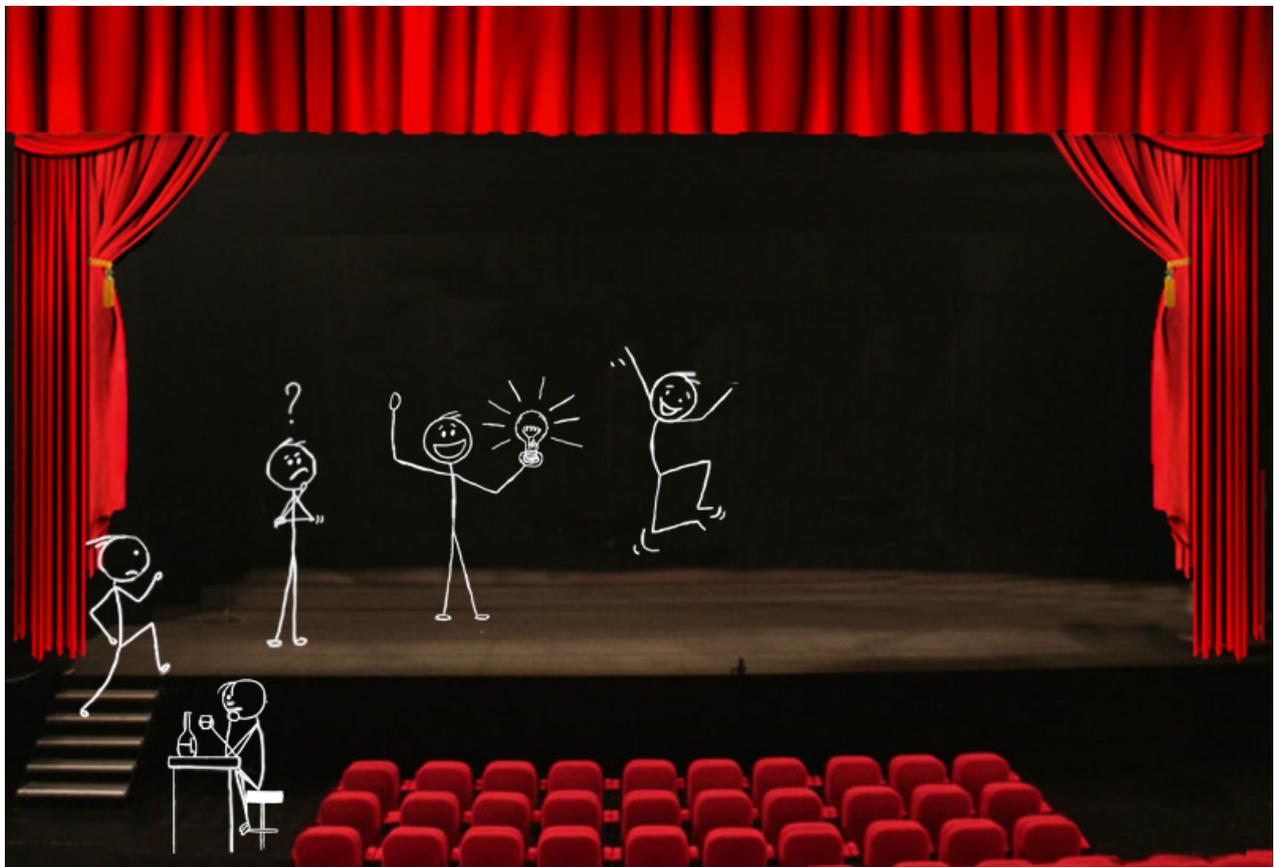


L'activité théâtre en addictologie :
l'impact du jeu théâtral sur l'engagement
occupationnel et l'estime de soi



MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETAT D'ERGOTHEPEUTE

Lucie DENUDT

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* Lucie DENUDT étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 27/05/2021

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucie Denudt', written over a horizontal line.

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'institut de formation concerné »

REMERCIEMENTS :

Je remercie en premier lieu ma directrice de mémoire, Alexandra Labey, d'avoir accepté de me suivre dans mon travail. Je la remercie pour sa disponibilité tout au long de la construction de ce mémoire. Sa bienveillance, son soutien et ses conseils m'ont été d'une précieuse aide.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux ergothérapeutes pour le temps qu'ils m'ont accordé afin de répondre à mes questions durant l'année, que ce soit lors de ma pré-enquête ou de mon enquête, ainsi qu'aux ergothérapeutes de mon jury blanc pour leurs remarques constructives.

Je tiens également à remercier toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Créteil, et plus particulièrement Esméralda Gauthier, ma référente pédagogique, pour son écoute et la qualité de son suivi durant l'ensemble les années de ma formation. Ces années ont été brillantes en apprentissage sur le plan professionnel mais aussi personnel. Merci aussi à mes ami-es que j'ai rencontré durant mon cursus et qui m'ont accompagné sur ce chemin riche en expérience. Raphaëlle, Alice, Clémentine et William qui m'ont permis de m'épanouir durant la formation et qui ont toujours été présents pour m'aider tout au long de l'année.

Un merci tout particulier aux personnes suivantes :

Mes parents qui ont toujours su être à mon écoute et qui se sont montrés présents tout au long de ma scolarité.

