. Mais je ne sais plus bien ce qu'il est. Je n'utilise pas le modèle mais Kielhofner est une base de l'ergothérapie* »

E3 « *Oui. Avant de commencer à travailler j'avais pris plusieurs bilans du MOH pour m'en servir. Mais je veux bien un petit rafraîchissement. C'est intéressant pour voir la motivation du patient* »

P1 « *Je ne connais pas* »

P2 « *Non pas du tout* »

La connaissance du modèle de l'occupation humaine est limitée chez les ergothérapeutes et inexistante chez la psychologue clinicienne et la sexothérapeute.

2.1.7 La définition de l'activité signifiante

Tableau 6 : Représentation de la définition de l'activité signifiante en fonction des professionnels de santé interrogés

E1	« Ce qui donne un rôle à la personne , qui lui dit qu'elle existe pour quelque chose et qui la définit »
E2	« Une activité qui a du sens pour le patient, que la personne aime »
E3	« Activité qui a un sens pour le patient. Ça peut-être une activité au quotidien ou une activité de loisirs mais également une activité qui a un sens par rapport au travail de l'ergothérapeute » « J'essaie que les activités puissent être réutilisées après leur hospitalisation et qu'elles plaisent aux patients bien qu'il y ait un objectif derrière »
P1	« Une activité qui comble la personne , qui peut donner sens aux journées et à la vie de la personne » « Une activité importante qui fait peut-être partie des désirs ou des projets intimes et qui engage totalement la personne »
P2	« Ça ne me parle pas dans le sens où dès le moment le patient énumère ce qui l'intéresse dans la vie alors ce sont des outils que potentiellement on va pouvoir se servir » « Une vie sexuelle épanouie est pour moi ce qui est signifiant »

La définition de l'activité signifiante est similaire chez quasi tous les professionnels de santé avec les notions de faire sens, d'intérêt et d'importance. Par ailleurs, pour E1 une activité signifiante donne un rôle à la personne et la définit.

2.1.8 AOF-CV : outil de recueil d'informations du MOH

Tableau 7 : Représentation des questions se rapportant à la volition et issues de l'outil du MOH posées par les professionnels de santé interrogés

	Intérêts
E1	« Oui mais pas de la même manière et cela reste ponctuel. Et ce n'est pas programmé. Ça sera au sein de l'activité »

E2	« Oui mais je ne demande pas pourquoi ne les faites pas vous pas actuellement »
E3	« Oui très clairement je pose cette question comme cela dans l'entretien » « Mais je ne pose pas la question de pourquoi ne vous faites pas ces activités actuellement ? » car ils me donnent en général directement la réponse de l'addiction comme point de départ. Mais il pourrait être intéressant de poser la question »
P1	« Oui je pose souvent la question de quelles sont vos passions, les choses que vous aimez et que vous ne vivez pas à cause de votre addiction » « Je ne demanderai pas à la personne de les énumérer mais plutôt lesquelles » « Je vais plutôt demander ce qui les bloque en lieu et place de pourquoi ne faites-vous pas ces activités actuellement »
P2	« Oui bien sûr »

La question relative à la cotation « intérêt » de l'outil de dépistage AOF-CV est très clairement et systématiquement posé au patient souffrant d'addiction.

	Valeurs
E1	« Non je ne la pose pas celle-là » « Enfin je vais comprendre des choses indirectement et toucher du doigt des activités ou des rôles qui sont essentiels pour eux aux cours des discussions et des ateliers »
E2	« Oui. Totalement » « J'axe sur les activités qui vont avoir un sens et surtout un plaisir , amener une reconnaissance sans se soucier de l'entourage ou du point de vue de la société »
E3	« Ça arrive que je pose la question pour les activités importantes mais pas pour les activités qui donnent un sens à votre vie » « Je pose les questions sur les habitudes de vie et je fais une liste d'activités du quotidien »
P1	« Oui pour les activités importantes . Mais pour le sens donné à sa vie je ne parle pas en termes d'activités mais plus globalement « qu'est ce qui donne sens à votre vie ? »
P2	« Oui bien sûr . Certains patients ont des questions sur leur spiritualité, leur foi »

La question relative à la cotation « valeurs » de l'outil de dépistage AOF-CV est posée par P1, P2, E2 et E3. Néanmoins, E1 relève des éléments correspondant aux valeurs en observant le patient lors des discussions.

	Déterminants personnels
E1	« <i>Non car je pars du principe qu'ils les font bien et je ne souhaite pas parler de l'insatisfaction avec eux car ce sont des personnes qui n'ont plus confiance en eux et qui se dévalorisent en permanence</i> »
E2	« <i>Non car bien ou mal est un jugement de valeurs mais je leur demande quelles sont les choses qu'ils réalisent et qui leur apporte du plaisir. J'axe vraiment sur cette notion de plaisir</i> »
E3	« <i>Non pas du tout. Mais la question est intéressante</i> »
P1	« <i>Oui je peux la poser comme cela ou alors quelles sont les choses pour lesquelles vous vous sentez compétents, que vous êtes à l'aise de faire ?</i> »
P2	« <i>Je ne la formule pas de la même manière mais ça veut dire la même chose</i> » « <i>Je la formule ainsi : dans votre vie quelles sont les choses positives que vous faites et qui sont pour vous valorisantes ?</i> »

La question relative à la cotation « déterminants personnels » de l'outil de dépistage AOF-CV n'est pas posée par l'ensemble des ergothérapeutes. E1 et E2 souhaitent davantage axer leurs propos sur la notion de plaisir et ne pas porter de jugement de valeurs en employant les termes « bien » ou « mal ». E3 la considère néanmoins intéressante. Les autres professionnels interrogés posent cette question d'une manière différente mais signifiant la même chose.

2.1.9 Le maintien des activités significantes

Tableau 8 : Représentation du processus mis en œuvre pour maintenir les activités significantes

E1	« <i>Pas toujours parce qu'elles sont différentes selon les personnes et nous sommes avant tout un groupe</i> »
E2	« <i>Oui on peut l'aider à remettre en place des choses qui l'intéressent et auquel il va réapprendre à avoir du plaisir dans l'activité car avoir du plaisir s'apprend</i> » « <i>Les activités significantes doivent se mettre en place de manière franche sinon on risque de retomber dans l'addiction</i> »

	« <i>La personne doit se réapproprier la prise en charge et avoir un véritable rôle d'acteur</i> »
E3	« Pas beaucoup car je vois peu les patients » « <i>J'aimerais plus le faire dans la pratique</i> » « <i>Je trouve dommage qu'on les perd de vue lorsqu'ils sortent de l'hospitalisation. On ne sait pas s'ils arrivent à mettre en place les activités qu'ils souhaitent</i> »
P1	« Oui à chaque rendez-vous je pose la question : où en êtes-vous avec cette activité ? par exemple » « <i>Je vais suivre le patient et voir s'il y a des décrochages, en connaître les raisons et travailler ces raisons-là</i> »
P2	« <i>Pour un suivi sur le long terme, l'accompagnement est plus intense et plus profitable</i> » « <i>Quand je leur demande les occupations qu'ils aimaient bien faire alors je leur demande de se réinvestir dans cette occupation et de se mettre un challenge</i> » « <i>La personne doit être acteur du travail mis en place</i> »

P1 et P2 maintiennent les activités significatives en posant la question au patient. E1 et E3 ne le font pas ou peu, la réalité institutionnelle ne le permettant pas. Aider le patient à les mettre ou remettre en place doit se faire de « *manière franche* » selon E3 afin d'éviter de retomber dans l'addiction. Enfin E2 et P2 énoncent qu'il est important que la personne addict soit actrice du travail mis en place.

2.1.10 La plus – value de l'ergothérapeute auprès des personnes sex-addicts

Tableau 9 : Représentation des résultats de la plus-value de l'ergothérapeute auprès des personnes sex-addicts selon les professionnels interrogés

E1	« Repérer les perturbations de ses activités quotidiennes » « <i>Avoir une vue très globale du patient qui permettrait de bien les accompagner</i> » « <i>Je me poserais les mêmes questions que pour une personne addict à l'alcool</i> » « <i>Pour moi c'est évident qu'il y a des choses à faire</i> » « <i>L'homme est fait pour être en activité</i> »
E2	« Organiser le quotidien car il y a un réel impact sur les occupations » « <i>Voir la personne de façon holistique en dehors de son addiction et voir comment ça intervient dans son quotidien, le reste du quotidien, voir au niveau social s'il</i>

	<p><i>arrive à créer ou recréer des liens sociaux et ainsi l'accompagner dans la réorganisation de son quotidien »</i></p> <p><i>« Être un interlocuteur présent sur le long terme »</i></p> <p><i>« Identifier les incapacités du patient à se servir »</i></p> <p><i>« Accompagner la personne pour la réduction des consommations »</i></p> <p><i>« Essayer de retester des activités signifiantes pour lui et de les intégrer dans son quotidien »</i></p>
E3	<p><i>« Les remettre dans une dynamique activité »</i></p> <p><i>« Les aider à trouver d'autres activités qui auraient un sens pour eux »</i></p> <p><i>« Davantage prendre le temps de réfléchir avec le patient pour s'organiser »</i></p> <p><i>« C'est difficile de monter la plus-value de notre métier car d'autres professionnels font des ateliers aussi »</i></p>
P1	<p><i>« Vous permettriez deux choses : premièrement <u>du point de vue du patient</u> je pense que vous lui permettriez d'axer ou de se concentrer sur d'autres parties de sa vie qui lui tiennent à cœur et qui sont importantes pour lui, ce qui serait vraiment très concret. Car c'est là que tout se passe dans le concret de la vie des gens. Vous aideriez le patient à trouver l'énergie, les stratégies, les façons de comprendre leur réalité, leurs activités, leur quotidien et d'agir de façon efficace. Un zoom permanent de l'ergothérapeute sur la vie quotidienne.</i></p> <p><i>Du <u>point de vue du psychothérapeute</u>, je pense que ça nous permettrait d'aller plus vite. Vous nous transmettriez la partie concrète du quotidien du patient, ce qui est une condition à la création de l'alliance thérapeutique et nous on se focaliserait sur la deuxième phase de la thérapie qui est la réparation psychique bien plus profonde »</i></p> <p><i>« Le patient aurait des résultats plus vite également »</i></p> <p><i>« La prise en charge serait bien plus riche »</i></p> <p><i>« Il est important de travailler en équipe pluridisciplinaire »</i></p>
P2	<p><i>« Ça serait une plus-value extrêmement intéressante. Ce serait une aide pour moi pour travailler encore plus en profondeur sur ce qui les motive, ce qui les fait bouger, ce qui peut les aider »</i></p> <p><i>« La pluriprofessionnalité serait très intéressante »</i></p>

L'ensemble des professionnels interrogés a argumenté en faveur d'une plus-value à l'intervention de l'ergothérapeute au cours de la prise en soin de la personne souffrant

d'addiction sexuelle. Les ergothérapeutes mettent en avant le fait qu'ils travaillent d'ores et déjà dans le secteur de l'addiction et seul le support de l'addiction est différent contrairement à l'approche thérapeutique qui serait la même avec des individus *sex-addicts*. De plus, l'ergothérapeute par sa vision holistique du patient permettrait un accompagnement plus global, concret et centré sur la dimension occupationnelle. Tout cela, dans l'intérêt du patient afin que le suivi soit le plus efficient possible. Enfin l'importance du travail en équipe pluriprofessionnelle est soulignée par les professionnels exerçant la plupart du temps en individuel.

2.2. Analyse thématique des résultats

Ainsi, après avoir retranscrit l'ensemble des entretiens dont deux d'entre eux se trouvent en [Annexe VIII] et [Annexe IX], j'ai choisi d'utiliser la méthode d'analyse thématique du contenu.

2.2.1 Thème 1 : l'identification et le maintien des activités significatives en lien avec la volition

Nous pouvons remarquer que la volition est la base pour tous les professionnels de santé accompagnant aussi bien les sujets addicts aux substances que les personnes *addicts* au sexe. Les professionnels, majoritairement, recueillent des informations relatives aux valeurs, aux intérêts et aux déterminants personnels de la personne souffrant d'addiction. Elles sont obtenues dès le début de la prise en soin lors d'un entretien initial (lorsque cela est possible) avec l'aide de questions préalablement établies par le professionnel lui-même « *outil bidouille, outil non normé* », « *sans trame* » mais aussi par « *observation du patient en séance* ». Il aurait été intéressant de demander aux ergothérapeutes et autres professionnels de santé la pertinence ou non d'utiliser un outil normé, comme l'AOF-CV par exemple. Malgré cela nous notons que la volition est un concept utilisé par tous les professionnels, ce qui sous-entend que le modèle aurait un intérêt à être appliqué en addictologie en général puisqu'il se base en partie sur cette composante. Ainsi pour une meilleure utilisation de la volition et des aspects motivationnels de la personne, il y aurait peut-être un intérêt à approfondir la connaissance du MOH dans les centres d'addictologie au sens large.

La majeure partie des professionnels de santé interrogés définit le terme « *activité significative* » comme une activité importante, qui peut donner du sens aux journées et à la vie de la personne ; ce qui l'engagera totalement. Ce sont des « *outils ressources* » d'après P2

dont ils vont pouvoir se saisir pour investir le patient dans son rétablissement. En effet, l'addiction sexuelle est une activité en tant que telle, dénuée de sens car elle en est addictive. Ainsi, accompagner les patients souffrant d'addiction sexuelle à remettre de l'activité qui fait sens dans leur vie est un des objectifs, au vu des résultats, de tous les professionnels de santé interrogés. Avec ce suivi centré sur la personne, le patient viendra plus facilement en séance et s'investira davantage dans son rétablissement qualifié « d'occupationnel », c'est-à-dire à retrouver du sens aux activités mises de côté au profit du cercle vicieux de l'addiction.

Par ailleurs, l'attitude du thérapeute dès le début de la prise en soin entre en jeu. En effet, les professionnels mettent en exergue l'importance de la relation entre eux-mêmes et les patients. D'après E2, P1 et P2 « *la relation de confiance* » et « *l'alliance thérapeutique* » sont des conditions sine qua non au bon déroulement d'une prise en charge.

La pratique actuelle en addictologie, qu'elle soit effectuée par des ergothérapeutes en unité d'addictologie de centre hospitalier ou par d'autres professionnels de santé en CSAPA se base donc sur les aspects motivationnels intrinsèques de la personne. Cela permet notamment d'axer l'accompagnement thérapeutique sur des activités significatives, ce qui fait écho au modèle du cadre conceptuel.

2.2.2 Thème 2 : la prise en compte de la vie quotidienne

« *L'addiction devient une occupation en tant que telle* » nous rappelle E2. Selon P1, « *pour comprendre une personne, il faut savoir comment elle vit* ». Cette occupation devient addiction quand elle a un impact sur la vie quotidienne et il est nécessaire d'en « *connaître sa place* ». Cela entraîne des répercussions sur les activités de vie quotidienne mais également sur toutes les émotions relatives au « *plaisir* » selon E2. Les résultats des entretiens mettent en exergue que peu importe le support de l'addiction et le professionnel concerné, l'accompagnement du sujet addict provoque automatiquement la prise en compte de la vie quotidienne et son encadrement. Les ergothérapeutes s'y intéressent davantage lors des activités expressives ou artisanales que les patients sont amenés à faire durant leur prise en soin, alors que la psychologue clinicienne et la sexothérapeute poseront directement des questions sur l'organisation du quotidien. La dimension occupationnelle de la personne *sex-addict* est donc une des clés de voûte de l'accompagnement thérapeutique.

2.2.3 *Thème 3 : la prise en soin par les différents professionnels*

Aussi bien les ergothérapeutes, exerçant au sein d'unités d'addictologie hospitalières, que les professionnels de santé, travaillant en CSAPA, placent sans équivoque la relation thérapeutique comme pierre angulaire à une « bonne » prise en soin. C'est à travers cette relation thérapeutique qui traduit la relation entre le patient et le thérapeute, que les professionnels de santé sont en mesure d'instaurer un climat de confiance et une véritable alliance thérapeutique. Cela permettra au patient de se livrer davantage sur des sujets « honteux » et où la « culpabilité » est sans cesse présente selon P1 et E2. La relation thérapeutique serait-elle un facteur motivant pour la personne dans son rétablissement ?

Malgré une prise en soin qui diffère par nature, selon les disciplines de chacun, les résultats informent d'un objectif commun : accompagner le patient à sortir du cycle addictif dont il est la victime. Le début de prise en soin peut être différent dans une même catégorie de professionnels : l'ergothérapeute peut vouloir s'entretenir au préalable avec la personne ou alors recueillir des informations uniquement par le biais de l'observation en ateliers d'ergothérapie par exemple. Néanmoins, l'objectif premier des professionnels de l'enquête est similaire : écouter et connaître le rôle qu'a l'addiction dans la vie du patient. Les façons de poursuivre la thérapie sont, de facto, différentes selon les deux populations interrogées : l'ergothérapeute accompagne davantage des patients formant un groupe autour d'une activité thérapeutique qui peut-être aussi bien expressive qu'artisanale. La psychologue ou la sexothérapeute se base plus spécifiquement sur la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale qui, au vu des résultats, fonctionnent avec l'addiction sexuelle. Les ergothérapeutes connaissent peu cette thérapie qui pourrait être un réel atout dans leur savoir-faire auprès des personnes addict aux substances et aux comportements.

2.2.4 *Thème 4 : les représentations de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne sex-addict*

L'ergothérapeute est un professionnel exerçant d'ores et déjà dans le secteur de l'addiction, principalement aux substances. Selon les ergothérapeutes interrogés, la prise en soin pourrait être la même car c'est pour eux le support de l'addiction qui diffère et non l'approche thérapeutique. Ils mettent en avant une des compétences de l'ergothérapeute qui est la vision holistique de la personne et par conséquent de pouvoir accompagner le sujet *sex-addict* dans la réorganisation de son quotidien, en prenant le temps nécessaire, mais également de le réintégrer dans une dynamique d'activités pourvues d'intérêt pour lui. Par

ailleurs, il n'y a pas eu d'emblée d'opposition ou un caractère réfractaire à la venue d'un ergothérapeute dans leur centre. Au contraire, les professionnels de santé exerçant spécifiquement auprès de personnes *sex-addict* en CSAPA informent d'une vraie plus-value de la présence de l'ergothérapeute comme un partenaire dans leur accompagnement. La démarche centrée sur le patient et l'approche concrète basée au cœur de la vie quotidienne pourrait être complémentaire au travail thérapeutique davantage basé sur la réparation psychique de la personne addict. Le discours est alors favorable à une collaboration.