Charles, pour sa générosité et son optimisme qui m'ont bien aidé à avancer, et ce, depuis ces dernières années.

Mon compagnon, Matthieu, pour sa compréhension, son réconfort ainsi que pour l'illustration de cet écrit. *Moufiti*.

Et pour finir, je remercie les meilleurs amis qui soient : Julie, Claire et Antoine. Merci pour le temps que vous avez consacré à la relecture de mon travail. Vous êtes des ami-es en or, je vous aime fort.

« Aucun savoir ne peut être acquis s'il n'est pas désiré, aucun progrès ne peut être réalisé s'il n'est pas souhaité et le meilleur des maîtres ne peut rien pour l'apprenti passif. »

- Pierre Bottero

INTRODUCTION	1
SITUATION D'APPEL.....	2
CADRE CONCEPTUEL	4
1. PERSONNES PRESENTANT UN TROUBLE DE L'USAGE LIE A UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE	4
1.1 <i>De la définition à la classification</i>	4
1.2 <i>Données actuelles sur l'addiction</i>	6
1.3 <i>Les facteurs de risques et de vulnérabilités</i>	7
1.4 <i>Les conséquences du trouble de l'usage lié à une substance psychoactive</i>	10
2. L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL : CHAMP DE LA SCIENCE DE L'OCCUPATION	12
2.1 <i>Modèle de l'Occupation Humaine : MOH</i>	12
2.2 <i>L'engagement occupationnel</i>	15
2.3 <i>De l'estime de soi à l'engagement occupationnel</i>	18
3. L'ERGOTHERAPIE ET L'ACTIVITE THEATRE	21
3.1 <i>Le rôle de l'ergothérapeute en addictologie</i>	21
3.2 <i>Les caractéristiques de l'activité théâtre</i>	23
3.3 <i>Le théâtre en ergothérapie</i>	27
RETOUR SUR LA PROBLEMATIQUE	28
CADRE EXPÉRIMENTAL	29
1. RAPPEL DU CADRE THEORIQUE	29
2. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	29
2.1 <i>Objectifs.....</i>	29
2.2 <i>Populations.....</i>	30
2.3 <i>Choix des outils d'enquête</i>	31
2.4 <i>Limites et critiques des outils.....</i>	33
3. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	33
3.1 <i>Présentation et analyse linéaire des résultats</i>	33
3.2 <i>Analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête</i>	41
4. DISCUSSION DES RESULTATS	44
4.1 <i>Confrontation des résultats avec le cadre conceptuel</i>	44
4.2 <i>Retour sur l'hypothèse</i>	47
4.3 <i>Limites et critiques de l'étude</i>	48
4.4 <i>Les apports de l'étude sur la pratique professionnelle</i>	50
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES	58

Introduction

La pratique en addictologie n'a cessé de progresser durant ces dernières années. Malgré les progrès dans l'apprentissage du mécanisme du comportement addictif ainsi que l'évolution dans la promotion des stratégies de réduction de consommation de substances, les addictions font encore l'objet d'un réel enjeu en matière de santé publique. En effet, par exemple l'alcool est une substance addictive ancrée dans les pratiques culturelles française et pourtant, selon un bulletin épidémiologique de 2019, l'alcool incarne la deuxième cause de mortalité évitable (OFDT, 2019).

Le développement d'un comportement addictif est dépendant d'une interaction entre une substance, des facteurs de vulnérabilités personnelles ainsi que d'un environnement plus ou moins favorisant. Ainsi, il se place au croisement des disciplines des sciences humaines, de la neuroscience mais aussi de la psychiatrie, demandant un développement de la compréhension et de la pratique de ce phénomène dans ces différentes disciplines. Le trouble de l'usage d'une substance se caractérisant par la consommation répétée d'un produit est le type d'addiction le plus retrouvé dans nos sociétés (INSERM, 2020). C'est pourquoi l'étude se centrera sur celui-ci.

Le produit, quel qu'il soit, devient l'élément central des préoccupations de l'individu, prenant le dessus sur les autres sphères de la vie quotidienne. La santé physique se détériore de par les répercussions de la substance en elle-même mais aussi la vie se voit bouleversée : précarité, isolement, marginalisation...L'individu se désengage de ses responsabilités sociales voire même de ses activités personnelles. Les objectifs principaux en addictologie sont la réinsertion sociale grâce à l'accompagnement au changement de comportement poussée par la motivation. Toutefois la première étape avant d'accompagner dans une réinsertion sociale, est le retour à l'implication et l'investissement dans ses occupations. L'ergothérapeute, qui est le professionnel de l'activité, a donc tout son rôle à jouer dans la reconstruction identitaire du patient présentant une addiction. Cependant sa place dans ce domaine est encore peu décrite. Ce mémoire de recherche a donc comme visée de comprendre l'intervention de l'ergothérapeute dans l'engagement occupationnel des personnes présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives.

Dans un premier temps, la démarche méthodologique qui a permis d'établir la question de recherche et le cadre conceptuel seront présentés. Dans un second temps, les objectifs de l'enquête ainsi que les choix méthodologiques afin de conduire l'enquête seront expliqués. Au sein de cette seconde partie les résultats de l'enquête seront présentés et analysés. Pour finir, l'étude se conclura sur une discussion des résultats au regard de la littérature du cadre conceptuel.

Situation d'appel

La rédaction de ce mémoire est le fruit d'une réflexion personnelle, issue d'un vécu de stage, ainsi que d'un intérêt particulier pour les activités artistiques.

Depuis l'entrée dans la formation en ergothérapie, j'étais intéressée par les écrits de Doris Pierce sur le potentiel thérapeutique d'une activité, et plus particulièrement sur celui des activités artistiques. En tant qu'étudiants, nous avons toutes sortes de cours théoriques, mais nous avons aussi l'opportunité d'expérimenter : poterie, dessin, collage, peinture, couture, menuiserie... Toutes ces activités manuelles sont abordées dans notre cursus et nous permettent de ressentir, comprendre ce que nous pouvons apporter à nos patients, et dans quels cas nous pouvons le proposer. C'est plus particulièrement le cours sur **la mise en jeu** de marionnettes face à un public, que nous avons préalablement confectionnées, qui m'a le plus interrogée, et suscité en moi un intérêt important. Comment ce type d'atelier pouvait s'articuler et être mis en place dans un service de santé mentale ?

Par la suite, cet intérêt a refait surface lors d'un stage dans un service d'addictologie. La plupart des patients étaient sevrés depuis quelques mois grâce à un séjour de cure avant d'intégrer ce service.

J'ai pu découvrir les spécificités de l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage lié à un produit, ainsi qu'aux problématiques que nous pouvons rencontrer dans notre accompagnement : troubles du comportement avec difficulté dans la gestion des émotions, perte de motivation dans la réalisation d'activités, qu'elles soient liées ou non à l'hospitalisation, mauvaise image d'eux-mêmes, marginalisation... Tous ces éléments conduisaient à une adhésion partielle dans le processus de soin. Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir pour pallier cette problématique ? Comment pouvons-nous aider le patient à se réinvestir dans ses activités ? En parallèle à ces interrogations, c'est au travers de l'activité théâtre, proposée dans le service, que j'observais une évolution chez les patients. Certains verbalisaient le fait qu'ils se sentaient plus à l'aise pour « s'exprimer », que ça les aidait dans leur affirmation de soi, et d'autres s'intéressaient à cette activité pour la continuer après l'hospitalisation.

Pour sortir de ma vision du stage, au moment du choix du sujet du mémoire, j'ai contacté des ergothérapeutes travaillant auprès de ce public-là afin d'enquêter sur leurs interventions, sur les difficultés rencontrées et sur leurs principaux objectifs. Ce qui en est ressorti est le fait de créer **des expériences de plaisir dans l'abstinence**, ainsi que d'accompagner la personne dans **l'engagement occupationnel**. Cette notion de plaisir sans l'alcool a fait écho à une lecture que j'avais faite dans l'ouvrage Ergothérapie en psychiatrie. Florence Carlier, ergothérapeute en addictologie, dit en parlant

du plaisir : « *c'est la seule obligation de résultat que je me suis toujours imposée* » (Carlier, 2007). Quant à la notion d'engagement occupationnel, cela faisait écho à mes lectures sur les conséquences neurobiologiques de la substance qui impactait le processus motivationnel, amenant alors la personne à se désinvestir de toute activité autre que la prise du produit.

C'est cette perte de motivation que j'avais pu observer en stage et qui était mobilisée durant l'activité théâtre. Je me suis alors interrogée sur l'impact que cette activité pouvait avoir sur les conséquences de l'addiction : comment pouvait-elle aider la personne dans son évolution personnelle ? L'engagement occupationnel est un concept important en ergothérapie et un enjeu auprès de ce public-là. J'ai décidé d'orienter ma problématique en la formulant ainsi :

En quoi l'activité théâtre en ergothérapie participe-t-elle à l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble de l'usage lié à une substance psychoactive ?

CADRE CONCEPTUEL

1. Personnes présentant un trouble de l'usage lié à une substance psychoactive

1.1 De la définition à la classification

1.1.1 Définitions

Le terme « addiction » est apparu en France à la fin du XXème siècle, et vient du terme latin « *addictus* » qui signifie « dit à », désignant l'assignation à quelque chose ou à quelqu'un. Notamment employé dans les tribunaux romains, cela désignait qu'un esclave était « *addictus* », dans le sens « affecté » à un maître. Cette terminologie a, par la suite, évolué, définissant l'addiction comme la « contrainte par le corps ». Puis, le terme d'addiction a été employé dans le milieu psychiatrique et médical : une personne addictée, qui est « dit à la drogue », devient esclave de son produit, la privant de sa liberté d'abstinence (Saïet, 2019).

Les comportements addictifs étaient présentés avec le suffixe « isme » et plus tard par « manie », mettant en avant le caractère compulsif de cette conduite (Saïet, 2019). Par ailleurs, le nom de la substance addictive était rattaché à ces suffixes, tel que l'emploi du terme alcoolisme ou de érotomanie, car l'intoxication du produit était considérée comme le seul responsable du phénomène de dépendance. Grâce aux recherches effectuées sur l'addiction, la part de la substance perd du terrain avec l'émergence d'une vision de l'addiction comme un processus bio-psycho-social, prenant en compte les multiples facteurs qui peuvent entraîner une personne à se livrer à un comportement addictif (Morel & Couteron, 2019). Cette évolution a permis de définir les conduites addictives par un comportement, et non plus centrées sur le produit (Pillon, 2009).