3. Discussion

3.1. Mise en relation des résultats avec la partie théorique

3.1.1 *Thème 1 : la motivation des personnes sex-addict, clé de l'accompagnement ?*

D'après tous les professionnels de santé interrogés, ils disposent de plusieurs moyens pour motiver l'individu *addict* en lien avec sa volition. La prise en soin adaptée est le premier critère pour motiver la personne et créer une alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute. Or, comme le souligne Boyer en 2015 « *la seule action sûrement efficace sur la motivation est la création d'un contexte relationnel favorable permettant l'engagement du processus motivationnel* ». Estellon rappelle également dans son livre ayant trait à la personne *sex-addict* que « *lorsqu'un processus thérapeutique est mis en place, il s'agira de favoriser un cadre thérapeutique assez souple mais suffisamment identifiable pour que le patient apprenne à tenir le rythme, c'est-à-dire, aussi investir le lien thérapeutique plutôt que de zapper de thérapeutes en thérapeutes dès qu'une frustration est ressentie* » (Estellon, 2014). Alors, la relation thérapeutique ne serait-elle pas une condition pré-requise à la motivation de l'individu dans son processus de rétablissement ?

Le fait de s'intéresser véritablement au projet des personnes addicts permet de placer le patient en tant qu'acteur de sa prise en charge. En proposant des activités qui ont un intérêt pour la personne ou qui procurent un bien-être à la personne, l'ergothérapeute l'aide à les projeter dans l'avenir. « *Quand on aime ce que l'on fait et qu'une activité nous passionne, on ne compte pas ses efforts pour la mener à bien. Même si c'est difficile, on la poursuit, parce qu'elle est agréable et que l'on y attache une grande importance* » (OEQ). Il y a donc une importance de l'intérêt de l'activité comme source de motivation. L'activité addictive pourrait ainsi être réduite voire sevrée au profit des activités qui ont un réel sens et sont de

véritables plaisirs pour la personne. Un patient peut également trouver en séance d'ergothérapie une activité qui lui permettra de ressaisir son rôle parental par exemple ou de réapprendre à désirer une personne. La compétence 3 du référentiel de compétences du diplôme d'Etat d'ergothérapeute est destinée aux moyens mis en œuvre en séance d'ergothérapie. La sous-compétence 7 s'intitule « *Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie* » (arrêté du 5 juillet 2010). Ainsi, l'identification et le maintien des activités significatives découlant de la volition et permettant à la personne de s'engager dans ses activités de vie quotidienne font parties du champ de compétence de l'ergothérapeute.

Bien entendu la prise en soin pourrait alors se composer d'un temps d'activités, d'un temps d'accompagnement sur la vie occupationnelle du sujet et d'un temps sur « *la réparation psychique* » du sujet *sex-addict*. L'ergothérapeute aurait donc sa place, et ce dans un travail pluriprofessionnel d'accompagnement de la personne en souffrance d'addiction sexuelle.

Par ailleurs, de par mes résultats, je retiens que la thérapie cognitivo-comportementale est utilisée par les professionnels de santé exerçant spécifiquement auprès de sujets *sex-addicts*, ce dont les qualités sont vantées dans des écrits (Lagadec, 2016). En revanche, les ergothérapeutes la connaissent mais ne l'utilisent pas car ils n'ont pas été formés. Or, il peut être intéressant de sensibiliser les étudiants en ergothérapie à l'intérêt que porte cette approche et de leur faire connaître l'utilité de cet outil, particulièrement dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions. De même, le MOH semble peu connu et il serait peut-être intéressant que tous les professionnels de santé aient cette connaissance et certains outils qui pourraient servir d'appui à leur prise en charge.

Cependant, les ergothérapeutes et autres professionnels de santé pourraient rencontrer plusieurs limites à l'utilisation d'activités significatives. D'une part une réalité institutionnelle avec des contraintes structurelles : ils réalisent des activités avec le matériel de leur structure et les moyens financiers dont ils disposent. Également, les durées moyennes de séjour ne sont pas suffisantes pour se centrer sur la personne dans sa globalité. L'idéal serait qu'un des professionnels de santé puisse accompagner la personne à maintenir les activités significatives dans son milieu de vie.

3.1.2 *Thème 2 : la démarche centrée en addictologie*

La démarche qualifiée de *top down* est décrite comme une prise en soin focalisée sur les activités du patient pour ensuite se concentrer sur ses habiletés fonctionnelles (Meyer, 2007).

Bien entendu, les personnes souffrant d'addiction sexuelle n'ont pas forcément des déficiences d'ordre fonctionnel. Néanmoins, ils ont des troubles psychiques plus ou moins importants. Les différents entretiens mettent en exergue que ni la pratique des ergothérapeutes, ni la pratique des autres professionnels de santé ne se concentrent dès le début de la prise en charge sur les activités significatives. De même, les activités réalisées en groupe, ne permettent pas toujours de se focaliser sur chaque patient et sur ce qui fait sens à ses yeux. Serait-il pensable de concilier des activités thérapeutiques groupales et individuelles pour des personnes consultant en ambulatoire (comme c'est le cas pour l'ensemble des individus *addicts* sexuels) pour permettre au thérapeute d'accompagner au plus près des occupations du patient ? L'intervention en ergothérapie auprès de cette population devrait-elle être propre à la personne ou normative ?

3.1.3 *Thème 3 : retour sur le modèle de l'occupation humaine*

Les résultats des entretiens mettent en avant que le modèle de l'occupation humaine répond en théorie aux attentes des professionnels de l'addiction sexuelle. Ce modèle conceptuel d'ergothérapie n'est pas connu mais je considère qu'il mériterait de s'inscrire dans cet accompagnement. Certains outils, basés spécifiquement sur ce modèle et validés scientifiquement, comme c'est le cas de l'AOF-CV pourraient être employés à des fins d'évaluations standardisées et significatives pour les transmissions en équipe par exemple. Ainsi l'ergothérapeute pourrait obtenir de l'information relatives aux forces et aux difficultés de la personne de même qu'à sa perception d'elle-même. Tout ceci pourrait être associé à la psychoéducation réalisée, à ce jour, par les professionnels de santé et dont le but serait de comprendre l'interaction entre les trois facteurs que sont la personne, son environnement et son activité addictive.

De même, d'après le cadre conceptuel, la volition se définit par ce qui nous motive à agir dans notre quotidien. Or, trois éléments nous motivent : nos intérêts, nos valeurs et nos déterminants personnels. À l'aide de l'outil de dépistage AOF-CV j'ai pu relever que globalement les trois notions sont recueillies par l'ensemble des professionnels de santé. Cela permet non seulement d'entrer en relation en identifiant des activités significatives mais

aussi, de facto, de créer une relation de confiance. Toutefois, l'identification des activités significatives ne suffit certainement pas à retrouver un équilibre au sein de sa vie quotidienne, concept ergothérapeutique d'équilibre occupationnel. Malgré cela, je suis amenée à me questionner sur un éventuel recouvrement de compétences. En effet, l'accompagnement thérapeutique en rapport avec la dimension occupationnelle fait-il partie du champ de compétences du psychologue clinicien et du sexothérapeute ? Le fait de s'y intéresser est intégrante au processus de soins. Néanmoins, ces professionnels ne sont-ils pas contraints d'utiliser l'approche occupationnelle en l'absence d'un professionnel de l'occupation comme l'est, en partie, l'ergothérapeute ? Mon enquête a pu mettre en évidence la volonté d'une intervention pluriprofessionnelle et plus spécifiquement d'une intervention d'ergothérapeutes, davantage spécialisés sur la dimension occupationnelle de la personne. Comme le souligne Meyer (2020), la centration sur l'occupation qui va de pair avec l'approche centrée sur la personne « *consiste à comprendre les patients comme des êtres occupationnels, à s'intéresser à leurs difficultés occupationnelles dans leur vie de tous les jours et à concevoir le pouvoir de l'occupation comme agent de changement* ».

3.1.4 Thème 4 : les représentations de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne sex-addict

L'ergothérapeute se trouve d'ores et déjà au cœur de la prise en charge de l'addiction aux substances dans des unités d'addictologie à l'hôpital. Il y aurait donc une place pour l'ergothérapie auprès des personnes souffrant d'addiction sexuelle, seul le support de l'addiction étant différent. Les autres professionnels de santé sont plutôt favorables à l'intervention de l'ergothérapeute. Les rôles et compétences de chacun pourraient donc être ainsi partagés entre professionnels. Cela permettrait un meilleur accompagnement qui serait plus global et à fortiori plus efficace. Tout ceci dans l'intérêt de la personne. Quel est donc le frein à l'accompagnement pluriprofessionnel des *personnes sex-addicts* et plus largement des sujets souffrant d'addiction aux substances dans les CSAPA notamment ? Pourquoi la prescription de l'ergothérapie n'est-elle pas systématique chez ces patients consultant leurs psychiatres en ambulatoire à l'hôpital ? Quels sont les freins à la prescription médicale ? À l'instar de mon questionnement, la revue canadienne d'ergothérapie publiée, en 2020, un article dont le titre est le suivant : « *Aborder la santé sexuelle des clients dans la pratique de l'ergothérapie* ». Certes, il ne s'agit pas d'addiction sexuelle mais de la vision des ergothérapeutes interrogés sur la thématique du sexe. Ils considèrent que la sexualité est un sujet qui s'inscrit dans leur champ de pratique mais que peu d'entre eux l'abordent en

pratique par manque de connaissances principalement. Alors, serait-il judicieux de former les ergothérapeutes sur les manières d'aborder la sexualité dans leurs prises en soin de manière générale ?

3.2. Influence des résultats sur la question de recherche : vérification de l'hypothèse

De ma question de départ jusqu'à ma démarche de recherche, en passant par le cadre théorique, une seule question se posait dans cette étude. Quel est le rôle de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluriprofessionnelle accompagnant les personnes souffrant d'addiction sexuelle ?

Suite à mes lectures, une hypothèse était susceptible de répondre à cette question de recherche :

L'ergothérapeute, de par sa spécificité et son approche basée sur la dimension occupationnelle, identifie et maintient les activités significatives en lien avec la volition de l'adulte souffrant d'addiction sexuelle.

L'ergothérapeute semble être un professionnel de santé qui a sa place et son rôle à jouer dans l'accompagnement de la personne *addict* sexuel en équipe pluriprofessionnelle. D'après les résultats de l'enquête, les activités significatives sont identifiées par l'ensemble des professionnels de santé exerçant auprès de patients *addicts* et ce, en lien avec leur volition. Quant au maintien, il n'en est que limité par les durées moyennes de séjours et la non-intervention des professionnels au domicile ou autres lieux de vie des sujets souffrant d'addiction. À ce jour, le concept volitionnel et l'approche occupationnelle sont utilisés pour les personnes souffrant d'addiction sexuelle ; toutefois, face à l'absence de l'ergothérapeute exerçant à leurs côtés l'hypothèse ne peut être validée. Ainsi dans le cadre de cette recherche, **l'hypothèse est validée partiellement.**

3.3. Limites et intérêts de l'étude

L'étude a des forces et des limites qui ont une incidence sur les résultats. L'une des premières limites est le faible échantillon de personnes interrogées. De plus, celui-ci était seulement composé de deux professionnels de santé exerçant spécifiquement auprès de personnes *sex-addict*. J'aurais souhaité avoir l'opportunité d'interroger un médecin addictologue ou psychiatre exerçant à l'hôpital auprès de cette population. En effet, le

nombre de professionnels interrogés ne représente pas la totalité des pratiques des professionnels de santé exerçant en addiction sexuelle. Cela limite donc la portée des conclusions et des représentations que peut avoir l'ergothérapeute dans l'accompagnement du sujet souffrant d'addiction sexuelle. Par conséquent, les résultats issus de cette enquête ne peuvent donc pas être généralisés. Un second biais à ma recherche a été d'avoir arbitrairement choisi de ne poser qu'une question relative à chaque sous-concept de la volition alors que l'AOF-CV en comptait quatre pour les intérêts, quatre pour les valeurs et trois se rapportant aux déterminants personnels. À la fois considérée comme une limite et une force, l'interview d'une ergothérapeute également addictologue a permis de recueillir des éléments de ses deux casquettes et ce, bien distinctement. Indirectement, elle a su mettre en avant l'intérêt d'une approche complémentaire et d'un référentiel de compétences propre à chaque professionnel.

Ensuite, la pratique actuelle ne permet d'aborder plus profondément la question de recherche, l'ergothérapeute ne faisant pas partie de la prise en soin du patient *sex-addict*. Cette majeure contrainte a limité l'application de la pratique ergothérapique usitée en addiction aux substances à l'addiction sexuelle.

De même, des questions ciblant les intérêts à l'usage d'activités significantes auraient été intéressantes à poser aux professionnels de santé et aux patients directement pour connaître davantage la plus-value de l'activité significative comme source de motivation dans la prise en soin du patient. J'aurais alors pu confronter la théorie à ce qu'il se fait et/ou est pensé en pratique par les professionnels ; à savoir si l'importance de l'intérêt est considérée comme source de motivation pour l'adulte *sex-addict*.

Également, il aurait été très intéressant de pouvoir utiliser l'outil standardisé AOF-CV chez plusieurs patients afin de leur demander leur ressenti à son utilisation. De plus, connaître leur perception quant au maintien de leurs activités leur procurant un important intérêt aurait permis de légitimer d'autant plus notre intervention. Mais la volition étant un concept subjectif, il pourrait être plus évident de l'observer que de l'exprimer. Alors l'observation du travail thérapeutique auprès de ces personnes en institution aurait pu permettre, en pratique, de recueillir l'intérêt ou non à recourir à des activités significantes. Néanmoins, le temps imparti à la rédaction de cet écrit et la loi Jardé ne me le permettaient pas. De plus, il aurait été scientifiquement intéressant d'obtenir le ressenti des personnes *sex-addicts* au sein de l'association DASA sur le maintien de leurs activités significantes au profit, ou non, de leur rétablissement. Enfin, travailler en collaboration avec les soignants sur un

protocole ergothérapeutique testé en séance avec plusieurs patients pourrait faire l'objet d'une prochaine recherche.

Ce thème de recherche aura été l'occasion de s'intéresser à un phénomène encore sous-estimé par les pouvoirs publics et peu connu en ergothérapie en dépit des répercussions occupationnelles qu'il peut engendrer. Comme en témoignent les résultats de l'enquête, les professionnels accompagnant spécifiquement cette population identifient et interviennent de manière moins concrète sur la dimension occupationnelle du patient que pourraient le faire les ergothérapeutes. Selon moi, les addictions au sens large ne sont que peu enseignées en ergothérapie. Pour autant, nous nous trouvons dans une époque où les pratiques addictives peuvent prendre une place très importante et sont souvent désastreuses dans la vie quotidienne des personnes en souffrance.

3.4. Enjeux pour l'ergothérapie dans l'accompagnement de la personne *sex-addict*

De par les résultats, il y a de réels enjeux pour l'ergothérapie dans l'accompagnement des individus *sex-addicts* et à leur rétablissement. Rétablissement qui selon la littérature peut être difficile et généralement parsemé d'épisodes de rechutes. La **spécificité des ergothérapeutes** « *est d'utiliser l'occupation à la fois comme support d'évaluation, finalité de l'intervention et comme moyen thérapeutique* » (Vanzetti, Ensenlaz, Jobert et al, 2018). C'est en cela que l'ergothérapeute se distingue des autres professionnels comme les infirmiers, psychologues ou kinésithérapeutes entre autres.

En se fondant sur le modèle de l'occupation humaine, l'ergothérapeute sera en mesure de **recueillir les aspects motivationnels du sujet *sex-addict*** pour répondre à ses difficultés d'engagement et de performance occupationnels et ainsi de retrouver un niveau de participation qui lui convienne. Nous avons des **connaissances et des outils d'évaluation standardisés basés sur ces modèles permettant un recueil de données structuré**. Aider la personne à comprendre l'incidence de son activité sexuelle addictive dans ses occupations et de la soutenir à relever les stratégies favorisant son engagement sont des compétences faisant bien partie du référentiel d'activités de l'ergothérapeute. Pour se centrer davantage sur le patient, le thérapeute identifie les activités marquées d'intérêt et ce, en lien avec sa volition. Il pourrait également les **aider à les maintenir** en les accompagnant sur **le long terme et au cœur de leur vie quotidienne**, ce qui manifestement n'existe pas encore au vu des résultats. **Remettre du sens aux activités** y compris à l'activité sexuelle en **utilisant l'activité** comme **moyen thérapeutique** pourrait donc être complémentaire à une prise en

soin actuelle qui s'oriente davantage à de l'introspection. Enfin, les participants aux entretiens souhaiteraient **mutualiser les compétences pour favoriser le rétablissement**. Alors l'ergothérapeute pourrait être un **appui** à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en addiction sexuelle. Il pourrait **prendre en compte la dimension organisationnelle, sociale, économique, individuelle et familiale** de l'adulte *sex-addict*. Avec accord du patient, l'inclusion de la famille pourrait peut-être favoriser son parcours de soins. Or, le levier majeur de la stratégie « *Ma santé 2022* » est la coopération entre professionnels de santé. Il s'agirait avant tout de **déléguer** concrètement à des personnels paramédicaux **certaines activités** jusqu'alors exercées uniquement par les médecins (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Je ne peux que souhaiter un tel dispositif pour une approche complémentaire au profit du patient *sex-addict*.

En dernier lieu, des médecins proposent « *une clinique fondée sur les valeurs* » (Fulford, Peile et Carroll, 2018). **Les valeurs** des patients mais également de sa famille et de l'équipe soignante se retrouvent ainsi au cœur de la thérapie. « *Prendre en compte les valeurs dans la décision médicale et les pratiques de soin requiert de les rendre explicites* ». La pratique serait alors « *plus éthique* » et favoriserait l'appropriation par la personne d'une décision à laquelle il a participé, renforçant alors sa coopération, son observance et son investissement dans une alliance thérapeutique. « *Ce processus restaure également la personne dans une posture active, l'incitant à mobiliser ses ressources pour retrouver un contrôle sur sa vie et son devenir* » (Fulford et al, 2018). Ainsi, des **soins personnalisés**, fondés sur les valeurs, offriraient aux personnes accompagnées une attention particulière à « *la personne dans sa singularité, son projet, ses priorités, bref à ses valeurs* » (Fulford et al, 2018). Cette « *nouvelle médecine complémentaire* » semble être en corrélation avec le modèle de l'occupation humaine. Elle confirme l'essence même de cet écrit, c'est-à-dire l'importance de recueillir la composante volitionnelle du sujet.