Le psychiatre, A. Goodman, définit en 1990 l'addiction comme « *un processus par lequel un comportement procurant un plaisir et permettant un soulagement interne, se caractérise par une impossibilité de son contrôle et la persistance de celui-ci malgré des conséquences négatives* ». Il établit quatre critères cliniques principaux d'un comportement addictif, caractérisé par une perte de contrôle, une impossibilité à résister aux pulsions à réaliser le comportement, une tension grandissante avant d'effectuer le comportement et pour finir un soulagement durant l'épisode sous l'emprise de la substance (Goodman, 1990).

Dans *Traité d'addictologie*, la définition de A. Goodman est complétée avec l'ajout de deux caractéristiques importantes : le caractère chronique et l'évolution par rechute de ce trouble. En effet,

l'addiction est un processus qui se met en place progressivement et qui s'installe à jamais, c'est pourquoi le taux de rechute est important (Reynaud, Karila, Benyamina, & Aubin, 2016).

Parfois l'addiction et la dépendance sont utilisées de manière synonyme mais il existe une différence. Précédemment cité, l'addiction regroupe l'ensemble des facteurs du sujet et de son environnement tandis que la dépendance est définie par le phénomène de tolérance, qui est amenée par un besoin d'augmentation des doses afin d'obtenir les sensations désirées. Ce n'est que la conséquence neurobiologique d'une substance sur le système nerveux central (Karila & Benyamina, 2019).

L'addiction représente un trouble complexe dont la variabilité des facteurs fluctue entre les personnes. Il regroupe de nombreux symptômes qui seront détaillés par la suite. La caractéristique principale des addictions est la perte de contrôle de la consommation d'une substance, en dépit des conséquences négatives sur son quotidien.

1.1.2 Classification de l'addiction

Il existe une diversité d'addictions, dont certaines sont plus répandues que d'autres. Celles qui sont les plus fréquentes sont celles liées aux substances psychoactives licites (le tabac et l'alcool), illicites (cannabis, cocaïne, etc.), ou des substances dont la consommation est détournée de son usage (médicaments psychotropes, solvants, etc.). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une substance psychoactive est une substance « *qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect.* » (OMS, s.d.). Les autres formes d'addictions ne sont pas liées à l'usage d'un produit mais sont relatives à des pratiques. Les jeux d'argent, les réseaux sociaux, le sexe ou encore les achats compulsifs peuvent faire l'objet d'une addiction comportementale (INSERM, 2020).

Dans ce mémoire de recherche, nous traiterons des personnes présentant une addiction avec substances, ayant donc **un trouble de l'usage de substances psychoactives**.

Les classifications internationales permettent d'établir une théorie commune à l'ensemble des professionnels nécessaire pour la compréhension et le diagnostic des patients. Le domaine de l'addiction est présent dans deux classifications : la classification internationale des maladies (CIM) avec dix versions, élaborée par l'organisation mondiale de la santé (OMS), et le manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM), mis au point par l'Association américaine de psychiatrie, qui a sorti sa cinquième édition en 2013.

La CIM-10 emploie le terme « dépendance » tandis que le DSM-V utilise « trouble lié à l'usage de substances » afin de tous deux définir le comportement compulsif, non contrôlé de la recherche d'une substance. Cependant, la définition initiale du mot « dépendance » désignant les phénomènes biologiques et physiologiques du mécanisme d'addiction, l'emploi du terme « **trouble de l'usage** » sera priorisé dans ce mémoire (Lejoyeux, 2017). L'évolution du DSM se réalise en fonction des recherches et traduit une meilleure compréhension de la maladie. Le passage du DSM-IV au DSM-V entraîne de nombreux changements notamment concernant l'approche, auparavant catégorielle, en différenciant deux catégories de consommateurs à risque : « les abuseurs » et « les dépendants » à une approche dimensionnelle regroupant les onze critères de diagnostic avec le terme « troubles de l'usage de substance ». Plus de critères sont présents dans un diagnostic, plus cela démontre une gravité de la consommation. Dans cette approche dimensionnelle la gravité peut aller de « à risque » jusqu'à « l'addiction sévère » regroupant minimum six critères. De plus, un nouveau critère fait son apparition : le craving. Défini comme étant « *l'envie irrésistible d'utiliser la substance* », le craving a un rôle très important dans l'accompagnement thérapeutique car il joue un rôle dans la rechute, donnant l'envie de consommer malgré une longue période d'abstinence (Gazel, Fatséas, & Auriacombe, 2014)(**annexe I**).