CONCLUSION

L'addiction sexuelle peut provoquer un véritable bouleversement aussi bien psychologique, physique qu'environnemental. Nombreuses sont les répercussions occupationnelles, souvent néfastes, pour la personne qui en souffre. L'activité sexuelle addictive semble même parfois constituer la principale activité de l'individu. Suite à mes lectures et ma pré-enquête, force est de constater que les ergothérapeutes n'interviennent pas dans la prise en soin de ces personnes. C'est pourquoi j'ai souhaité montrer comment l'ergothérapeute, à travers sa spécificité et son approche occupationnelle, peut s'inscrire au sein d'une équipe pluriprofessionnelle accompagnant les adultes *sex-addicts*. Afin de répondre à mon questionnement, j'ai basé ma réflexion sur le Modèle de l'Occupation Humaine et la science de l'occupation orientant mon étude plus spécifiquement sur la composante volitionnelle de ces patients, autrement dit leurs aspects motivationnels. En dépit de la taille restreinte de l'échantillon, des résultats ont émergé de ces cinq études qualitatives d'entretiens semi-directifs. À travers l'enquête réalisée auprès de trois ergothérapeutes, d'une psychologue clinicienne et d'une sexothérapeute, j'ai pu constater l'importance pour l'ensemble de ces professionnels de prendre en compte la sphère occupationnelle de la personne, d'identifier ses activités significantes (sans utiliser d'outil normalisé) et de les maintenir dans leur quotidien. Les ergothérapeutes ont le sentiment d'un manque de connaissances du MOH et des outils structurant le recueil de données relatif à la volition. Néanmoins, l'objet de consommation relatif au sexe ne semble pas être un frein pour eux, le cycle addictif étant identique à celui de l'addiction aux substances. Enfin, ils s'accordent tous à relever que l'approche de l'ergothérapeute serait complémentaire et favoriserait la promotion d'une thérapie axée sur l'occupation. L'objectif étant de mettre en œuvre un accompagnement pluriprofessionnel, de ce fait plus complet et personnalisé pour les sujets *sex-addicts*. Malgré ces résultats cette étude mérite d'être poussée plus avant dans bien des aspects.

À la lumière de la plus-value de l'ergothérapie dans le traitement de l'addiction sexuelle, où elle n'est malheureusement pas représentée, il serait intéressant de créer un protocole de soin en ergothérapie : déployer un outil d'évaluation standardisé afin de recueillir les activités significantes ; proposer au patient des activités thérapeutiques en groupe. Mais aussi consacrer des séances en individuelles pour soutenir la remise de sens dans leurs occupations. Ce protocole s'envisagerait selon une démarche écologique avec un accompagnement plus adapté au patient, dans le respect de son intimité. Au regard de ces

considérations, la création de postes d'ergothérapeutes au sein des diverses unités spécialisées dans les addictions telles que les CSAPA et les ELSA serait-elle envisageable ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd. Révisée ; traduit par J-D. Guelfi et M-A. Crocq). Elsevier-Masson.
- Boyer, C. (2015). La motivation et ses théories, dans M-C. Morel-Bracq, E.Trouvé, E.Offenstein, et al, (dir.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.89-96). De Boeck-Solal.
- Chaussé, M. (2014). Les premiers pas professionnels : se confronter à la réalité du terrain – une expérience en addictologie. In F. Klein (dir) *Être ergothérapeute en psychiatrie* (p.165-192). Erès.
- Demily, C., & Thibaut, F. (2016). Addictions sexuelles, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie* (p.805-808). Lavoisier Médecine Sciences.
- Demily, C., & Thibault, F. (2016). Addictions sexuelles, dans M. Reynaud, L. Karila, H-J. Aubin, A. Benyamina, (dir.), *Traité d'addictologie* (p.805-808). Lavoisier Médecine Sciences.
- Dajoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité, dans M-C. Morel-Bracq, E.Trouvé, E.Offenstein, et al, (dir.), *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.207-216). De Boeck-Solal.
- Estellon, V. (2014). *Les sex-addicts. Que sais-je ?*
- Karila, L. (2008). *Les Addictions*. Le cavalier bleu.
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: Theory and application*. 4e édition. Lippincott. Williams and Wilkins
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., & al. (2011). *L'action contre l'inertie. Répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave*. ACE.
- Lingardi, V., & Mc Williams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)*. (2e ed). Guilford.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Solal
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnement en ergothérapie*, Les Cahiers de l'ÉESP, disponible sur www.eesp.ch

- Morel-Bracq, M-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux modèles fondamentaux*. De Boeck supérieur.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *CIM-10 / IDC-10 : Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement – descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (10^è ed. Révisée). Masson.
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. (G. Mignet, Trad.). De Boeck Supérieur.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (M.-C. Morel-Bracq, Trad.). De Boeck Supérieur.
- Pibarot, I. (2013). Une ergologie. *Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. De Boeck université.
- Poudat, F-X., & Lagadec, M. (2017). *Sexe sans contrôle. Surmonter l'addiction*. Odile Jacob.
- Sandis, F., & Dumonteix J-B. (2012). *Les sex addicts : quand le sexe devient une drogue dure*. Hors collection.
- Taylor, R-R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and application*. (5^è ed). Wolters and Kluwer.
- Tétrault, S., & Guillez P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Solal.
- Valleur, M., & Matysiack J.-C. (2004). *Les nouvelles formes d'addiction : l'amour, le sexe, les jeux vidéos*. Flammarion.
- Vanzetti, M., Ensenlaz, X., Jobert, E., Grivet, I., Ngakui, A., Rivet A. (2018). Evaluation centrée sur l'occupation. In N.Franck (ed.) *Traité de réhabilitation psychosociale* (p.430-455). Elsevier Masson

Articles

- Bélanger, 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. *Le partenaire*, 13, 8-16.
- Boiron, M., (2015). De la sexualité normale. *Santé mentale*, 196, 41-45.
- Braveman, B., Fisher, G., & Suarez-Balcazar, Y., (2010). « Achieving the ordinary things » : a tribute to Gary Kielhofner. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 828-831. doi: 10.5014/ajot.2010.64605

- Broglia De Moura, M., (2015). Sexualité et addiction, histoire d'une rencontre. *Santé mentale*, 196, 59-62.
- Coordonnier, V., (2006). Cybersexe et addiction : quelle thérapie ? *Sexologies*, 15, 202-209.
- De Noailles, M., Deroche, & F., Karila, L., (2015). Qu'est-ce que l'addiction sexuelle ? *Santé mentale*, 196, 26-31.
doi:10.4276/030802214X14176260335264.
- Doussin, A., Fouqueray, M., & Martel, J., (2012). Au-delà de l'Atlantique, pratiques d'évaluation en santé mentale par le biais du modèle de l'occupation humaine. *Ergothérapies*, 48, 25-35.
- Dumonteix, J-B., (2015). Adrien, sex-addict, veut guérir. *Santé mentale*, 196, 78-83.
- Fulford, E., Peile, H., et Carroll, H. (2018). La Clinique fondée sur les valeurs (trad. Pagnol, A. et Pachoud, B.). *Santé mentale*, 224, 8-9.
- Goodman A., (1990). Addiction : Definition and Implications, *Brithish Journal of Addiction*, 85, 1403-1408. Doi : 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x
- Goodman, A., (1992) Sexual addiction : designation and treatment. *Journal of Sex and Marital therapy* 18, 303-314. doi: 10.1080/00926239208412855
- Guillou-Landréat, M., Grall-Bronnec, M., & Vénisse, J-L., (2012). Addictions comportementales. *La Presse Médicale*, 41 (12), 1217-1275.
<http://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.024>
- Hegbe, K-G, et al. (2020). Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.011>
- Karila, L., Deroche, F., & De Noailles, M., (2015). Qu'est-ce que l'addiction sexuelle ? *Santé mentale*, 196, 26-31.
- Karila, L., & Lafaye, G., (2017). Un point sur les addictions sexuelles. *Dépendances* (60), 9 – 12. <https://www.grea.ch/publications/3-un-point-sur-les-addictions-sexuelles>
- Lagadec, M., (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, 22, 11-27.
- Luthringer Kauffmann, N., (2018). Déprivation occupationnelle et santé mentale. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2 (4). doi:10.13096/rfre.v4n2.126
- Marrière, S., & Lachenal-Mokhtari, F., (2020). Avec le MOH, « j'ergonne » toujours ! ou comment les approches psychodynamique et en science de l'occupation peuvent s'enrichir. *Ergothérapies*, 77, 57-65.

- Mary K. Viik MS, OTR, Janet H. Watts MS, OTR, M. Jeanne Madigan EdD, OTR, FAOTA & David Bauer PhD (1990) Preliminary Validation of the Assessment of Occupational Functioning with an Alcoholic Population, *Occupational Therapy in Mental Health*, 10:2, 19-33.
- Meyer, S., (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies*, 77, 37-44.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2008). L'activité : un besoin fondamental de l'être humain. *Les Chroniques de l'ergothérapie*, disponible à <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/4-l-activite-un-besoin-fondamental-de-l-etre-humain.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2008). L'activité : l'outil privilégié de l'ergothérapeute. *Les Chroniques de l'ergothérapie*, disponible à <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/5-l-activite-l-outil-privilegie-de-l-ergotherapeute.html>
- Pibarot, I., (1977). Dynamique de l'ergothérapie : essai conceptuel. *Journal d'ergothérapie*, 27.
- Wagman, P., Hakansson, C., & Björklund, A., (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. doi : 10.3109/11038128.2011.596219
- Wasmuth, S., Crabtree, J., & Scott, P., (2014). Exploring Addiction-as-Occupation. *The British Journal of Occupational Therapy* 77(12), 605–613.
- Young, K., Dodington, A., Smith, C., & Heck, C., (2020). Addressing client's sexual health in occupational therapy practice. *The Canadian Journal Of Occupational Therapy* 87(1), 52-62.

Textes législatifs

- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute : Annexe I : Référentiel d'activités, (2010).
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006914146/2004-0808/#LEGIARTI000006914146>
- Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, (2007).
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>

Sites internet

- CRMOH. (2020, 10 décembre). AOF-CV. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine.
<https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- DASA. (2019, 13 février). Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA) est une fraternité comportant 12 étapes et 12 traditions selon le modèle établi par les Alcooliques Anonymes. Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes.
<https://www.dasafrance.fr/>
- IFAC. (2019, 20 mai). Addiction sexuelle. Institut Fédératif des Addictions Comportementales. <https://ifac-addictions.chu-nantes.fr/les-dependances-sexuelles-et-affectives-1>
- Larousse. (s.d). Normal. *In Larousse en ligne*. Consulté le 15 avril 2020, à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/normal/54992>
- Ministère des solidarités et de la santé (2020, 5 septembre). Les équipes de liaisons et de soins en addictologie – ELSA. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>
- Ministère des solidarités et de la santé (2021, 18 mai). Les protocoles de coopération entre les différents professionnels de santé. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante>
- OMS. (2020, 10 octobre). Santé sexuelle. Organisation Mondiale de la Santé. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

ANNEXES

Annexe I. Glossaire

IFAC (Institut fédératif des addictions comportementales) : est une unité du CHU de Nantes dédiée à la recherche, la formation-prévention et l'information sur les addictions comportementales.

Les objectifs de l'IFAC sont triples :

- Améliorer l'état des connaissances scientifiques sur les addictions comportementales
- Former les professionnels de santé et intervenants sociaux pour améliorer la prévention et la prise en charge des addictions comportementales.
- Diffuser les connaissances auprès du grand public pour aider les personnes en difficulté et leur entourage.

CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) : est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

Les CSAPA regroupent depuis 2011 les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Le CSAPA a aujourd'hui la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur toutes conduites addictives, quel qu'en soit l'objet.

ELSA (Equipe de liaison et de soin en addictologie) : les équipes de liaison sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont de :

- Former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients
- Intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes
- Développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi

Selon la circulaire DHOS du 26 septembre 2008, l'ELSA bénéficie au minimum d'une présence de médecin et d'infirmier, ainsi que de temps de psychologue, d'assistant de service social et de diététicien.

Les professionnels de l'ELSA sont formés en addictologie et sont compétents sur l'ensemble du champ des addictions (alcool, produits illicites, tabac, addictions sans produit), ils contribuent ainsi au renforcement d'une culture addictologique dans les établissements de santé.

Annexe II. 1er outil de dépistage de l'addiction sexuelle – SAST*Sexual Addiction Screening Test, Carnes (1988)*

1. A-t-on abusé de vous sexuellement, pendant l'enfance et l'adolescence ?
2. Etes-vous abonné(e) ou achetez-vous régulièrement des revues érotiques (Playboy, Penhouse)
3. Vos parents ont-ils eu des problèmes techniques ?
4. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées sexuelles ?
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement n'est pas normal ?
6. Est-ce que votre conjoint(e) s'inquiète ou se plaint de votre comportement sexuel ?
7. Avez-vous du mal à arrêter votre conduite sexuelle, lorsque vous savez qu'elle est inappropriée ?
8. Vous sentez-vous mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?
9. Est-ce que votre comportement sexuel a causé des problèmes pour vous-même ou votre famille ?
10. Avez-vous cherché assistance pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?
11. Avez-vous eu peur que des gens apprennent votre conduite sexuelle ?
12. Avez-vous fait du mal aux autres émotionnellement par votre conduite sexuelle ?
13. Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors la loi ?
14. Vous êtes-vous promis à vous-même de cesser certains comportements sexuels ?
15. Avez-vous fait des efforts pour renoncer à certains comportements sexuels sans y réussir ?
16. Devez-vous cacher certains de vos comportements sexuels ?
17. Avez-vous essayé de cesser certains comportements sexuels ?
18. Pensez-vous que certains de vos comportements sexuels ont été dégradants ?
19. Le sexe a-t-il été pour vous une manière d'échapper à vos problèmes ?
20. Etes-vous déprimé(e) après un rapport sexuel ?
21. Avez-vous senti le besoin de cesser certaines formes d'activités sexuelles ?
22. Est-ce que vos activités sexuelles ont perturbé votre vie familiale ?
23. Avez-vous eu des rapports sexuels avec des mineurs ?
24. Vous sentez-vous dominé(e) par vos désirs sexuels ?
25. Pensez-vous que vos désirs sexuels sont plus forts que vous ?

Annexe III. Auto-questionnaire Dumonteix

1. **Vous cachez aux personnes qui comptent le plus pour vous** votre comportement sexuel ou vos fantasmes sexuels. OUI/NON
 2. Vos pulsions vous ont amené(e) à avoir plusieurs relations sexuelles dans des endroits avec des gens que vous n'auriez pas choisis en temps normal. OUI/NON
 3. Pour obtenir le même niveau d'excitation et le soulagement, vous avez besoin d'accroître la variété, la fréquence ou l'intensité de vos relations sexuelle. OUI/NON
 4. **La pornographie occupe une place si envahissante que vous mettez en danger des relations importantes ou bien votre emploi.** OUI/NON
 5. **Vos préoccupations sexuelles mettent en péril vos relations sentimentales** et/ou vous avez remarqué que chaque nouvelle relation comporte le même **schéma destructeur** que la précédente. OUI/NON
 6. Vous avez souvent envie de partir après un rapport sexuel et/ou vous ressentez de la **culpabilité et de la honte** après un rapport sexuel. OUI/NON
 7. Vos pratiques sexuelles vous ont causé ou pourraient vous causer des **ennuis** vis-à-vis de la loi OUI/NON
 8. Votre quête sexuelle est en **conflit avec vos valeurs morales** ou vous empêche de vous sentir bien dans votre vie OUI/NON
 9. Vos pratiques sexuelles impliquent de la violence, l'usage de la force ou la menace d'une maladie. OUI/NON
 10. Votre comportement sexuel ou vos fantasmes vous ont déjà rendu(e) **désespéré(e), isolé(e)** des autres ou suicidaire. OUI/NON
 11. Votre préoccupation sexuelle vous a déjà empêché(e) **de gérer vos priorités professionnelles ou familiales.** OUI/NON
 12. Vous évitez intentionnellement d'avoir une activité sexuelle, car vous avez peur de l'intimité et cela vous préoccupe. OUI/NON
- Reportez votre nombre total de OUI :
- 0-2** : Votre sexualité ne semble pas poser de problème particulier. Il vous arrive de céder à une pulsion, mais cela reste occasionnel et maîtrisé
- 3-4** : Vous êtes vulnérable par rapport à votre sexualité et cela peut vous poser des problèmes de façon épisodique. La consultation avec un thérapeute est souhaitable.

5-6 : Vous êtes en train de développer une addiction sexuelle ; vous devez consulter un thérapeute.

7 et plus : Vous êtes un addict du sexe. Votre situation vous pose déjà de nombreux problèmes. Il est absolument essentiel que vous soyez pris en charge par un thérapeute.

Annexe IV. Le programme de soins groupal nantais de l'addiction sexuelle

<p style="text-align: center;">Séance 1 à 3</p> <p style="text-align: center;">Présentation</p> <p style="text-align: center;">Travailler la motivation au changement</p> <p style="text-align: center;">Aborder le concept d'addiction sexuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction, présentation des membres du groupe <ul style="list-style-type: none"> - Définition et principes de la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) - Définition des règles du groupe • Définir l'objectif (contrôle ou abstinence) <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le degré de gravité du comportement sexuel addictif à l'aide d'une échelle visuelle analogique (de 0 = pas de problème à 10 = problématique) - Expliquer l'exercice d'auto-notation quotidienne d'interséance - remplir une balance décisionnelle (avantages et inconvénients du comportement sexuel addictif actuel) • Définir la place du comportement sexuel addictif dans sa vie, le changement du comportement attendu et psychoéducation sexuelle
<p style="text-align: center;">Séance 4 à 8</p> <p style="text-align: center;">Engager la restructuration cognitive</p> <p style="text-align: center;">Favoriser le remodelage du fantasme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le comportement problématique : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des situations à risque de comportement sexuel addictif - Aborder la chaîne des comportements liés au comportement sexuel addictif - Définir une pensée erronée - Trouver des pensées alternatives • Travailler sur le système de pensées addictif <ul style="list-style-type: none"> - sur la perception de soi : quelle image j'ai de moi ? - sur la perception du partenaire : quelle image j'ai de mon partenaire ? - sur la sexualité : comment je perçois la sexualité ? - sur les relations affectives, amoureuses ... : comment je perçois les relations ? - sur les besoins sexuels : quels sont mes besoins sexuels ?