1.2 Données actuelles sur l'addiction

Les comportements addictifs constituent un enjeu en matière de santé publique dus aux risques qu'ils engendrent au niveau sanitaire et social. Voici quelques chiffres donnés par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) :

- L'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée et incarne la « *deuxième cause de cancer lié au mode de vie et à l'environnement* » en étant responsable de 41 000 décès en 2015 (cancers, maladies cardio-vasculaires, accidents, suicides...).
- Le cannabis, quant à lui est le produit illicite le plus consommé, malgré une légère baisse de consommation enregistrée, la France reste le leader européen des plus hautes consommations chez les jeunes et les adultes. 59 000 personnes prises en charge à raison de leur consommation de cannabis dans les CSAPA en 2016, progression de 55% en 6 ans.
- Concernant les autres substances : une évolution marquante concernant la cocaïne s'observe depuis ces dernières années auprès des adultes dû à une progression de sa disponibilité sur le marché. Pour finir, concernant tous les produits illicites, L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) définit les « usagers problématiques de drogues » comme les usagers de drogues par intraveineuse ou réguliers d'opioïdes, cocaïne et d'amphétamine qui

représentent 350 000 personnes. Ces usagers sont pour la plupart polyconsommateurs. (OFDT, 2019)

Afin de pallier cela, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) élaborent des plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives, qui ont été mis en place successivement (2007-2011, 2013-2017 et le dernière en date 2018-2022) avec pour objectifs de prévenir des risques et promouvoir le bien-être ; d'organiser un système de soins spécialisés (politique de réduction des risques et dispositif d'aide mis en place) ; d'améliorer la recherche concernant les traitements et les connaissances et de développer les liens internationaux afin de lutter contre les trafics et d'apporter des réponses efficaces grâce à un plus large réseau de données collectées (MILDECA, 2015). Dorénavant, les acteurs de l'addictologie sont divers et vont de la réduction des risques à un accompagnement spécialisé.

Par ailleurs, il est important de mentionner la pandémie du COVID-19 qui ébranle la vie des individus à l'échelle internationale et engendrant des conséquences sur les personnes ayant une conduite addictive ou à risque d'en développer une. Tout d'abord, les mesures restrictives introduites pour atténuer la propagation du virus (confinement général, restrictions de circulation, couvre-feu, fermeture des frontières internationales) ont impacté les habitudes de vie avec une limitation de certaines drogues illicites (pénurie d'héroïne) et ont entraîné l'utilisation de substances de substitution. Toutefois, les recherches actuelles ont montré une stabilité en France de consommation des substances les plus utilisées ; l'alcool, le tabac et le cannabis, (OFDT, 2020), tandis que les données européennes annoncent une légère hausse concernant l'alcool. Cette période couplée au stress et à l'anxiété présente des facteurs de risques environnementaux au comportement addictif. De plus, nous ne connaissons pas encore les répercussions de longue durée liées à la crise économique engendrée par cette crise sanitaire. Une hausse des consommations de substance a été observée lors des précédentes crises économiques (notamment celle de 2008) car l'augmentation du chômage et les difficultés économiques ont le potentiel évident d'accroître les niveaux de pauvreté, de marginalisation et d'exclusion sociale (Costa Storti, et al., 2021).

Cette pandémie mondiale apporte une réflexion autour de l'accompagnement des personnes à haut risque d'addiction. Il est important de connaître les différents facteurs de risques afin de les prévenir.

1.3 Les facteurs de risques et de vulnérabilités

La survenue d'une addiction est un mécanisme complexe qui peut s'expliquer par la rencontre entre le produit, l'individu et son environnement. Ce modèle biopsychosocial a été élaboré par le professeur Claude Olivenstein (Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015). Ce modèle permet aussi de comprendre pourquoi pour une même substance, l'effet addictif n'est pas le même d'un individu à

l'autre (**annexe II**). La compréhension de l'expérience psychotrope, qui est la résultante de ces trois facteurs, est nécessaire pour permettre un accompagnement adapté.

Nous allons développer ces trois facteurs ainsi que leurs interactions.

L'individu : L'individu se place comme la partie centrale dans l'expérience addictive puisqu'il existe des facteurs affectant les différentes sphères qui le composent : biologique, génétique, psychologique et psychiatrique.

L'addiction est une pathologie cérébrale dont la principale cible est le système de récompense, aussi appelé le système mésocorticolimbique. Ce dernier est responsable de la gestion des émotions, de l'humeur, des désirs et des plaisirs. Lorsqu'il est stimulé par une récompense naturelle (nourriture) ou une substance psychoactive, une libération du neurotransmetteur principal, la dopamine, s'effectue ce qui génère un sentiment de plaisir. Ce circuit est normalement régulé, mais la prise chronique d'une substance induit une surstimulation de son fonctionnement. La dopamine est libérée en grande quantité dans les synapses ce qui entraîne alors des modifications cérébrales dans les différentes aires cérébrales impliquées dans ce système de récompense (**annexe III**), notamment dans le nombre de récepteurs dopaminergiques. Du fait de la répétition des consommations, le système de récompense conditionne une forte demande de plaisir, et donc une nécessité croissante. (Tassin, 2007) (Laqueille & Liot, 2009) En parallèle, d'autres systèmes de neurotransmission ayant comme neurotransmetteur la sérotonine (responsable de l'humeur) et l'endorphine (effet antalgique et de bien-être) sont altérés. Leur libération diminue, le plaisir est provoqué uniquement grâce à une substance extérieure ce qui entraîne aussi une augmentation de la tolérance à la substance et une sensation de manque à son arrêt. (INSERM, 2020). Les éléments neurobiologiques mis en jeu varient d'un individu à l'autre constituant pour certains une vulnérabilité concernant le risque d'addiction.