	<ul style="list-style-type: none">• Aborder le fantasme et sa place dans le maintien de l'addiction sexuelle par une technique de désensibilisation et de resensibilisation qui aide à reprendre le contrôle
Séance 9 et 10 Prévenir la rechute	<ul style="list-style-type: none">- Jeux de rôle par équipes de 2 en reprenant les situations à risque.- Retour sur les objectifs du début et la gravité actuelle du problème- Prévention de la rechute

Annexe V. Assessment of Occupational Functioning-Collaborative Version (AOF-CV)

AOF-CV

Assessment of Occupational Functioning Collaborative version Centre de référence du modèle de l'occupation humaine www.crmoh.ulaval.ca

Protocole d'administration

L'AOF-CV est un outil de dépistage prévu pour recueillir un large éventail d'information reconnue comme influençant la performance occupationnelle d'une personne et comme indicateur de celle-ci et pour identifier des sphères nécessitant une évaluation plus en profondeur. Cet outil est basé spécifiquement sur le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 1995) et mesure des aspects du système humain tel que défini par ce modèle de pratique. Les thérapeutes utilisant cet outil devraient être familiers avec le modèle. L'AOF-CV n'évalue pas directement les habiletés de la vie quotidienne ou des variables environnementales mais son but est de produire efficacement une image des différents facteurs complexes et interreliés susceptibles d'influencer les habiletés d'une personne à fonctionner.

Administration

L'AOF-CV peut être administré par le thérapeute ou être utilisé comme auto-évaluation avec un suivi du thérapeute. Peu importe le mode d'administration, le client doit avoir les capacités de répondre à une entrevue et le thérapeute doit avoir des habiletés pour mener une entrevue et une bonne connaissance du modèle de l'occupation humaine étant donné que l'AOF-CV est issu des travaux de recherche de ce cadre théorique.

Administration par le thérapeute.

- ▶ Procédez à une entrevue selon le canevas prévu.
- ▶ Les énoncés situés entre parenthèse et les éléments de clarification devraient être utilisés au besoin. Leur utilisation est indiquée si :
 - une question demeure sans réponse
 - le client demande des clarifications
 - la réponse suggère une mauvaise compréhension de la question par le client
 - la réponse présente un contenu superficiel
 - si le patient présente des déficits de communication.
- ▶ Aucune autre question, indice ou clarification ne doit être utilisé.
- ▶ Les réponses doivent être inscrites sur ce formulaire. Les réponses fourniront les informations qui vous permettront de compléter la feuille de cotation. Pour l'utilisation dans le cadre de recherches, on doit s'assurer que l'information servant à coter ne provient que des réponses aux questions.

Auto-Évaluation.

- ▶ Remettre les questions d'entrevue au client afin qu'il complète le formulaire. Puis, revoyez avec lui les réponses, en utilisant les indices ou les clarifications au besoin (voir ci-dessus) et coter.

Clarification et indices.

Les clarifications suivantes réfèrent aux items 5 et 6:

- ▶ Le thérapeute devrait inscrire la période de temps et toute autre explication au sujet de l'auto-détermination rapportée par le client. Cet item permet de recueillir de l'information utile cliniquement sur la façon dont la personne organise son temps. Même une personne en réadaptation physique qui revient à certaines routines sur lesquelles elle a le contrôle rapporterait sa routine actuelle. Toutefois, pour les clients hospitalisés en soins aigus, la période de temps qui serait la plus révélatrice de son organisation du temps serait probablement celle qui précède l'hospitalisation et non pas la routine actuelle déterminée par la structure hospitalière.

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

CotationCodes de cotation.

- ▶ Les composantes du modèle de l'occupation humaine sont indiquées à la gauche de chaque item pour aider le thérapeute à créer des questions de suivi qui sont en lien avec le modèle de pratique.

(V)	=	Valeurs
(PC)	=	Déterminants personnels
(I)	=	Intérêts
(R)	=	Rôles
(H)	=	Habitudes
(S)	=	Habilités

Cotation des habiletés d'interaction et de communication.

- ▶ Les données qui permettent de coter cette composante sont incluses au début du formulaire de l'AOF-CV. Que l'outil soit administré par le thérapeute ou en tant qu'auto-évaluation avec un suivi du thérapeute, cet item doit être complété par le thérapeute en se basant soit sur son expérience d'entrevue avec ce client ou sur le retour fait sur les réponses et les questions de suivi.

Kielhofner, G. (Ed.). (1995). A model of human occupation: Theory and application (2nd ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

AOF-CV

Assessment of Occupational Functioning
Collaborative version

Formulaire de cotation

Directives générales : Le thérapeute doit compléter l'évaluation des habiletés d'interaction et de communication avant de coter les autres composantes.

Habiletés d'interaction et de communication :

Le thérapeute doit coter les habiletés de communication d'expression et de réception en encerclant un énoncé de la section I et un énoncé de la section II. Basez votre jugement sur votre expérience d'entrevue avec le client ou sur le retour sur les questions après l'auto-évaluation du client.

I.

- A. Cette personne semble avoir entendu et compris toutes les questions de l'entrevue.
- B. Cette personne semble avoir eu des difficultés modérées à entendre et/ou à comprendre les questions de l'entrevue.
- C. Cette personne semble avoir eu des difficultés récurrentes à entendre et/ou à comprendre les questions de l'entrevue. SVP expliquer la nature, la fréquence et/ ou le degré de la difficulté.

II.

- A. Cette personne exprime facilement ses idées (considérer le processus de la pensée et le langage).
- B. Cette personne a des difficultés modérées à exprimer ses idées (considérer le processus de la pensée et le langage).
- C. Cette personne a des difficultés récurrentes à exprimer ses idées (considérer le processus de la pensée et le langage). SVP expliquer la nature, fréquence et/ou le degré de la difficulté.

Cotation des composantes :

- ▶ SVP encerclez seulement un numéro pour chaque item.
- ▶ Considérez les items reliés directement (et codés) à chaque élément du formulaire pour déterminer la cote. (ex. : les questions 1, 2, 3 pour les intérêts)
- ▶ Toute autre information exprimée spontanément (durant l'entrevue ou en réponse à des questions qui ne sont pas codées pour cette composante en particulier), peut aussi contribuer à la cotation.
- ▶ Considérez l'évaluation des habiletés d'interaction et de communication (voir ci-haut) parallèlement à d'autres informations pertinentes d'évaluation lorsque vous cotez le sous-système des habiletés de performance #3.

Les items qui sont cotés 3, 2 ou 1 peuvent suggérer le besoin d'une évaluation plus détaillée de cet aspect.

Les cotes correspondent à la description suivante :

- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Modéré
- 2 = Faible
- 1 = Très faible

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)



AOF-CV
Assessment of Occupational Functioning
Collaborative Version

À être complété par le client

Nom _____

Date _____

Âge _____

Combien d'années d'études avez-vous complétées?

Décrire ci-dessous vos deux plus récentes expériences de travail

<u>Travail</u>	<u>Dates d'emploi</u>	<u>Raison de départ</u>

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation]. Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)



Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <http://www.cade.uic.edu/moho/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

5



- (l) 1. Nommez au moins 5 activités que vous aimez faire. Expliquez ce que vous aimez dans ces activités.

- (l) 2. Parmi les activités qui font partie de vos intérêts, lesquelles pratiquez-vous actuellement? À quelle fréquence?

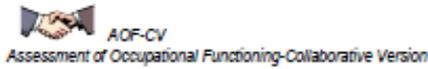
Intérêts	Fréquence

- (l) 3. Y-a-t'il des activités que vous aimez faire mais que vous ne faites pas actuellement? Si oui, énumérez-les.

Pourquoi ne faites-vous pas ces activités actuellement?

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

6



(V) 4. Quelles sont les activités importantes pour vous ou quelles activités donnent un sens à votre vie. S'il-vous-plaît, veuillez être spécifique dans l'identification de ces activités significatives.

(H) 5. Que faites-vous lors d'une de vos journées typiques de semaine? Choisissez une journée typique d'une période récente et stable durant laquelle vous pouviez décider de votre routine. Commencez à votre lever et terminez à votre coucher. Veuillez spécifier à quelle période vous référez?

(H) 6. Que faites-vous lors d'une de vos journées typiques de fin de semaine? Choisissez une journée typique d'une période récente et stable durant laquelle vous pouviez décider de votre routine. Commencez à votre lever et terminez à votre coucher. Veuillez spécifier à quelle période vous référez?

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)



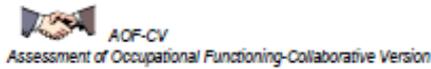
AOF-CV

Assessment of Occupational Functioning-Collaborative Version

- (H) 7. Si vous sentez que vous êtes moins capable de prendre des décisions, que vous avez moins le contrôle de votre vie qu'avant, comment ce que vous faites maintenant a changé par rapport à ce que vous faisiez? En d'autres mots, comparez vos activités actuelles avec celles du temps où vous aviez davantage de contrôle dans votre vie lors d'une semaine typique d'une période stable de votre vie.
- (H) 8. Est-ce que les gens de votre entourage trouvent adéquate la façon dont vous utilisez votre temps. Expliquez pourquoi.
- (V) 9. Pensez-vous que vous faites un bon usage de votre temps? Donner un exemple en expliquant comment vous pensez devoir utiliser votre temps et si vous y parvenez.

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

8



(V) 10. Que faisiez-vous, il y a environ un an?

Que prévoyez-vous faire dans un an?

Que prévoyez-vous faire dans cinq ans?

(DP) 11. Pensez-vous que vous serez capable d'atteindre vos buts dans l'année qui vient (ex : trouver un emploi, trouver un appartement, faire des courtes-pointes...)

(DP) 12. Sentez-vous que vous avez le contrôle de votre vie? Par exemple, est-ce que vous prenez vos propres décisions?

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <http://www.cade.uic.edu/mobo/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

9



AOF-CV

Assessment of Occupational Functioning-Collaborative Version

(DP) 13. Pensez-vous que d'autres personnes ou objets ont le contrôle de votre vie. Si oui, veuillez expliquer (ex : Lorsque des amis ou des membres de votre famille influencent vos décisions. Lorsque votre santé, votre âge ou des règles institutionnelles vous imposent des limites dans la gestion de votre temps)

(DP) 14. Tout le monde a une perception de ce qu'il fait bien et de ce qu'il ne fait pas bien. Quelles sont les choses que vous faites bien? (Ex : un menuisier pourrait dire qu'il travaille bien de ses mains mais que par ailleurs il n'est pas très bon en calcul).

Croyez-vous que ce sont des choses utiles pour vous dans votre vie quotidienne?

(V) 15. Avez-vous une idée générale de comment vous devez effectuer vos activités quotidiennes? Pensez-vous réaliser ces activités particulièrement bien ou de façon plutôt ordinaire?

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

10



AOF-CV

Assessment of Occupational Functioning-Collaborative Version

(R) 16. Certaines personnes sont des étudiants ou des travailleurs. Dans quoi vous investissez-vous (ce sont vos rôles) dans la vie de tous les jours. En d'autres mots, que faites-vous la majorité du temps, avec qui passez-vous la majeure partie de votre temps et à quelle fréquence faites-vous cela?

(R) 17. Faites une liste de vos principaux rôles et décrivez ce que vous pensez que les autres attendent de vous par rapport à chacun de ces rôles.

rôlesattentes

(R) 18. Faites la liste de vos principaux rôles et expliquez comment vous vous sentez dans chacun de ces rôles. Par exemple, sont-ils agréables pour vous, sentez-vous que vous y êtes à votre place?

rôlesce que vous ressentez

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

11



(H) 19. Comment réagissez-vous aux changements dans votre routine (ex: Si un rendez-vous est annulé, si le repas est servi en retard, certaines personnes peuvent devenir en colère et se plaindre alors que d'autres vont profiter de ce temps pour faire autre chose. Certaines personnes s'adaptent aux changements au fur et à mesure.)

(HA) 20. Avez-vous des difficultés physiques qui entravent ou vous limitent dans vos activités quotidiennes? Ne mentionnez pas que vos limitations majeures mais aussi celles que vous remarquez à l'occasion comme de l'incoordination lorsque vous voulez saisir un objet ou un manque d'énergie ou de force qui vous limite lorsque vous voulez faire des activités plus robustes.

Si oui, est-ce que cela vous empêche de faire ce que vous devez faire? Expliquez.

Est-ce que cela vous empêche de faire ce que vous souhaitez faire? Expliquez.

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

12



AOF-CV

Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version

- (HA) 21. Si vous rencontrez un problème, pouvez-vous habituellement y faire face par vous-même. Par exemple si vous ne conduisez pas et que vous voulez aller visiter un ami dans une autre partie de la ville, pourriez-vous y parvenir?

Si non, que faites-vous?

Dépendez-vous régulièrement des autres pour faire face à vos problèmes?

- (HA) 22. En général, comment vous entendez-vous avec les gens?

Watts, J. H., Hinson, R., Madigan, M. J., McGuigan, P. M., et Newman, S. M. (1999). The Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version [outil d'évaluation] Inédit. Récupéré de <https://www.moho.uic.edu/productDetails.aspx?aid=37> (traduit (2005) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

13

Annexe VI. Guide d'entretien

Thématiques	Questions	Objectifs
Recueil de données générales	<p>1) Quel est votre parcours professionnel ? (Diplôme, durée d'exercice avec des sex-addict, lieu d'exercice actuel, les addictions les plus rencontrées)</p> <p>2) Accompagnez-vous les sex-addicts ou les personnes souffrant d'addiction seul(e) ou en équipe ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seul(e) : savez-vous pourquoi d'autres professionnels n'interviennent pas ? • En équipe : quels sont les professionnels qui en font partis ? 	<p>Connaître le parcours professionnel du professionnel de santé et de l'ergothérapeute ; du travail en équipe ou non et s'assurer qu'il correspond aux critères d'inclusion.</p>

L'approche thérapeutique des professionnels de santé	<p>3) Quelle approche thérapeutique utilisez-vous ?</p> <p>4) Comment débutez-vous une prise en charge/soins ?</p> <p>5) Vous intéressez-vous aux activités quotidiennes de ces personnes ? si oui, de quelle manière ?</p>	<p>Identifier les compétences des professionnels de santé pour entreprendre une évaluation initiale du patient sex-addict/addict</p> <p>Prendre connaissance de la prise en compte ou non du fonctionnement occupationnel du patient addict ou sex-addict par les professionnels de santé et ergothérapeutes.</p>
---	--	---

Les outils thérapeutiques des professionnels de santé	<p>6) Quels sont les moyens thérapeutiques que vous utilisez ?</p> <p>7) Connaissez-vous le MOH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si non, j'explique brièvement. <p>8) Quelle est votre définition du terme « activité signifiante » ? Sinon, quel terme employez-vous ?</p> <p>9) Au cours de votre prise en soins, posez-vous les questions suivantes à vos patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Y'a-t-il des activités que vous aimez faire mais que vous ne faites actuellement ? si oui, énumérez-les. Pourquoi ne faites-vous pas ces activités actuellement ? (intérêts) ❖ Quelles sont les activités importantes pour vous ou 	<p>Déterminer les moyens utilisés par les professionnels de santé et ergothérapeutes.</p> <p>Recueillir la connaissance de la personne interrogée sur ce modèle conceptuel, et le présenter brièvement si le professionnel de santé ou l'ergothérapeute ne le connaît pas.</p> <p>Prendre connaissance de la définition de la personne interrogée sur ces notions, et proposer une définition issue de la partie théorique si celle du professionnel est trop éloignée.</p> <p>Déterminer si des éléments relevant de la volition, identifiés comme tel par l'AOF-CV, sont questionnés par les ergothérapeutes et les professionnels de santé durant leur accompagnement ?</p>
--	--	--

	<p>quelles activités donnent un sens à votre vie ? (valeurs)</p> <p>❖ Tout le monde a une perception de ce qu'il fait bien et de ce qu'il ne fait pas de bien. Quelles sont les choses que vous faites bien ? (déterminants personnels)</p> <p>10) Accompagnez-vous vos patients dans le maintien de leurs activités significantes ? (Reprendre le terme spécifique de l'interviewé).</p> <p>Si oui, comment ?</p>	<p>Identifier les limites éventuelles des informations recueillies</p> <p>Recueillir des données sur la pratique</p>
<p>La place de la spécificité de l'ergothérapeute dans la prise en soins de la population <i>sex-addict</i>.</p>	<p>11) D'après vous, quelle pourrait être la plus-value de l'ergothérapeute au cours de la prise en soins du patient <i>sex-addict</i> ?</p>	<p>Information sur le ressenti des personnes interrogées quant à la place de la spécificité de l'ergothérapeute au cours de la prise en soin du <i>sex-addict</i>.</p> <p>Identification de la connaissance ou non des compétences spécifiques de l'ergothérapeute par les autres professionnels de santé.</p>

Apport spontané d'éléments complémentaire	12) Avez-vous quelque chose à ajouter ?	Laisser le choix à la personne d'ajouter une notion qu'elle estime pertinente.
--	--	--

Annexe VII. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À UNE ÉTUDE
DANS LE CADRE D'UN MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERHCE

- IFE ADERE –

Thème : De quelle manière l'ergothérapeute, dont la pratique est centrée sur la personne, peut-il s'inscrire dans l'accompagnement de la personne adulte souffrant d'addiction sexuelle au cours de sa prise en soins ?

Je soussigné(e) accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de madame Adèle DUNEAU de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Paris (20è), sous la responsabilité de Madame Carole BINHTER, ergothérapeute en psychiatrie et maître de mémoire.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé. Ma participation à l'étude est volontaire et je suis libre d'accepter ou de refuser de participer. Également, je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Mon consentement ne décharge pas l'organisateur de cette étude de sa responsabilité. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

Le

Signature de l'étudiant

Signature du maître de mémoire

Signature de la
personne

Annexe VIII. Retranscription de l'entretien de Mme E, ergothérapeute du 29.03.2021

	Discours
Moi	Bonjour,
E1	Bonjour,
Moi	Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Donc comme je vous le disais en fait, je travaille un mémoire d'initiation à la recherche, donc sur l'addiction sexuelle. Et je m'intéresse à l'approche en fait thérapeutique au cours de la prise en soins donc des addicts sexuels, mais aussi des personnes qui souffrent d'addiction en général, et je m'intéresse à la préoccupation occupationnelle que vous en tant qu'ergothérapeute vous pouvez avoir (ou pas) à l'égard des patients qui souffrent d'addiction. Donc j'ai une première question qui est de l'ordre de : quel est votre parcours professionnel ?
E1	Moi j'ai fait mes études en Belgique, j'ai tenté des concours en France, j'ai fait une prépa avant, mais ça n'a pas fonctionné donc je suis partie en Belgique, à l'époque on pouvait, et j'ai fait mes 3 ans à Bruxelles. Et ensuite j'ai trouvé mon premier travail, et j'y suis encore, ça fait qu'un an.
Moi	D'accord, et vous êtes où du coup ?
E1	Je suis à l'hôpital de Montereau
Moi	D'accord. C'est une unité d'addictologie ?
E1	Alors, déjà c'est un regroupement de 3 villes au niveau des hôpitaux, chacun a ses spécialités, enfin ils essayent de faire comme ça, et moi je travaille essentiellement en soin de suite/réadaptation, et dans ce soin de suite/réadaptation qui est polyvalent, il y a une unité d'alcoologie.
Moi	D'accord, donc ce sont principalement des personnes qui souffrent d'addiction à l'alcool ?
E1	Oui
Moi	D'accord. Donc accompagnez-vous ces personnes qui souffrent d'addiction à l'alcool seule ou en équipe ?
E1	Les deux, mais y'a vraiment le poids de l'équipe qui est très important. Donc y'a des réunions qui regroupent tous les intervenants qui permet de bien cibler le projet du patient ou son niveau de réadaptation et après on a des séances partagées

	avec la psychologue et après j'ai des séances que ergo, ou des séances de sortie avec une aide-soignante, fin voilà y' a moyen de vraiment travailler ensemble.
Moi	D'accord, et vous avez un médecin addictologue dans la structure ?
E1	On a 2 médecins addictologues à mi-temps, donc c'est eux en fait qui nous trouvent les patients aussi, puisqu'ils travaillent dans les CSAPA ou les EMPA, donc après ils recrutent et ils conseillent ou non la cure.
Moi	D'accord. Alors quelle approche thérapeutique vous utilisez quand vous prenez en soin une personne qui souffre d'addiction à l'alcool ?
E1	Alors c'est ce qui concerne les modèles ou c'est comment je ... ?
Moi	C'est plutôt est-ce que vous utilisez une approche psycho-dynamique, cognitivo-comportementale par exemple mais ça peut être concernant un modèle.
E1	Alors dans ma formation, comme je n'ai pas eu de modèle par rapport à ce service-là, il a fallu que j'apprenne moi sur le tas, parce qu'il n'y avait personne pour m'orienter. Je fonctionne beaucoup en fonction des capacités à s'adapter ou pas, à quel niveau. Donc c'est vraiment un vieux modèle, je crois la CIF ; est-ce que le patient est capable de ou pas, et justement en fonction du résultat, je vais accentuer le travail, ou l'orienter sur ses incapacités. C'est vrai que j'ai des vieux modèles, on m'a fait la remarque, mais honnêtement l'addicto je sais pas ce qui se fait ailleurs !
Moi	Ben justement je vais essayer de savoir un petit peu ! (rires) Et donc comment débutez-vous une prise en soin, une prise en charge ?
E1	Alors nous déjà c'est en systématique, enfin ils devraient avoir une prescription hein, mais c'est en systématique, sous forme d'un planning, donc les patients sont vus en groupe essentiellement, y'a pas de séance individuelle. C'est des ateliers qui sont..., j'ai un stock d'atelier, qui ne sont proposés qu'une seule fois, c'est à dire qu'on commence quelque chose, on termine, et on n'y reviendra plus dessus, et l'objectif c'est d'en proposer plein, plein d'ateliers tout au long de leurs semaines ; ils restent 5 semaines. Je propose une activité j'observe ce qui se passe. A la fin de la séance j'ai bien analysé ce qui s'est passé, et dans la suite de l'activité on réajuste parce que j'ai déjà un objectif en ayant observé. Et à la fin, on fait une conclusion de l'activité. Elle est générale, sauf que moi je vais bien choisir mes mots pour que chacun puisse entendre ce qu'il doit entendre, sans cibler la personne. Donc c'est en groupe ; les observations et le bilan en fait se

	font en même temps à chaque fois, y'a pas un bilan de départ comme dans l'éducation, ça se fait pas du tout comme ça.
Moi	Vous ne faites pas une évaluation ?
E1	<p>Euhhhh, l'évaluation se fait lors de l'observation de la mise en situation ; ça va être une activité comme la calligraphie.</p> <p>Donc je choisis une activité, j'observe ce qui se passe, leur capacité à comprendre, à mettre en place, en fonction de ça c'est mon évaluation.</p> <p>Et après dans le sens que je vais donner à l'activité, souvent c'est en deux parties, et il va y avoir l'objectif thérapeutique qui va vraiment être dit pour l'après. Je pourrais donner des exemples, là c'est dans les grandes lignes.</p>
Moi	Et par exemple vous auriez quelle activité, la première activité que vous... c'est vraiment en fonction du patient la première activité que vous choisissez ou...?
E1	<p>Alors en fait comme y'a des patients qui sortent et des patients qui arrivent, y'aura toujours quelqu'un qui va débiter dans la cure, qui n'est pas forcément à l'aise, ou que je connais pas forcément. Y'a une réunion d'accueil tous les lundis matin, donc on fait une explication du fonctionnement du service ; le planning est proposé à la semaine, et moi j'observe un peu ce que mes patients vont me dire, on fait un tour de table, y'en a que je connais très bien, y'en a que je vais découvrir. En fonction de ça, je vais choisir mon activité, juste à ce moment-là.</p> <p>Donc je vais prendre un exemple, je vais faire calligraphie. On va travailler sur un modèle perso ; chacun a son modèle, c'est la même activité, mais chacun a son modèle en fonction de ce qu'ils aiment ; je leur demande toujours ce qu'ils aiment, est-ce qu'ils ont un loisir, la nature, etc... Je me base dessus. Je leur propose trois modèles, comme ça ils ont toujours le choix de choisir ; le modèle, ils sont toujours acteurs, je ne leur impose pas le dessin. En général j'ai une idée, et comme je les connais bien, en général ils confirment le modèle que j'avais en tête. Je leur explique la consigne, ils démarrent leur travail, donc par exemple là la calligraphie c'est quelque chose de très précis, ça demande beaucoup de concentration, euh ils fatiguent facilement, donc je leur propose souvent c'est deux heures, je ne vais pas au-delà de deux heures d'atelier, et au milieu je leur propose une pause sachant que le cadre est assez souple pour faire la pause avant si vraiment le patient en a besoin, parce qu'ils ne sont pas au même niveau tous en fonction du patient, de la patiente. Donc une fois que le patient a décalqué,</p>

donc ensuite il passe à l'encre. J'ai oublié de dire, le choix du modèle, je ne leur dis pas ce qu'ils vont faire. Donc on va vraiment sur ce qu'ils aiment. Ensuite, je leur dis qu'ils vont décalquer, mais ils savent toujours pas qu'ils vont faire de l'encre de chine. Toutes les informations sont données au compte-goutte, pour pas influencer leur choix. Donc on passe à l'encre de chine, on voit les patients qui sont patients ou pas, les dosages de l'encre sur la plume, leur façon de travailler, la précision, et souvent y'a des taches, des choses qui bavent, ou les patients vont parler. Tout le long de l'atelier, de toutes façons les patients échangent entre eux. Donc ça aussi on observe un peu le côté relationnel, comment ils réagissent face aux dessins des autres, est-ce qu'ils se complimentent, s'ils râlent, et en fait tous les commentaires moi je vais les garder pour la fin. Et une fois qu'il y a une tache qui tombe, c'est très important, moi c'est ce que je vais garder dans mon lien avec le quotidien. Le patient soit il veut jeter son travail, c'est rare, je lui dis non, trouvons une solution, soit il veut gommer, ben non plus, parce que ça se gomme pas l'encre de chine, soit il veut mettre du blanc, ben non plus parce que ça se verra, donc voilà je les fais réfléchir sur cette fameuse tâche ou cette bavure et on continue le travail en remplissant ; en on va le valoriser, l'encadrer et on a un produit fini à la fin. Et on va demander à la fin, donc au patient, toujours les questions ; **est-ce que ça vous a plu ou pas ?** A votre avis, qu'est-ce que vous avez travaillé comme notion, et quelles ont été vos difficultés ? Donc eux, ils vont parler de leur ressenti, de leurs difficultés : « ben moi je tremble », ça fait aussi partie des conséquences de l'alcool, « moi je vois pas bien », ça peut être une pathologie optique, donc toujours au moment de la conclusion je peux encore avoir des informations sur le patient. Et à la fin je vais leur expliquer, que déjà c'est une première fois, donc il faut qu'ils soient contents de leur travail, on peut pas maîtriser pour une première, donc descendre leur niveau d'exigence, les regonfler à bloc sur le fait qu'ils ont terminé leur travail, donc ils ont rempli leur contrat ; en général, ils s'étonnent d'avoir fait ça, car ils n'en ont jamais fait, donc on est dans la découverte de soi ; on est dans la rupture des habitudes de vie, des rituels avec la bouteille ; ici la bouteille ne fait plus rien, donc hop on va bousculer un petit peu leurs habitudes, et on va expliquer qu'ils sont en rééducation, donc oui on est là pour la concentration, la gestuelle, on est là pour l'émotion, ça nous agace mais il faut gérer son émotion ;

il faut savoir s'écouter, prendre des pauses, faut savoir quand il y a des compliments, les entendre, pas que les critiques, parce que bah les compliments c'est bien de les prendre, et je viens ensuite attaquer cette fameuse tache, donc je leur demande ce qu'ils ont fait pour la tâche, y'en a qui vont assumer dire bah tant pis c'est pas grave, et puis y'en a qui vont dire ben moi j'ai fait une petite fleur à la place, alors je dis ça c'est une solution, et on va travailler sur les solutions d'un moment, c'est-à-dire que de toute façon la tache elle est là, on peut pas la retirer, elle sera toujours visible, et je leur explique que leur parcours c'est ça aussi ; leur parcours y'a eu des taches, des impacts sur leur famille et eux-mêmes, qu'on pourra pas gommer. On ne peut qu'avancer, puisqu'on ne peut pas changer le passé. Donc on va travailler, sur qu'est-ce que je peux faire, moi, avec mes capacités, pour rebondir, donc je leur explique, ben voilà y'en a qui assument, y'en a qui vont faire un encadrement, ça va cacher, y'en a qui vont jouer avec les ombres, y'en a qui vont faire une fleur par-dessus, et je leur explique, que peu importe, du moment qu'ils trouvent leur propre solution, c'est pas à moi de leur trouver en fait. Il faut qu'ils trouvent quelque chose qui leur convient. Et le jour où si je devais reposer cette activité, le patient va inconsciemment modifier sa façon de travailler, il va choisir soit moins de traits, soit il va commencer le haut, fin y'a plein de choses qui vont être modifiées ; il aura déjà une première expérience donc il fera toujours mieux, et l'idée c'est que dans leur parcours il faut qu'ils puissent analyser les situations qui sont à risque de consommer pour pouvoir bien les étudier, et dire bon bah la prochaine fois il s'est passé ça dans cette situation, dans ce contexte, là il faut que je travaille de manière à ce que ça ne se reproduise pas. Qu'est-ce que je peux mettre en place pour ne pas rechuter, reconsommer à ce moment-là ? Ou j'étais pas bien, j'étais en stress, donc est-ce que je peux pas trouver quelque chose qui me détresse pour pas passer à l'acte derrière ? Donc ça c'est le premier lien qu'on va faire, et le deuxième je leur explique que la caisse à outils, qui est l'encre de chine, la plume etc, si j'avais posé ça sur la table, qui aurait fait quoi ? Y'a pas grand monde qui aurait pris l'initiative parce que l'initiative c'est aussi quelque chose qui disparaît. Qui aurait fait quelque chose de satisfaisant ? Et en même temps je fais la comparaison avec leur suivi. La cure, ils vont sortir avec leur caisse à outils, mais si y'a personne pour les guider lors de l'activité, ou lors de leur suivi à l'extérieur,

	<p>le problème va être le même, c'est qu'ils vont être perdus, à un moment donné ils vont douter, ils ne savent pas si ce qu'ils font c'est bien, si le traitement est adapté, en ce moment ça ne va pas je suis en stress, donc on va symboliser l'activité. Là, moi j'étais là pour vous guider, maintenant à vous à l'extérieur d'aller chercher des intervenants, parce que le suivi est nécessaire, aller choisir les intervenants qui vont vous permettre d'aller jusqu'au bout de votre projet. Donc chaque activité, c'est ça, y'a un truc un peu manuel, un peu ludique, ils travaillent sans s'en rendre compte, il se passe beaucoup de choses en une séance, et à la fin on va essayer de voir, voilà vous avez des capacités, et y'a des démarches à avoir, à faire, et vous pourrez les reproduire à l'extérieur, et ça marche plutôt bien ce côté symbolique.</p>
Moi	C'est de la valorisation un peu aussi que vous mettez en place ?
E1	<p>Oui, toujours parce que les patients des fois... par exemple la peinture sur tee shirt, le patient va trouver ça moche, il perd de la motivation, je vais leur demander si je peux les aider, faire deux/trois traits, rien que ça le patient voit que le dessin a changé, et ben il va reprendre la main dessus. Donc c'est vrai qu'ils veulent y arriver, et il leur faut juste dès fois un coup de pouce pour qu'à la fin, il offre, parce qu'en général ils offrent leur travail. Pour qui vous le faites ? est-ce que c'est pour vous ? parce que c'est bien aussi que ce soit pour eux, mais pour qui vous le faites, et souvent y'a la sœur qui est très aidante, ou des enfants, les enfants sont assez porteurs, euh donc ils font pour quelqu'un aussi. Et là on va travailler sur le rôle social. Vous avez un rôle parental plutôt la sphère familiale, vous avez perdu votre place en tant que parent, vous étiez très souvent absent, euh même le conjoint en général il le sollicite pas, s'il est saoul il est pas sollicité, et là on les invite à reprendre une place, et par exemple pour les enfants, la calligraphie c'est quelque chose qu'ils peuvent refaire. Donc on peut leur dire, vous savez comment ont fait, donc vous pouvez montrer à vos enfants comment ça se passe. Je dis là vous allez retrouver une qualité relationnelle, la communication et en plus vous allez apprendre quelque chose à votre enfant, et c'est le rôle vraiment du parent, de transmettre un savoir. Donc oui, on va aussi valoriser de ce côté-là les choses.</p>
Moi	D'accord, et est-ce qu'il vous arrive en fait de vous intéresser en début ou au cours de votre prise en charge aux activités quotidiennes que ces personnes font ?

E1	Oui, parce qu'en fait ils parlent, dès fois quand je vais pour un atelier d'écriture, assez simple hein ce n'est pas l'écriture... On va se rendre compte que le patient va avoir une super écriture, on va dire « mais dis-donc vous avez une belle écriture, vous avez déjà pensé à faire quelque chose ? » Et là ils nous disent, ben oui avant je faisais partie d'un atelier d'écriture, mais avec l'alcool tout simplement ils arrêtent. Donc nous on a plein d'infos sur leur quotidien, et là en ce moment j'en ai un, il arrête pas de dire qu'il bricole. Il faut que moi j'arrive à bien écouter tout ce qui se dit pendant l'atelier, et après c'est à moi aussi de faire des liens sur leur quotidien avec mon activité.
Moi	Est-ce que vous pensez que le côté où il dit « je bricole », ça veut dire qu'il a peut-être quelque chose qu'il valorise en bricolant dans sa vie au quotidien
E1	Lui c'est vraiment se rendre utile, c'est à vraiment exister travers le bricolage. C'est quelqu'un d'assez simple, n'a pas un niveau intellectuel très haut, donc assez simple dans son fonctionnement, mais on sent que le bricolage c'est ce qui fait qu'il va aider... Aujourd'hui j'ai appris qu'il avait une sœur, je pense que sa sœur est dans le même format, parce qu'elle lui a envoyé des messages d'encouragement. Faut savoir que les patients se livrent énormément dans les ateliers c'est très familial à la structure, je n'ai que 10 lits moi, donc on les connaît par cœur, ça c'est chouette. Et voilà ce monsieur, son activité principale, c'est le bricolage, s'il n'a pas ça, y'a plus personne, il sait pas faire autre chose, et encore le loisir, je pense que c'est tout nouveau. Le bricolage, je pense qu'il considère pas ça comme un loisir. C'est vraiment... c'est pas la profession mais bon, c'est particulier quand il présente, ça fait pas loisir.
Moi	Ok, merci. Alors autre question : est-ce que vous connaissez le modèle de l'occupation humaine, dit MOH, l'acronyme MOH
E1	J'ai déjà dû le voir.
Moi	Je me permets juste de vous expliquer brièvement ce qu'est ce modèle. C'est un modèle qui assure une vision holistique de la personne, selon Keal Hoffner, qui s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain, qui donne un sens à la vie de la personne, et lui permet de s'adapter à la vie en société. Y'a des parties, et des sous-parties du modèle qui expliquent comment la personne peut être influencée selon les trois dimensions l'être, l'agir et le devenir, et qui sont en

	<p>constante dynamique avec l'environnement. Voilà, pour Gary Kielhofner, c'est vraiment la nature occupationnelle de la personne.</p> <p>Moi aujourd'hui, je m'intéresse à l'Être de la personne, dans mon sujet de mémoire, parce que sinon c'était trop important, trop large de voir tout le modèle de l'occupation humaine. Je m'intéresse dans cette partie aux sous-composantes, sous-parties, et moi je m'intéresse à la volition qui est une composante de l'Être. Et la volition est encore divisée en trois, et comprend les Intérêts de la personne, la Valeur, et les Déterminants personnels, donc là c'est vraiment ce qui pousse la personne, ce qui nous pousse nous en tant qu'être occupationnel, à agir. Et donc en fait, le modèle de l'occupation humaine, y'a pas mal d'outils d'évaluation, et je me suis intéressée moi au AOFCV, qui est l'Assessment of Occupationing Functioning Collaborative Version, et qui permet vraiment, c'est outil de dépistage, qui permet de récolter des données sur la personne. C'est en ça aujourd'hui aussi que je voudrais aussi un peu savoir si vous aviez une définition du terme « activité signifiante » puisque ce modèle prend en compte les activités significatives et je voulais savoir si vous aviez une définition de ce terme.</p>
E1	Alors, je peux en deviner une, parce que par principe une activité signifiante, c'est ce qui donne un rôle à la personne, qui lui dit que elle existe pour quelque chose, ou qui la définit aussi.
Moi	Oui, tout à fait, c'est vraiment une activité signifiante, chacun en a un peu sa définition. Selon d'autres auteurs ergothérapeutes et le modèle, l'activité signifiante correspond à ce qui a un sens en fait pour la personne, c'est-à-dire que la personne elle donne de la satisfaction à tous ses besoins psychiques avec cette activité, c'est-à-dire la sécurité, elle se sent autonome, elle est épanouie etc.
E1	Donc, ce patient, de qui je parlais tout à l'heure, l'exemple du monsieur pour lequel le bricolage a de l'importance, fait partie d'une activité signifiante pour lui.
Moi	D'accord ; donc en fait, est-ce qu'au cours de votre prise en soin, même si vous le dites différemment
E1	C'est sûr que je le dis différemment !
Moi	Demandez-vous aux patients : Y-a-t-il des activités que vous aimez faire, et ne faites pas actuellement ?
E1	Oui, ça ne se dit pas de la même manière, mais je la pose.