Par ailleurs, cette disparité neurobiologique peut être expliquée par des facteurs génétiques. En effet, ces derniers influencent le métabolisme, chaque individu n'a pas les mêmes ressentis et effets face à une substance. La proportion de la part génétique est encore à l'étude, mais généralement les chercheurs s'accordent sur le fait qu'elle intervient pour 40-50% des personnes ayant un trouble de l'usage. (Reynaud, Karila, Benyamina, & Aubin, 2016), (De Witte, 2013)

Pour finir, les facteurs de vulnérabilités psychologiques et comportementaux pour l'apparition d'une addiction sont :

- Les troubles de l'humeur tel que la dépression. La dépression peut être aussi secondaire au comportement addictif et disparaît donc au moment du sevrage.
- Les troubles de la personnalité. Deux profils de personnalité facilitant l'installation d'une addiction sont mis en avant, les personnes borderline ainsi que les personnes antisociales.

- Les dimensions tempéramentales : faible **estime de soi**, timidité, hypersensibilité, anxiété, recherche de sensation... (Laqueille & Liot, 2009)

Le produit : L'intensité du trouble de l'usage de substance varie selon les produits psychoactifs consommés. Certaines substances ont un pouvoir addictif plus fort que d'autres. Les opiacés comme l'héroïne se place en leader des substances les plus addictives, suivi de la cocaïne, ayant toutes deux un fort impact sur le circuit de la récompense. Par exemple, pour une faible consommation d'héroïne, il est perçu un comportement addictif moyen ou fort chez 50 à 60 % des usagers. La plupart des produits psychoactifs entraînent des complications somatiques, psychologiques et sociales mais le statut social du produit lorsque celui-ci est illicite telle que la cocaïne est à l'origine de troubles du comportement et d'une marginalisation. A l'inverse, lorsque celui-ci est accepté socialement, la consommation est facilitée voire encouragée (Reynaud, Karila, Benyamina, & Aubin, 2016).

L'environnement : L'environnement possède un rôle important dans l'expérience addictive puisque tout individu évolue dans une sphère familiale, socio-économique et culturelle précise. Certaines caractéristiques de ces différents aspects que constituent l'environnement peuvent être facilitateur ou frein à la consommation. Le contexte de consommation et les modalités de celles-ci, pouvant être aggravants, sont aussi importants à connaître. Le fonctionnement familial (l'éducation qui peut être permissive, un foyer rejetant...) et son histoire (antécédent de troubles liés à l'usage d'un produit d'un proche) jouent un rôle dans l'installation d'un comportement addictif. Au niveau social, les pairs aident dans l'initiation à la consommation et peuvent exercer une pression quant à sa continuité. Les milieux socio-économiques précaires, sujet au stress environnemental ou encore dont la disponibilité d'un produit est facilitée sont vulnérables à l'addiction. Pour finir, culturellement, certaines substances comme l'alcool ou le tabac, sont licites et ont une image associée à la socialisation et aux festivités. Cette tolérance culturelle et sociétale vis-à-vis du produit favorise sa consommation.

Certaines modalités de consommation sont corrélées à un risque d'installation du trouble lié à l'usage d'une substance et à l'apparition de diverses conséquences. En effet, les consommations à visée thérapeutique (antidépresseive, anxiolytique...) dans un contexte solitaire sont révélatrices de troubles psychopathologiques, à la recherche d'excès ou encore les consommations à répétitions sont des facteurs d'installation d'un comportement addictif. La précocité de consommation et la polyconsommation, sont eux, des éléments aggravant le trouble addictif ainsi que le risque d'intoxication (Reynaud, Karila, Benyamina, & Aubin, 2016).

1.4 Les conséquences du trouble de l'usage lié à une substance psychoactive

Les symptômes d'un trouble de l'usage lié à une substance psychoactive peuvent être envisagés en trois grands ensemble : symptômes comportementaux, médicaux et pharmacologiques. Les manifestations pharmacologiques se caractérisent par le phénomène de tolérance, les symptômes de sevrage et de craving (désir de consommation incontrôlable) (Karila & Benyamina, 2019). Ces symptômes impliquent des multiples conséquences en intervenant sur le plan somatique, psychologique et social de l'individu. Le tableau clinique des conséquences diffère d'une substance à une autre sur certains points mais présente aussi un élément commun : **la prise de produit devient l'activité principale de la personne**. La consommation de substances est tout d'abord comprise dans ses habitudes de vie mais la perte de contrôle de ce comportement amène une place du produit de plus en plus importante en prenant le dessus sur d'autres sphères de la vie quotidienne. **L'individu se désengage de ses autres activités** (Collège national des Universitaires de Psychiatrie. France, 2016).