Moi	D'accord, demander aussi de les énumérer, de vous dire ce que c'est du coup
E1	Alors, non, c'est vraiment du ponctuel. C'est ce que je disais tout à l'heure, l'écriture, euh c'est pas dit ouvertement vu que c'est du groupe, mais déjà mes collègues infirmières font un premier entretien, le psychiatre fera un entretien, donc déjà on aura des infos là, donc moi je fais pas un énième entretien. Par contre, dans les activités, j'apprends à... je les entends au fur et à mesure des activités. Je sais ce qu'ils n'aiment pas aussi par contre ! Dans l'activité, rapidement on peut me dire, « moi j'aime pas le dessin ! », « Je suis nul en dessin ! », du coup je dis, « ah bon, vous aimez faire quoi ? ». ça va être dans ce sens, c'est pas programmé du tout.
Moi	D'accord, ce n'est pas programmé. Est-ce que vous posez une question comme « quelles sont les activités importantes pour vous, ou qui donnent du coup un sens à votre vie ? »
E1	Non, je ne la pose pas celle-là.
Moi	D'accord, et dernière question de cette question : « Tout le monde a une perception de ce qu'il fait bien, et de ce qu'il ne fait pas bien. Quelles sont les choses que vous faites bien ? »
E1	Non, parce que je pars du principe qu'ils les font bien. En fait, c'est ça, les deux dernières questions, euh c'était quoi la deuxième ? c'était...
Moi	« Quelles sont les activités importantes pour vous ou quelles activités donnent un sens à votre vie ? »
E1	Alors, moi ça, je vais l'entendre aussi indirectement, c'est-à-dire que par exemple le patient aime se balader avec son enfant ou faire des choses, je leur dis « ah oui, ça a l'air très important », et il confirme. Et quand moi je fais la conclusion, je sais que ce patient-là, je vais parler du rôle parental qui est essentiel pour lui qui a été perturbé. En fait, je vais vraiment aller chercher le problème, et je vais partir du principe qu'il faut être content tout le temps de soi. Donc la dernière question, je ne l'aborde pas, c'est s'il y a une activité, on est déjà content, il faut toujours être content de soi. On parle pas de l'insatisfaction, parce que les patients c'est des patients qui ont tellement plus confiance en eux, qui sont tellement dévalorisés, je pars du principe qu'on va les remonter, et on va pas formuler les choses... Alors, dès fois, ils vont nous dire avec le psychiatre par exemple « ben de toutes façons quand j'ai bu, je fais souffrir ma famille, je suis violent, je suis

	un con ». Ils vont formuler, mais ça restera dans un cadre, dans un entretien bien particulier, mais souvent on est plus dans le positif et pas dans le négatif.
Moi	D'accord, merci. Est-ce que du coup vous accompagnez vos patients dans le maintien de leurs activités signifiantes, qui ont un sens pour eux ?
E1	Alors, pas toujours, parce qu'elles sont différentes selon les patients, donc après c'est à moi d'essayer de faire pour que ça réponde au maximum de mon groupe de patients.
Moi	D'accord, donc là il y a la problématique, enfin qui n'est peut-être pas une problématique, mais groupale en fait.
E1	Oui, parce que la priorité du service c'est le groupe, c'est le travail de groupe, l'effet miroir, le fait que les témoignages c'est aussi bien, de repérer qu'un patient est vraiment très abimé et moi je suis pas du tout comme ça, mais celui qui dit ça il a peut-être que 20 ans, enfin allez on va dire 28 ans, parce que j'en ai de cet âge là, et celui de 70 ans qui a pas fait son parcours. Donc voilà, nous on est plus ciblés dans cette optique-là.
Moi	D'accord. Et d'après vous, quelle pourrait être la plus-value de votre métier, donc de l'ergothérapeute, dans la prise en soin d'un patient qui est sex-addict ?
E1	Ben déjà, dans la perturbation de ses activités quotidiennes, donc si on peut repérer les moments dans la journée, et puis c'est pareil on travaille en équipe, donc forcément quand on observe une problématique, on la travaille en équipe et chacun peut aborder le sujet aussi. Moi je suis vraiment dans le service quelqu'un de référence pour les patients. J'ai mon bureau qui est au même étage, et s'ils ont besoin, moi je les vois tous les jours, donc je sais que mes collègues les connaissent un peu moins que moi. Donc c'est pour ça qu'on est aussi... On les voit en continu donc on peut repérer plus facilement les problématiques, donc après effectivement, pour la problématique, pour moi c'est un petit point d'interrogation, mais ça fonctionne pareil, on sait qu'à ce moment-là il faut qu'il fasse une autre activité, ou qu'il change de lieu, parce que y'a des lieux aussi qui sont attribués à des pensées. C'est voilà, l'action, le lieu, peut-être la compagnie, être accompagné, l'idée c'est de casser le rituel effectivement oui.
Moi	Donc pour vous, il y aurait une plus-value en fait de l'ergothérapeute pour ces personnes qui sont sex-addicts ?

E1	Oui, parce qu'on a une vue très globale nous du patient, donc y'a moyen de bien les accompagner, parce qu'on fait que l'accompagnement c'est clair.
Moi	Et le cycle addictif pour l'alcool, ou pour l'addiction au sexe, ou pour la drogue, ou le jeu, c'est la même chose ? ça diffère ?
E1	Alors, je connais pas tout, mais je pense qu'il y a des heures, des contextes, des personnes, fin y'a vraiment des associations de fonctionnement, qui fait que oui, le patient est programmé à des heures pour avoir une pensée, pour avoir une récompense, parce que voilà c'est ça l'addiction, c'est la recherche de la récompense aussi. Et s'ils ont pas ça, ils sont pas bien, donc ils vont forcément aller à la récompense. Donc et après y'a comme on dit tout un travail psy pour les patients la dessus, et puis de chercher l'origine aussi. Parce qu'effectivement l'alcool est une béquille, au niveau de la sexualité, qu'est-ce qui fait que ? Pourquoi cette béquille là aussi ? Donc là j'ai pas de réponse, mais je me poserais les mêmes questions.
Moi	D'accord, très bien. Je voulais savoir si vous aviez quelque chose à ajouter si vous jugez qu'une information pourrait être pertinente qu'on n'a pas abordée.
E1	Pas spécialement, vu que c'est pas exactement le même sujet. Oui alors, c'est vrai qu'on en avait parlé au téléphone, c'est que dans l'accompagnement qu'est-ce qu'on peut mettre en place, sachant que nous en addiction on a des supports de mise en situation, c'est fictif, et de reconsommation comme le programme phare, où le patient peut essayer de se projeter, parce que l'idée c'est de se projeter à la sortie, c'est ce qu'on disait, anticiper, je me dis qu'au niveau de la sexualité ça peut être plus compliqué, les supports pédagogiques pour anticiper les problématiques. Ça serait la difficulté et que tout ce qui est gestion du temps que nous on voit en addicto, là par contre y'a possibilité d'analyser les moments qui posent problème. Ce que je disais, les rituels, à quelle heure ils sont. De pouvoir les visualiser pour le patient, et de pouvoir les anticiper. Mais effectivement, les outils derrière seront plus compliqués à trouver je pense.
Moi	D'accord, mais pour vous la thématique sexuelle, ce ne serait pas non plus quelque chose qui vous dérangerait en tant qu'ergothérapeute, en tant que personne peut-être ?
E1	Ah non, ben non, parce qu'on est censés... Comme on dit, l'homme est fait pour être en activité, ça fait partie d'une activité. Alors en temps normal, bien dosée,

	oui elle est naturelle et essentielle pour l'humain, certes il faut être suffisamment ouvert d'esprit, mais maintenant quand c'est perturbé effectivement il y a des... on a parlé la dernière fois de la personne qui est en souffrance
Moi	Bien sûr, là c'est l'addiction, personne en souffrance
E1	<p>Donc la souffrance, pour moi, là le handicap c'est ça. Et l'ergothérapie, c'est accompagner la personne en situation de handicap, donc voilà, pour moi c'est évident qu'il y a des choses à faire.</p> <p>Donc pour d'autres sujets en ergothérapie, on est d'accord que y'a d'autres personnes qui travaillent sur la sexualité des personnes handicapées, quand il y a des couples dans les structures. Je vous avais parlé d'une structure moi en Belgique, où les personnes installent le couple ensemble et laissent leurs habitudes de vie, leurs besoins se faire, et ça ça me choque pas du tout. Comme ça ne me choquerait pas, le fait qu'on puisse avoir un handicap là-dessus, et que ça puisse rendre malheureux les gens.</p>
Moi	Et aujourd'hui, parce qu'en fait dans les CSAPA que j'ai contactés, y'a pas d'ergothérapeutes dans les équipes.
E1	Oui, ils n'ont pas de subventions en fait, ils ont très peu d'argent, et c'est ce que j'ai déjà dit depuis plusieurs années. Cela fait plusieurs années que j'explique aux médecins qui travaillent dans les CSAPA que c'est dommage. Parce que là ce serait vraiment dans l'accompagnement des entretiens, on peut avoir aussi des bilans plus individuels, là ils font de plus en plus d'activités de groupe, selon les intervenants, mais ça veut dire qu'on pourrait proposer des mises en situation autres comme moi je fais, et puis il pourrait aussi y avoir un accompagnement pour des consultations qui sont autres, dans le quotidien, comme font des fois les SAMSAH ou les choses comme ça. Mais c'est parce que je pense que c'est un réel besoin, c'est un budget, ils sont pas encore là-dessus, mais une création de poste, moi je trouve que ce serait bien.
Moi	D'accord, eh bien écoutez merci
E1	Y'a du taff! (rires)
Moi	Y'a du travail oui c'est clair
E1	(silence 4 secondes) On a une polyvalence, on a de la chance d'avoir ça. Quand j'ai pris mon poste en addicto, j'avais jamais eu de formation en addicto, on m'a dit tu commences à bosser, tu fais ce que tu veux. Ca a été dur parce que moi

	<p>l'animation, je voulais pas en faire. C'est pour ça que je n'ai pas moi de méthodologie particulière, et d'ailleurs je pense que je vais faire une petite formation sur les modèles, voire je vais aller regarder celui que vous m'avez proposé, pour essayer de rendre les choses un peu plus cadrées. Ça manque de méthodologie, moi c'est vrai qu'après 15 ans de pratique, j'aurais besoin que ce soit un peu plus étudié, cadré, même si ça tient la route, mais donner plus de poids.</p>
Moi	<p>Néanmoins, vous vous intéressez au modèle, peut-être sans le savoir, mais à la nature occupationnelle de la personne, etc.</p> <p>Mais effectivement, je pense que même pour quelqu'un qui débute, voilà ce sont des outils de dépistage pour recueillir un peu des informations, dès fois on sait pas trop quelles informations pertinentes, comment les classer etc, donc les outils permettent de poser les questions qui selon ce modèle peuvent aussi rentrer dans des cases, mais ça permet de recueillir une vision holistique. Là je vous en ai posées que trois de cet outil AOF-CV mais y'en a d'autres.</p>
E1	<p>Non, mais c'est pour ça que je suis toujours ouverte pour les mémoires, les entretiens, parce qu'on a aussi besoin de ça pour évoluer, pour avancer. Donc moi je suis aussi ravie du coup d'avoir des infos et de me dire moi si j'étais à cette place là qu'est-ce que je ferais ? Et c'est vrai que c'est nécessaire de se remettre en question sur les pratiques, et de tenir la route ! Parce que j'ai aussi des stagiaires régulièrement !</p>
Moi	<p>En tout cas, merci beaucoup !</p>
E1	<p>Mais de rien (sourire)</p>
Moi	<p>C'était vraiment très intéressant de m'avoir expliqué tout ça, je pourrai vous envoyer mon mémoire</p>
E1	<p>Je suis preneuse quand même, et puis y'a tellement d'énergie, et j'aime bien voir le résultat final du projet, et puis je pense qu'avec le temps ça évoluera... après c'est ce que j'ai dit faut pas toujours s'attendre à des gens ouverts, à des supers notes, mais l'important c'est d'être convaincu par ce qu'on propose !</p>
Moi	<p>Tout à fait, en tout cas je vous remercie encore de votre temps, passez une très agréable soirée ! (Merci) Et je ne manquerai pas de vous tenir au courant, et de vous envoyer mon mémoire, si je ne suis pas en larmes d'ici la fin ! (rires)</p>

E1	Non, parce que c'est juste un mauvais passage, mais ça se fait ! Et moi je pense à vous envoyer le document demain sur l'autorisation d'enregistrement.
Moi	Oui je veux bien, merci beaucoup en tout cas !
E1	Bonne continuation pour la suite, et puis bon entretien d'après !
Moi	Merci, au revoir à bientôt !
E1	Au revoir !

Annexe IX. Retranscription de P1, psychologue clinicienne, spécialisée dans les addictions sexuelles du 03.04.2021

	Discours
Moi	Bonjour Madame,
P1	Bonjour,
Moi	Tout d'abord, je tiens à vous remercier du temps que vous m'accordez.
P1	Je vous en prie, je suis désolée car à plusieurs reprises j'ai dû annuler. Mais j'ai beaucoup de travail en ce moment.
Moi	Pas de problème. Nous y sommes parvenues. Voici donc la première question : quel est votre parcours professionnel ?
P1	<p>(Sourires). Alors moi j'ai commencé à travailler en Espagne, je suis d'origine espagnole</p> <p>Et j'ai commencé à travailler dans une clinique fondée par le professeur de l'université où j'ai fait mes études en Espagne et avec qui j'avais fait mon mémoire de Master. Nous avons très bien matché et il m'a proposé un poste chez lui. J'ai donc commencé à travailler pour le Dr X qui est une référence en Espagne pour l'addiction sexuelle. Il a pas mal écrit sur ça. Avec lui j'ai vraiment été sensibilisé à l'addiction à la pornographie : de la place de la pornographie dans la vie des personnes mais surtout la place clinique, c'est-à-dire, comment la pornographie impacte la santé et le bonheur des gens. Et surtout, comme lui était assez référencé en Espagne pour ça, on avait énormément de demandes de gens qui demandaient de l'aide pour une addiction à la pornographie et puis ensuite pour une addiction sexuelle plus large, une hypersexualité agit disons. C'est avec lui que j'ai commencé à me sensibiliser à ces sujets-là. Et après quand je suis venue en France faire mon Master 2 à Paris j'ai continué à rester en lien avec lui. Quand j'ai fini mes études j'ai commencé à travailler dans ce CSAPA et j'étais au départ en charge de tout le volet addiction comportemental donc à la base on m'embauchait plus pour la partie addiction des jeux vidéo (pour la partie gaming and gambling) mais en fait petit à petit il y a eu de plus en plus de demandes d'addictions sexuelles et comme moi, il se trouve que j'étais déjà formée pour ça, on a vu qu'il y avait un besoin fou de ça, que peu de centres le prenaient en charge et qu'il fallait vraiment, comment dire, officialiser et professionnaliser ces</p>

	<p>parcours de soins et les rendre accessible à tout le monde et c'est comme ça que l'on a créé, l'année dernière, l'unité d'addiction sexuelle et cybersexuelle dans le CSAPA. Euh...voilà disons que mon parcours commence en Espagne mais (sourire) s'épanouie et s'ouvre en France. En plus, je suis en lien avec une association espagnole, et ça peut-être aussi ça vous intéresse, qui est un peu la même chose que l'association D, ce que vous avez vu, que je viens de créer cette année, qui s'appelle C et dont les professionnels ont beaucoup appris du Dr X où il y a pas mal de psychologues cliniciens qui font exactement la même chose que moi mais qui en fait, eux se sont inspirés à leur tour de l'association F qui est l'association par excellence des Etats-Unis qui fait de la prévention sur l'addiction sexuelle et la pornographie. Et voilà ...et aussi en travaillant avec eux à plein de congrès et de conférences, de réunions de sensibilisations aux parents, aux professeurs, et ben du coup voilà je me suis vraiment mise dans ce sujet à fond. Voilà... tout ce parcours se fini par l'association D parce que je vois la question de l'addiction sexuelle et surtout de la pornographie n'est pas traitée aujourd'hui. Les parents ne savent pas aborder ce sujet avec les enfants. Les enfants commencent à 8,9 ans à consommer. C'est un vrai drame au niveau de la santé. Il faut faire quelque chose mais personne ne fait grand-chose. J'ai créé l'asso pour pouvoir aussi (si on peut) développer, un jour, j'espère, si on peut (sourire) de vrais programmes de prévention sur l'addiction sexuelle et cybersexuelle donc peut être en lien avec le ministère de la santé et le ministère de l'éducation et le vrai programme de prise en charge de ces addictions parce que, pareil, personne ne sait les traiter, les gens sont mal à l'aise etc...</p>
Moi	Je suis d'accord avec vous. Et là aujourd'hui avez-vous le titre de psychologue clinicienne ?
P1	Vous bien sûr. J'ai fait mes études de psychologue clinicienne, ensuite je me suis formée en systémie donc je suis thérapeute systémique aussi et puis je suis formée dans la prise en charge du trauma parce que je vois, on pourra en parler plus tard, mais je vois que la plupart des personnes avec des addictions et notamment sexuelles sont des patients qui ont subi des traumatismes donc pour des professionnels dans ce domaine, il faut savoir traiter le trauma donc je suis formée au psycho trauma dans l'institut H, une thérapie qui s'appelle « Intégration cycle de vie » passionnante, vous pourrez vous renseigner si ça vous intéresse.

Moi	Depuis combien de temps travaillez-vous avec les personnes addicts sexuels ?
P1	Alors euhhh (souffle) moi je dirais 4 ans en tant que responsable de ces patients.
Moi	Effectivement l'on voit que c'est un sujet qui commence à bouger mais qui est encore très tabou.
P1	Tout à fait. Tout est banaliser.
Moi	Accompagnez-vous les <i>sex-addict</i> seule ou en équipe ?
P1	Seule, totalement seule. En fait, en équipe mes patients sont tout le temps présentés lors des réunions d'équipe sur les patients que l'on suit. Mais en tout cas, au niveau de la prise en charge je fais la psychothérapie toute seule. Et puis après il y a souvent un psychiatre associé, mon chef de service qui les voit aussi pour faire un bilan psychiatrique et attribuer un traitement s'il faut.
Moi	Ok. Savez-vous pourquoi les autres professionnels n'interviennent pas ?
P1	Alors quand j'ai créé l'unité d'addiction sexuelle (<i>rires</i>) au centre et que j'ai proposé lors d'une réunion de synthèse, 70% de l'équipe ont fait un pas en arrière en disant « annnhhhh ne compte pas sur moi M., je suis désolée, sur d'autres projets d'accord mais pas sur ça. » Donc voilà, la première raison est que les gens ne sont pas du tout sensibilisés et formés à ça, ça ne leur parle pas du tout. Et la deuxième raison et la plus importante est qu'ils ne veulent pas se former parce que c'est un sujet où ils ne sont vraiment pas à l'aise. Il y a une infirmière qui m'a dit « j'aimerais vraiment, peut-être, me former et faire partie de cette unité... mais en général c'est compliqué donc il y a 2 médecins et moi, de toute façon on travaille en équipe donc si j'ai des patients qui doivent être vus par une infirmière ou un médecin et qu'ils sont là ils vont accepter bien sûr mais en tout cas ils ne sont pas avec moi dans une prise en charge continue. Après aussi, l'unité est très récente donc les prises en charge sont pensées pour l'instant de façon psychiatrique et psychologique, donc ça serait intéressant de voir avec vous, on n'a pas pensé d'autres interventions autre que la partie psychique. Pour la partie psychocorporelle, soit je travaille avec eux soit je les oriente vers des sophrologues voilà mais dans le service, pour l'instant, nous n'avons pas d'autres soignants qui pourraient agir dans les prises en charge.
Moi	Ok merci. Comment débutez-vous une prise en charge ?
P1	<i>Blanc</i>
Moi	Que faites-vous avec le patient la première fois que vous le voyez ?

P1	<p>Euh ben tout d'abord je fais tout pour créer un lien très fort avec lui pour qu'il se sente vraiment en sécurité avec moi car ils viennent parler sur des sujets vraiment très compliqués. Euh, la plupart c'est des hommes mais j'ai tout de même de plus en plus de femmes. Mais bon, la plupart ce ne sont que des hommes et souvent ils ont honte de parler de ça avec moi. Il se sentent dégoûtants déjà de base parce que c'est un sentiment classique dans l'addiction sexuelle, c'est le dégoût de soi et en fait se sentir dégoûtant car j'ai fait des choses avec moi-même, avec d'autres femmes et le raconter à une autre femme c'est vraiment compliqué et ça leur demande un courage incroyable que je leur fait part de suite et moi ce que je fais dans le premier rdv c'est surtout les écouter, comprendre comment l'addiction sexuelle s'est construite, comment ils sont arrivés là, pourquoi il consulte maintenant ?, qu'est ce qui a déclenché la demande d'aide ?, comprendre vraiment leur histoire personnelle et celle de l'addiction. En une séance nous n'avons pas forcément le temps de voir mais avoir un peu une idée de ce que la personne a vécu. Et puis, ce que je fais déjà dès le premier rendez-vous, c'est ce qu'on appelle la psychoéducation : dès le début j'explique comment une addiction se construit, comment le cerveau réagit. Car souvent ils arrivent avec un sentiment de honte énorme quand on est hypersexuel, avec des comportements que l'on n'aurait jamais cru avoir donc je leur explique ce qu'est la tolérance dans une addiction. La tolérance est que l'on a besoin de dose de plus en plus forte pour le même effet et quand on explique ça pfiouuuu ils se sentent compris. Bien avant qu'ils me disent « j'ai fait ça ou je suis arrivé à ça » tout de suite quand ils arrivent, je leur dis « je suppose que vous avez des choses très douloureuses à me raconter, vous avez honte ! c'est normal je suis habituée et je vais vous expliquer pourquoi vous avez vécu ça donc avant même qu'il puisse être exposé à la honte je tente de m'avancer et qu'ils se sentent en sécurité et compris et véritablement cela baisse la tension et ça leur fait dire « peut-être que je ne suis pas un pervers, je souffre juste d'une addiction qui m'a amené à des choses terribles car mon cerveau les exigeait. Donc voilà, il y a vraiment toute cette partie alliance thérapeutique, compréhension du problème, explication où je tente dès le début je leur expliquer comment le cerveau a pu fonctionner jusque-là et pourquoi aujourd'hui ils sont chez moi. Ça leur permet d'être en confiance, de déculpabiliser s'ils peuvent, d'avoir moins honte vis-à-vis de moi, même si je ne</p>
-----------	---

	<p>peux pas leur enlever tout le sentiment de honte mais quand même ils peuvent se dire qu'ils ne sont pas seuls, que d'autres personnes peuvent vivre ça et puis je suis habituée à l'entendre donc je ne vais pas être choquée par leur histoire, je suis totalement capable d'entendre ce qu'ils ont à dire et puis surtout je le comprends, je donne un sens clinique : c'est étudié, il y a des soins et tout de suite ça leur donne de l'espérance énorme. Donc-moi si je peux résumer le premier rendez-vous avec eux je dirai espérance. C'est ce que je dis dans les réunions d'équipe, les premiers rendez-vous doivent être des pierres d'espérance. C'est ça qui fait que le patient revient, qu'il ose demander de l'aide, qu'il peut sentir réussir de l'horreur qu'il vit. C'est un peu les 3 points que je vous dirais.</p>
Moi	Avez-vous une trame d'entretien ? des outils d'évaluation ?
P1	Je n'ai pas de trame. J'ai des outils d'évaluation que je peux sortir plus tard si je vois qu'il y a un trouble associé comme un TDAH, un TOC, ou d'autres troubles associées mais sinon je n'ai aucun papier parfaitement organisé pour l'addiction sexuelle car pour moi l'intérêt est le lien avec le patient.
Moi	D'accord. Et quelle approche thérapeutique utilisez-vous ?
P1	<p>Moi je dirai que je combine 3, voire 4 approches. De base je suis assez humaniste dans ma façon euhhh ..., je suis très naturelle, dans l'accueil inconditionnel du patient. Je suis beaucoup ce que Carl Rogers, je suis vraiment dans une approche très humanistes des psychothérapies mais après en termes d'outils, de façon de soigner de guérir je vais m'appuyer sur 3 approches : les premières sont les thérapies cognitivo-comportementales qui sont vraiment avérées dans les addictions où il y a une vraie efficacité. Je vais vraiment faire beaucoup de psychoéducation, aller comprendre l'origine du problème, le conditionnement des conduites, la fonction et le rôle de la conduite, ce qui fait aussi que la conduite est renforcée, stimulée et déclenchée à chaque fois aussi. Je vais aussi faire tout ce qui est de l'ordre de l'analyse fonctionnelle en tout cas bien travailler tout ce qui concerne la régulation émotionnelle du patient parce que le comportement sexuel est la seule stratégie dysfonctionnelle mais qu'ils ont trouvé pour se régler, de les accompagner pour trouver d'autres stratégies alternatives pour eux, plus fonctionnelles. Euhhh, et aussi au niveau de la relaxation, de tout ce qui concerne la partie psychocorporelle des TCC. Je vais beaucoup utiliser les tableaux d'observations, la plupart des patients accroche très bien avec ça.</p>

Moi	Permettez-moi. Que sont les tableaux d'observation ?
P1	<p>Je leur donne un tableau simple avec les semaines du mois. Ils vont écrire quand est-ce qu'ils consomment, ils agissent. Ils vont me noter quand, à quelle heure et à quel moment ils agissent. Souvent on tente d'aller un peu plus loin, pour qu'ils me disent ce qui a déclenché la conduite sexuelle en deux ou trois mots, pour ensuite me raconter en séance ce qui l'a déclenchée. Donc au début, c'est juste pour observer sa conduite, et ensuite on se met des objectifs. C'est à dire qu'on se dit : OK, on a travaillé le patient, sa psycho du patient, on a conduit le rôle de sa conduite, qu'est-ce qui la déclenche, qu'est ce qui l'accentue, etc. Et du coup on va commencer à agir sur la conduite, donc souvent, on va mettre des stratégies pour agir sur la conduite, mais aussi, on va mettre des jokers. Par exemple on va se dire : « maintenant vous êtes un peu plus armé pour tenter de délimiter la conduite, pour tenter de la réduire, donc on va se mettre des objectifs d'ici la prochaine fois, vous avez 1 ou 3 jokers (en fonction de ce qu'on a observé de sa conduite, on voit ce qui est atteignable pour ne pas les décourager) et il va le noter : là il n'y a rien, rien, là j'ai agis, là il n'y a rien.</p> <p>Parfois ils n'ont pas réussi à se mettre la limite qu'on s'était dit, et il va le noter afin d'observer comment il vit. Puis on l'adapte pour se mettre des objectifs réalistes grâce au tableau d'observation de la conduite. C'est à ça que sert de se mettre des objectifs.</p> <p>Donc je me base vraiment sur les thérapies comportementales, énormément de psychoéducation, et aussi beaucoup au niveau de la pulsion dans les thérapies cognitivo-comportementales avec toutes les approches corporelles et toute la question de la sensibilisation et désensibilisation du cerveau, etc. Je vais leur expliquer comment fonctionne la pulsion, qu'est ce qui se passe dans le cerveau quand il y a un stimuli ou quelque chose qui déclenche un peu la pulsion. Et donc avant même qu'ils soient en train d'agir, car ce qu'il se passe dans des addictions graves, c'est qu'entre le moment où la pulsion apparaît, et le moment où le comportement sexuel est réalisé, il y a vraiment du temps qui passe. Mais dans l'addiction sexuelle, quand ils sont déjà dans un processus de dépendance déjà trop fort avec beaucoup d'impulsivité, il n'y a plus de laps de temps. Le moment entre l'apparition de la pulsion et l'acte sont entremêlés... Donc je les aide à leur donner de la temporalité et à comprendre où ils se situent de leurs pulsions, ou</p>

	<p>elle se situent dans le corps et comment on peut l'accueillir, donc je me base pas mal sur les thérapies d'acceptation de la 3^e vague de TCC : Donc vraiment accueillir la pulsion, dialoguer avec elle, la laisser être là (sans consommer tout de suite, pour la calmer et accepter le mal-être), et la laisser partir du cerveau. Donc aussi trouver des techniques de relaxation, pour calmer l'addiction, mais du coup on agit pas mal sur la pulsion aussi.</p> <p>Donc ça c'est au niveau des TCC. J'ai tenté de résumer, sinon on peut passer des heures sur chaque truc. Ensuite, je fais beaucoup de systémique. C'est-à-dire que je vais tenter de comprendre comment cette personne s'est construite dans sa famille, dans sa relation aux autres, quel est son parcours de vie au niveau relationnel, affectif, familial. Qu'est-ce qu'il en est aujourd'hui de sa vie affective, de sa vie de couple. Souvent travailler aussi la conjugalité, etc. Donc je vais pas mal utiliser mon approche systémique. C'est un cadre que j'ai un peu toujours en tête, c'est un peu comme l'humanisme, je comprends tout le temps les symptômes avec ça. Et puis en troisième point, les thérapies axées sur le trauma et la dissociation et l'attachement ICV (Intégration du Cycle de Vie). A un moment donné, quand la conduite et le comportement se sont pas mal calmés, quand la personne sent qu'elle a beaucoup plus de contrôle, que l'addiction s'est pas mal réduite, etc, on a souvent accès à des contenus beaucoup plus lourds, qu'il faut traiter. Souvent quand on a une addiction, on a un attachement soit désorganisé, soit « secure » en général très « insecure » parce qu'on a été blessé dans la vie. Et donc il y a tout un travail à faire de réparation interne du moi et donc de l'attachement, afin de rendre le patient « secure ». Qu'il n'ait plus besoin de la sexualité compulsive de la pornographie pour se calmer, pour se sentir moins seul, pour qu'il puisse créer des liens affectifs relationnels « secure », solide, durable etc. Et pour cela, il faut qu'il ait un attachement solide et organisé. Donc c'est un peu les trois points. Et je peux dire aussi que c'est peut-être 3 niveaux. C'est-à-dire que les TCC, je vais plutôt les utiliser en début de thérapie et les ICV ça va plutôt être dans un second temps. Mais du coup je dirais que c'est plutôt la thérapie en profondeur. C'est vraiment la réparation profonde de la personne.</p>
Moi	<p>Et est-ce que vous vous intéressez aux activités quotidiennes de ces personnes ? Et si oui, de quelle manière ?</p>

P1	Oui, bien sûr. Je m'y intéresse beaucoup parce que pour comprendre une personne, il faut savoir comment elle vit. Il faut entrer dans le concret de son histoire, de sa vie. Et le concret, se passe au niveau comportemental : qu'est-ce qu'il fait de ses journées, comment est sa vie aujourd'hui, comment elle a été dans le passé, mais surtout au début de la thérapie c'est vraiment le « aujourd'hui ». Donc oui, bien que je m'y intéresse.
Moi	Et je voulais savoir, est-ce que vous connaissez le MOH, qui est le modèle de l'occupation humaine. En fait, c'est un modèle conceptuel ergothérapeutique. Je ne sais pas si vous en avez entendu parler au décours d'une lecture ou quoique ce soit ?
P1	(hésitation) Modèle ? euhhhh. Je ne connais pas.
Moi	<p>Modèle de l'occupation humaine (MOH). En fait c'est un modèle qui a été créé par Gary Kielhofner, aujourd'hui décédé, qui est un ergothérapeute doctorant Canadien.</p> <p>Il assure une vision holistique de la personne. Il s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de sa vie en société. Les parties et les sous-parties du modèle expliquent comment la nature occupationnelle d'une personne peut-être influencée selon les trois composantes qui sont : l'être, l'agir et le devenir qui sont en constante dynamique avec l'environnement. Je m'intéresse plus particulièrement à la volition qui est une composante de l'être. Trois éléments nous motivent : nos intérêts, nos valeurs et nos déterminants personnels. Les outils découlant du modèle peuvent guider le raisonnement des ergothérapeutes ainsi que leur processus d'évaluation et d'intervention.</p> <p>L'AOF-CV qui signifie en anglais Assessment of Functioning</p> <p>Je voulais vous poser quelques questions provenant de cet outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il des activités que vous aimez faire, mais que vous ne faites pas actuellement. Si oui, énumérez-les.
P1	(hésitation) Hum hum... Qu'est-ce que j'en pense ou est-ce que je pose la question ?
Moi	Est-ce que vous posez la question ?
P1	Alors, je pose la question, mais peut-être pas de cette façon-là. Mais oui, je pose souvent la question de savoir quelles sont vos passions, quelles sont les choses

	<p>que vous aimez, et que vous ne vivez pas à cause de votre addiction. Ou quelles sont les choses que vous aimeriez faire ou mener à terme et que l'addiction vous empêche de mener à terme. Peut avec d'autres mots, mais je pense que c'est la même idée. Oui je peux poser la question-là.</p> <p>Après, « énumérez-les », je vais plutôt formuler « lesquelles » ou des choses comme ça. Mais je m'intéresse en tout cas à ce point-là.</p>
Moi	D'accord. Et est-ce que vous leur demandez : « pourquoi vous ne les faites pas ? »
P1	<p>Peut-être dans un deuxième temps. En effet, (vous me faites penser à ça), je peux attendre de voir comment l'addiction bloque sa vie et dire « qu'est-ce que l'addiction vous empêche de vivre » et parfois quand le patient va dire « ben en fait... ». Là, je pense à un patient qui depuis très longtemps veut danser des danses latinos, et ne s'y met pas et je vais demander « qu'est-ce qui vous bloque, qu'est-ce qui vous empêche d'aller vers là » et là je vais explorer davantage. Mais c'est vrai que de façon systématique, je ne vais pas la poser comme ça la question.</p>
Moi	<p>Autre question, qui se rapporte aux valeurs de la personne : « Quelles sont les activités qui comptent pour vous ? ». Ou « Quelles activités donnent un sens à votre vie ? ». Est-ce que vous posez ce genre de questions ?</p>
P1	<p>Oui. Alors, « quelles activités sont importantes pour vous ? », ça c'est sûr, certain. Lesquelles donnent sens à votre vie, je ne vais pas le dire en termes d'activités. Je vais peut-être plus demander « Qu'est-ce qui donne sens à votre vie ? », « Qu'est-ce qui est moteur pour vous ? », « Qu'est-ce qui fait que vous avez envie de » (je ne sais pas, ça va avec la conversation...), « Qu'est-ce qui vous donne envie de vous dépasser ou de vivre ça », ou ... Mais c'est vrai que non je ne pose pas la question comme ça en disant « Quelles activités donnent un sens à votre vie ? », je ne la pose pas comme ça.</p>
Moi	<p>D'accord. Autre question issue de la l'AOF-CV : Tout le monde a une perception de ce qu'il fait bien ou qu'il ne fait pas bien. Quelles sont les choses que vous faites bien ? ». Est-ce que vous posez ce genre de question ?</p>
P1	<p>Oui. « Quelles sont les choses que vous faites bien ? », « Quelles sont les choses pour lesquelles vous sentez que vous êtes compétents, que vous êtes heureux de faire, que vous êtes à l'aise de faire, quels sont vos points forts ? », ça oui, je peux la poser.</p>