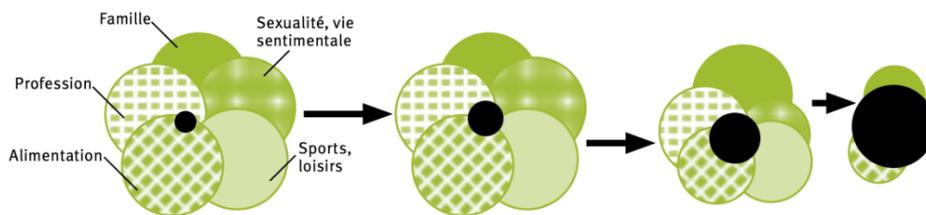


Figure 1 L'aspect progressivement envahissant d'un trouble addictif sur la vie d'un sujet

Conséquences somatiques :

La consommation importante d'alcool à long terme peut apporter des complications au niveau du système digestif (avec un risque de cancer du foie, du pancréas ou encore de l'estomac), du système cardio-vasculaire ainsi que sur le système nerveux (syndrome dysexécutif, troubles de la mémoire épisodique, ralentissement psychomoteur avec trouble de la coordination, syndrome de Korsakoff) pour ne citer que les principaux (Vabret, et al., 2016). Concernant la consommation de cannabis, cocaïne ou autres drogues de synthèses quant à eux sont des facteurs de risques pour des affections cardiovasculaires et respiratoires tels qu'une augmentation du débit cardiaque avec un risque d'accident vasculaire et un développement d'un cancer broncho-pulmonaire (Collège national des Universitaires de Psychiatrie. France, 2016).

D'autres troubles cognitifs sur la consommation de cannabis et des produits psychoactifs tel que la cocaïne sont observables notamment au niveau des troubles attentionnels, une pauvreté idéatoire et des troubles mnésiques (Karila, Lafaye, Coscas, Blecha, & Benyamina, 2017).

Conséquences psychologiques :

Les substances peuvent être responsables de trouble de l'humeur tel que la dépression. 30 % des personnes effectuant une tentative de suicide présentaient un trouble de l'usage de l'alcool (Chavagnat & Lévy-Chavagnat, 2015). Un syndrome démotivationnel, dû à une désensibilisation du système de récompense, se développe, expliquant alors la perte d'intérêt dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (Karila & Benyamina, 2019). L'individu présentant un trouble de l'usage de produit rentre dans un cercle vicieux de la souffrance de soi ainsi que de la mauvaise estime de soi. En effet, une basse estime de soi est un facteur de vulnérabilité, car l'un des objectifs de la prise de produit est de fuir sa propre réalité. Cependant, la consommation affaiblit encore plus cette estime de soi déjà faible : « *l'addiction alimente la mésestime de soi qui elle-même nourrit l'addiction* » (Clivaz, 2018).

Pour finir, les symptômes comportementaux se caractérisent par une impulsivité voire une agressivité et une difficulté dans la gestion des émotions. Ces conséquences psychologiques, la perte de motivation, le désinvestissement dans les activités, la basse estime de soi couplés à des troubles du comportement sont les éléments majeurs engendrant des conséquences sociales.

Conséquences sociales :

L'individu ne peut plus rendre compte de ses responsabilités ainsi que réaliser les attentes que lui suggèrent ses rôles sociaux. Au niveau professionnel, un risque de perte d'emploi est observable ce qui peut engendrer des problèmes familiaux. La prise de substance peut être l'objet de conflit dans un couple pouvant être la source d'une séparation (Karila & Benyamina, 2019). De plus, l'instabilité émotionnelle peut engendrer des violences conjugales (Chavagnat & Lévy-Chavagnat, 2015). L'individu peut se retrouver dans une précarité, en conflit avec son entourage l'amenant à une stigmatisation, une marginalisation et donc un isolement social (Karila & Benyamina, 2019).

2. L'engagement occupationnel : champ de la science de l'occupation

2.1 Modèle de l'Occupation Humaine : MOH

Avant de définir le rôle de l'ergothérapeute, je vais introduire le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), modèle théorique, pour une meilleure compréhension des objectifs de l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des patients présentant des troubles de l'usage de substances psychoactives.

L'ergothérapeute cadre ses interventions à l'aide de modèles conceptuels. En effet, dans le champ de sa profession, il participe à l'élaboration de modèles permettant d'appréhender les situations complexes des activités de l'être humain et de donner du sens au monde qui nous entoure. Il se sert des modèles afin de structurer son raisonnement et de conduire son accompagnement des patients.

Le MOH a été développé par Gary Kielhofner en 1975 dans l'objectif de comprendre les difficultés qu'une personne peut rencontrer dans la réalisation de ses activités. Ce modèle est centré sur « l'occupation » et la personne car celle-ci est considérée comme « *un individu unique dont les caractéristiques guident le motif et la nature des objectifs et des stratégies thérapeutiques* » (Parkinson, Forsyth, & Kielhorner, 2017). Il analyse donc les relations que la personne entretient avec ses occupations personnelles.

L'occupation est définie comme « *une large gamme d'activités (productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socio-culturel* » (Kielhofner, 2008). Les activités qualifiées de productives correspondent à celles qui peuvent générer des ressources ou visant à rendre un service (bénévolat, études, travail, etc.) ; les activités de loisirs sont effectuées dans le cadre de divertissement procurant du plaisir, et les activités de la vie quotidienne représentent tout ce que fait l'individu pour prendre soin de lui et de son environnement (tâches ménagères, soin personnels, etc.). Le terme « occupation » utilisé dans ce modèle n'a pas la même définition qu'en français. Ainsi, du point de vue du modèle, l'« occupation » représente l'ensemble **des activités signifiantes et significatives pour une personne** (Morel-Bracq, 2017). Le premier objectif de ce modèle est **d'expliquer les relations complexes de l'engagement humain dans les occupations et par conséquent de « comprendre les forces et les difficultés de la personne vis-à-vis de son engagement occupationnel »** (Morel-Bracq, 2017). Trois grandes catégories sont décrites dans ce modèle : l'être, l'agir et le devenir.