Moi	D'accord. Et du coup on a parlé d'activités significantes au sein de l'outil. Quelle est pour vous votre définition de ce terme « activités significantes » ?
P1	(hésitation) Euuhhh... Je dirais que c'est une activité qui comble la personne, qui peut donner sens aux journées, à la vie de la personne. Une activité qui est importante, qui prend une place importante dans la vie de la personne, et peut être qui fait partie des désirs ou des projets intimes qui engage vraiment totalement la personne. C'est ce que je dirais.
Moi	D'accord, très bien.
P1	Après je ne sais pas si c'est ça...
Moi	Il n'y a pas de bonne réponse, l'idée est d'avoir votre propre vision de ce que cela peut être. Du coup, c'était 3 questions qui font partie de la « <i>volition</i> », qui font partie de cet outil de l'évaluation du MOH. Il y a 22 questions, j'en ai juste sélectionné quelques-unes. Vous m'aviez dit que vous arriviez à identifier ces activités qui donnent un sens à la personne, est-ce que vous accompagnez vos patients dans le maintien des activités significantes dont on vient de parler. Est-ce que vous les accompagnez à maintenir ces activités ? Et si oui comment ?
P1	Oui, euh. Comment ? Je n'ai pas d'outils particuliers, je n'ai pas de noms d'outils pour ça. Mais je vais quand même m'intéresser à ce qui fait que le patient se sent bien ou les parties de sa vie où le patient se sent bien. Quelles sont les zones, et ça je m'y intéresse pas mal, quelles sont les zones où il sort de l'impuissance, c'est-à-dire les zones de sa vie où il se sent fort, où il se sent capable, où il se réalise, où il est comblé. Donc je vais m'intéresser à ces choses-là, quelles sont les activités qu'il fait, comment il les vit, comment il les met en place. Quand ce n'est pas le cas, mais qu'il les désire, on va voir comment les mettre en place, et en effet, je vais à chaque fois, à chaque rendez-vous, poser la question sur « Comment vous allez avec ce projet-là, ou cette activité-là, où est-ce que vous en êtes ? ». Je vais un peu suivre le patient et voir s'il y a des décrochages, comprendre pourquoi, s'il y a des raisons, des découragements et pour quelles raisons, et du coup travailler ces raisons-là.
Moi	D'accord, très bien, merci. Avant dernière question concernant vos outils thérapeutiques. Vous m'avez parlé beaucoup des approches, des outils, mais est-

	<p>ce que vous pouvez me dire précisément sur un outil, quelque chose que vous faites avec un patient. Par exemple avec leur planning horaire de la semaine. Concrètement, est-ce que vous pouvez me reparler brièvement de ce que vous faites ?</p>
<p>P1</p>	<p>Euh...(hésitation). Je souhaite vous donner ce qui peut être important pour vous. La psychoéducation est quelque chose qui est très importante. Alors, au niveau de planning, du tableau d'observation, par exemple. Par le tableau d'observation, je comprends quelle est la conduite du patient, quel est le comportement du patient au cours de la semaine, quel moment l'agir sexuel se manifeste, à quel moment de la journée exactement. Qu'est-ce qu'il s'est passé avant, qu'est-ce qu'il s'est passé après. Quels sont les stimuli qui déclenchent ce désir, etc. Je vais déjà tenter de comprendre le patient dans son fonctionnement dans la journée et une fois que c'est fait, je dis au patient que je vais mettre un « zoom » sur ce moment de la journée (quand vous avez eu une rechute, consommé un film, eu un comportement sexuel compulsif) pour le regarder d'abord de façon un peu éloignée (inscrite dans toute une journée ou un épisode), mais maintenant on va petit à petit ajuster le microscope pour se rapprocher de plus en plus de ce moment-là, jusqu'à aller à l'intérieur de votre corps. Pour comprendre un fois l'impulsion déclenchée, comment vous la vivez dans votre corps. A ce moment-là, je vais peut-être mélanger plusieurs outils mais je vais vraiment, en ce qui concerne la psychologie du patient, prendre un cerveau ou une image du cerveau et je vais expliquer les différentes parties de notre cerveau et comment la façon dont on ressent la pulsion, c'est-à-dire quand on ressent la pulsion, on va se dire « Ah mince, là il y a la pulsion qui arrive. Je vais très très mal. Je vais tout de suite aller chercher de la pornographie, ou je vais tout de suite contacter une prostituer » ... Là on est, ce qu'on en appelle en TCC, en « mode fuite ». C'est-à-dire que dans le cerveau, la partie de devant (le cortex préfrontal) est en train de dire à la partie la plus archaïque, la plus intérieur du cerveau (l'amygdale), qui est le centre de la peur, le centre du système émotionnel (le système limbique), il est en train de dire « eh oh il y a un danger ». Donc tout le système émotionnel et du danger se met à fond, s'excite, en se disant « Mon dieu, il y a un danger ! » et donc tout le corps se tend et la pulsion se développe. C'est-à-dire qu'il s'exprime avec beaucoup plus de force, la personé perd le contrôle, le cortex préfrontal, qui</p>

est la partie de la décision, ne réfléchit plus et donc la personne va et fonce pour calmer la pulsion dans la compulsion sexuelle. Donc moi je leur explique ça et je leur dis ensuite « si, quand vous avez la pulsion, vous dites « ah tiens, j'ai une super amie qui est arrivée, elle est chez moi. Aujourd'hui elle est vraiment chiante, je n'ai pas envie qu'elle soit là, elle me taquine, elle m'embête, et fait que mon corps soit tendu. Elle me donne envie de faire quelque chose qui n'est pas bon pour moi. Mais elle va m'apprendre plein de choses sur moi. Elle va m'aider à me maîtriser, elle va m'aider à me comprendre mieux. Elle va m'aider à me dépasser, si j'arrive à dialoguer avec elle je vais arriver à devenir la personne que je veux être ». Donc transformer ce que je dis en « mode menace » en « mode opportunité ». Transformer la pulsion. De passer de « la pulsion, une menace » à « la pulsion, une opportunité pour évoluer ». Dans un coin, le cortex préfrontal va se dire « Tient il n'y a pas de menace, il y a une opportunité ». Donc le cortex va être tranquille et ne va pas agiter le système émotionnel et le centre de la peur. De façon à ce qu'au lieu que ce soit le système sympathique (le système de la fuite), c'est le système parasympathique (le système de la relaxation, de la sécurité) qui va s'activer. Et donc je leur explique évidemment que dans les premières phases, c'est dur parce que le cerveau est tellement habitué à agiter le système sympathique que la pulsion va être trop puissante. Mais qu'à force de s'entraîner, on va habituer le cerveau à voir ça comme une opportunité et le système nerveux à se calmer. Donc quand eux comprennent cela, ils visualisent la pulsion au niveau intellectuel, mais même, leur donne une forme. C'est quelque chose qui agit sur mon système nerveux, donc quelque chose qui ne m'appartient pas. Vous parliez du « être ». Et donc quelque chose avec lequel je peux rentrer en contact et avoir une maîtrise. Une fois que la psychoéducation est faite, je passe à toute la partie de la gestion et de la régulation émotionnelle de la pulsion. Et donc là je leur apprends avec des méthodes de relaxation, ou avec ce qu'on appelle un scan corporel. En fermant les yeux je leur fais ressentir petit à petit en les guidant, tout leur corps, pour voir où se situe la pulsion. Et quand on la retrouve, on trouve un gros nœud dans le ventre, c'est une boule dans le thorax, ou c'est comme une plaque lourde qui m'écrase sur les épaules. Donc ils tentent eux, de donner forme à la pulsion, et ensuite d'agir. A dire « donc tu es là, je vais commencer à parler avec toi, à te dire que je te vois, tu es noire, tu es une grosse

	<p>boule ». Je vais petit à petit respirer, et au fur et mesure de la respiration, je vais voir comment cette boule va devenir plus petite ou cette boule noire, comment elle va devenir plus bleue, plus agréable. Donc vraiment rentrer en relation avec la pulsion et la modifier. Et en fait, ce que je leur explique au niveau cérébral, quand on rentre en relation avec la pulsion, c'est qu'on est en train d'expliquer au cerveau, de lui montrer qu'il n'y a pas de danger, qu'on peut être avec la pulsion et donc tout le système se calme. Et on apprend à réguler et du coup à ne pas tout de suite aller chercher une prostituer ou regarder de la pornographie. Donc voilà, là j'ai un peu commencé, mais ce sont 3 outils qui vont quand même ensemble, tableau d'observation, psychoéducation et puis régulation de la pulsion.</p> <p>Je ne sais pas si j'ai été assez détaillée.</p>
Moi	<p>Si tout à fait, je bois vos paroles. Je trouve ça passionnant surtout que vous donnez des éléments concrets qui parlent.</p>
P1	<p>Du coup j'en profite pour vous donner mon avis. C'est vraiment mon avis personnel basé sur mon expérience. Les thérapies psychanalytiques ne fonctionnent pas pour l'addiction sexuelle. Ou fonctionnent, mais très peu vraiment. C'est-à-dire que, comme vous le dites, c'est concret. Il faut que ce soit concret. Pour un addict sexuel, on ne peut pas partir dans de grandes interprétations, ça ne sert à rien... Et ça, c'est très important parce que moi quand je forme, je vais dans des grands hôpitaux, je peux former des équipes etc., je suis assez claire, je bouscule un peu, car il y a beaucoup de psychanalystes en France. Donc je dis « la psychanalyse est passionnante, mais pour traiter l'addiction sexuelle, il faut se former sur des choses très concrètes, parce que sinon pour les patients, ils ne peuvent rien saisir. Tout reste là dans des choses un peu floues, et du coup ils partent à un moment donné... ». J'ai un patient de 69 ans, ça fait 3 ans que je le suis, il est hallucinant. Il avait fait 30 ans de thérapie d'orientation psychanalytique pour une addiction sexuelle très grave. Il a été 30ans addict sexuel, jamais ça ne s'est calmé. Et en venant chez moi après 2 ans, il n'y a plus de consommation du tout. Il est abstinent. Donc ce n'est pas parce que je suis absolument brillante... C'est parce que l'approche correspond. Et ça c'est hyper important.</p>

Moi	OK, merci beaucoup. Dernière question. D'après vous, quelle pourrait être la plus-value de l'ergothérapeute au cours de la prise en compte des sex addicts, avec ce que je vous ai présenté très brièvement. A vos côtés, ou dans une équipe.
P1	En tout cas, j'ai trouvé vraiment passionnant ce que vous avez dit. Car comme vous le savez, on n'est pas du tout habitué à traiter avec des ergothérapeutes, en effet. Et moi j'aime beaucoup la prise en charge pluridisciplinaire. Donc je suis ravie de vous rencontrer, de rencontrer de nouvelles approches, de nouvelles ou d'autres professions qui puissent soigner le même problème avec moi. Je trouve ça absolument passionnant et surtout que vous vous y intéressiez. Ce que je sais c'est que les thérapies cognitivo-comportementales sont quand même pas mal. Moi j'y passe du temps à ma manière, mais les TCCistes très TCCistes vont quand même passer beaucoup de temps je pense, mais vous savez mieux que moi car vous avez peut-être déjà interviewé d'autres gens, mais ils passent plus de temps sur les activités etc. Donc je sais que c'est, par exemple ce que vous m'avez dit, très bien pensé par les ergothérapeutes. C'est pensé autrement dans les TCC, mais il y a un travail similaire. Mais quand même je pense que vous permettriez peut être deux choses : 1) du point de vue du patient, 2) du point de vue du thérapeute. Du point de vue du patient, je pense que vous lui permettriez d'axer, ou de se concentrer sur d'autres parties de sa vie qui lui tiennent à cœur et qui sont importantes pour lui etc., très concrètes, vraiment dans le concret. Car c'est là que tout se passe, dans le concret de la vie des gens. Du coup je trouve que vous aideriez le patient à vraiment trouver l'énergie, les stratégies, les façons de comprendre leur réalité, leurs activités, leur quotidien et d'agir de façon efficace. Donc je trouve que ce zoom permanent qu'un ergothérapeute fait, que nous on ne fait pas tant que ça, serait vraiment une plus-value pour les patients. Ça leur décollerait aussi leur étiquette de malades. Parce qu'en plus vous n'êtes pas considéré comme soignant de santé mentale. Mais je ne sais pas votre titre en fait.
Moi	Alors quand on sera diplômé, on sera professionnel de santé. On peut aussi bien exercer en psychiatrie, en rééducation. Il y a des ergothérapeutes qui travaillent en unités d'addictologie. Euh... Néanmoins pas auprès de <i>sex-addict</i> . Pourquoi, on ne sait pas. Est-ce le côté sexuel ? Pour les ergothérapeutes, le cycle addictif reste le même. Est-ce que les TCC abordent la dimension occupationnelle ?

P1	<p>Oui oui oui, très souvent. Il y a une liste de tâches, ils travaillent sur la liste de tâches par jour. Donc il y a des TCCistes très rigoureux qui vont travailler dans ce sens, mais ce que je sais c'est que les patients qui viennent consulter chez nous pour l'addiction sexuelle en générale c'est qu'ils vont très mal. En générale, ils demandent tout de suite, soit un psychologue, soit un psychiatre. Mais c'est vrai quand même que je suis assez convaincue surtout pour les ados que le fait de voir d'autres professionnels... Comme par exemple on a une éducatrice spécialisée, et il y a beaucoup de patients qui, avant de venir nous voir nous, passent par l'éducatrice. Surtout dans les CJC (Consultation Jeune Consommateur), parce qu'en fait, le fait d'être suivi par un psychologue ou un psychiatre fait tellement peur, qu'ils vont d'abord passer par l'éducatrice. Donc je pense que passer par un ergothérapeute permettrait quand même un travail très concret ciblé sur la vie quotidienne de la personne qui est déjà une énorme plus-value. Et peut-être aussi préparer le terrain pour un travail clinique, ça serait intéressant. Un travail vraiment psychologique.</p>
Moi	<p>Pouvoir transmettre aussi à son collègue les éléments qui ont pu être diagnostiqués sur cette partie occupationnelle, mais qui pourra compléter le versant psychique.</p>
P1	<p>Exactement. Donc ça c'est plutôt du point de vue du patient. Du point de vue du psychothérapeute, je pense que ça nous permettrait même d'aller plus vite, parce que toute cette partie... Parce qu'un psychologue si je veux créer une alliance forte avec le patient et bien le connaître, il faut que je connaisse son quotidien. Il faut que je me penche sur ce qui le bloque dans sa vie qu'il obtienne, par ce que souvent c'est des choses bien plus profondes qu'il faut travailler. Donc il faut tout de même s'intéresser à tout ça, mais je pense que ça nous permettrait d'aller beaucoup plus vite, car il y a toute cette partie concrète du quotidien du patient qui serait apportée par vous, et nous on pourrait passer à la deuxième phase de la thérapie, une phase d'un niveau de réparation psychique bien plus profonde, qui est essentielle et nous permettrait de gagner du temps. Donc tout le monde en profiterait car le patient aurait des résultats plus vite également. Ça serait une prise en charge bien plus riche, ça c'est sûr. Après, comme je n'ai jamais travaillé avec un ergothérapeute, ce n'est que ce que je peux vous en dire comme ça à</p>

	chaud. Mais c'est sûr que je suppose que si je découvre un peu en profondeur votre travail, ça me convaincrat plus encore !
Moi	Oui c'était très rapide ce que je vous ai présenté. Ce n'était pas l'objet de l'entretien. Mais effectivement, si vous avez envie d'aller plus loin, je suis convaincue qu'on peut accompagner en équipe pluridisciplinaire. D'enrichir cette prise en soin. Et donc effectivement, c'est agréable d'avoir votre point de vue, même si vous ne connaissez pas l'ergothérapie car ce n'est pas encore très connu.
P1	En tout cas nous, avec l'ARS on a demandé des budgets pour l'unité d'addiction sexuelle. Et je n'ai pas réussi du tout à l'obtenir. En plus en pleine pandémie, l'ARS a d'autres priorités, du coup on n'a pas beaucoup d'argent. J'ai une trop grande file d'attente. C'est dommage mais voilà !
Moi	Ok. Très bien. Je vous remercie beaucoup de notre échange fructueux.
P1	De rien. S'il est possible de lire votre mémoire, ce serait avec plaisir et je vous pourrai le partager à toute l'équipe également.
Moi	Oui bien sûr je vous l'enverrai. Bonne journée, à bientôt et encore merci !
P1	Bonne journée !

ADDICTION SEXUELLE : VERS UNE PRÉ-OCCUPATION ERGOTHÉRAPIQUE

Mots-clés : Addiction sexuelle – Occupation – Volition – Ergothérapeute

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la sexualité est une dimension importante de la santé et du bien-être d'une personne. Elle peut néanmoins être un véritable objet de consommation addictive et impacter les activités de vie quotidienne chez l'individu. Malgré cela, l'addiction sexuelle est une pathologie encore taboue et peu étudiée. Actuellement, les ergothérapeutes n'interviennent pas auprès de cette population. Cette étude vise alors à montrer comment l'ergothérapeute, à travers sa spécificité et son approche occupationnelle, peut s'inscrire au sein d'une équipe pluriprofessionnelle accompagnant l'adulte *sex-addict*. Avec l'appui du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et de la science de l'occupation, des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès de trois ergothérapeutes exerçant dans des unités d'addictologie hospitalières et de deux professionnels de santé accompagnant spécifiquement la population *sex-addict* en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Le protocole comprend un guide d'entretien et le questionnaire *Assessment of Occupational Functioning – Collaborative version* (AOF-CV) basé sur le MOH et s'intéressant plus particulièrement à la composante volitionnelle du patient. Les résultats de cette étude montrent qu'il est important pour les participants de prendre en compte la sphère occupationnelle, d'identifier leurs activités significatives (sans utiliser d'outil normalisé) et de les maintenir dans leur quotidien. Ils s'accordent tous à relever que l'approche de l'ergothérapeute serait une réelle plus-value pour promouvoir une thérapie axée sur l'occupation et ainsi favoriser un accompagnement plus complet et personnalisé des personnes *sex-addicts*. À cet égard, c'est en s'appuyant sur sa dimension occupationnelle que la légitimité du rôle de l'ergothérapeute semble incontestable au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Le bénéfice d'un protocole de soin à développer en ergothérapie peut donc être suggéré.

SEXUAL ADDICTION: TOWARD AN OCCUPATIONAL THERAPY CONCERN

Keywords: Sexual addiction – Occupation – Volition – Occupational Therapist

According to World Health Organization, sexuality is an important side of adult's health and well-being. However, it can become an addictive behavior and severely affect activities of one's daily life. Despite of this fact, sexual addiction is still a taboo pathology and therefore little studied. Currently, occupational therapists do not work with this population. Thus, the following study aims at demonstrating how the occupational therapist, through its specificity and its occupational approach, can take part to a multi-professional team supporting sex-addict adult. Interviews were held based on the Model of Human Occupation (MHO) and the science of occupation. Three different occupational therapists working in addictology services at hospital as well as two health professionals from addictology centers working specifically with sex addicts were questioned. The protocol comprises an interview guideline as well as the survey *Assessment of Occupational Functioning – Collaborative version* (AOF-CV) based on the MHO, which specifically focus on the volitional component of the patient. Results of this study show that it is important for the participants to take into account patients' occupational sphere, to identify their meaningful activities (even without the existing tool) and to maintain them in the daily life. They all agree on the fact that the occupational therapist approach would have added-value in promoting a therapy oriented on the occupation and to support a more complete and personalized support of sex-addicts. In that aspect, it is on relying on its occupational dimension that the legitimacy of the role of the occupational therapist within a multi-professional team seems undoubtable. The benefit of a treatment protocol developed in occupational therapy can thus be suggested.