2.1.1 Les trois composantes du modèle

Être : Cette notion est elle-même divisée en trois composantes :

- **La volition** : correspond à la motivation d'agir dans l'activité, aux choix conscients que la personne fait pour agir. Elle comprend les **centres d'intérêt** (éléments liés aux goûts acquis par la personne et à ses dispositions naturelles, ce qu'elle aime réaliser), **les valeurs** (éléments significatifs et importants pour la personne d'un point de vue personnel et social, ce que la personne juge utile de faire, ses buts et ses aspirations) et la **causalité personnelle**. La causalité personnelle comprend les connaissances que la personne a de ses capacités, la conscience de ses aptitudes potentielles, et la perception, l'avis subjectif en regard de sa propre performance, de son efficacité dans l'action et de sa manière à atteindre ses objectifs personnels (sentiment d'efficacité). La volition est « *le contenu de nos émotions, nos pensées et nos décisions* » (Parkinson, Forsyth, & Kielhorner, 2017). Elle influence la manière dont nous réalisons nos occupations et favorise donc l'engagement occupationnel (Mignet, 2018).
- **L'habitation** : composée des habitudes et des rôles (sociaux, familiaux, personnels, etc.), l'habitation est la construction du profil occupationnel qu'un individu construit tout le long de sa vie et lui permettant de se comporter de manière automatique dans des situations connues par celui-ci : « *les rôles guident la façon dont la personne réalise ses activités selon sa position sociale, tandis que les habitudes régulent les autres aspects de la routine quotidienne et la manière de réaliser ses activités* » (Parkinson, Forsyth, & Kielhorner, 2017).
- **La capacité de rendement** : correspond aux aptitudes nécessaires pour agir (composante objective : système organique, neurologique, biomécanique) et à l'expérience subjective du corps dans l'action (le vécu, la douleur, etc.).

L'Agir : L'Agir se décompose en trois niveaux d'action : la participation, qui est l'engagement de la personne dans une activité, la performance, représentant le rendement observable et quantifiable, et les habiletés nécessaires pour participer à une activité et y performer.

Le Devenir : Le Devenir est la conséquence de l'Agir. Kielsoner part du principe que c'est tout le long de la vie, avec l'accumulation d'occupations, que l'individu se forge une identité occupationnelle. En effet, c'est à travers des expériences occupationnelles que l'identité et les compétences occupationnelles se construisent. Le devenir met en évidence le pouvoir thérapeutique de l'activité : un patient peut amorcer un processus de changement grâce aux expériences occupationnelles qu'une activité offre.

Pour finir, l'Être agit et évolue dans un **environnement** (physique et social) qui peut être facilitateur, et ainsi offrir des ressources afin de réaliser ses occupations, mais il peut également apporter son lot de contraintes et d'exigences.

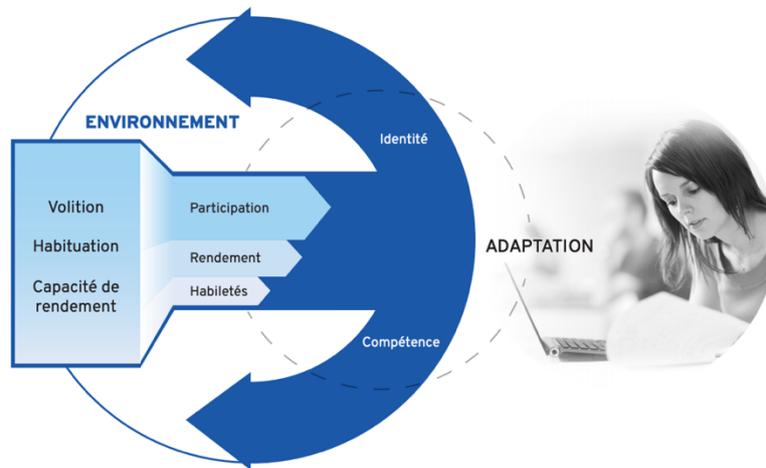


Figure 8-6 Modèle de l'occupation humaine

Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5^e éd.), Wolters and Kluwer.

Figure 2 Le modèle de l'occupation humaine 5e édition

2.1.1 Zoom sur la volition et le processus volitionnel

Intéressons-nous à une notion plus précise que celle que ce modèle installe : le processus volitionnel. En effet, cela permet de comprendre plus en détail la problématique d'une personne présentant une addiction. La consommation chronique engendre une perte de volition chez l'individu, or celle-ci permet de « *s'engager dans une activité* » (Mignet, 2016), rendant alors difficile le maintien du développement de l'occupation. Kielhofner précise que la volition est un processus en quatre étapes : « *La volition est un processus continu au cours duquel on expérimente (1 : Expérimentation), à divers degrés, le plaisir, l'efficacité et la signification des occupations. On interprète l'expérience grâce à la réflexion (2 : Interprétation), on anticipe le futur par ce qu'on a expérimenté et appris (3 : Anticipation). Enfin, on choisit nos activités ou occupations et la manière de les exercer en fonction de la façon dont on anticipe l'expérience (4 : Choix)* » (De Las Heras, 2006) (**annexe III**). Ce processus participe à l'engagement dans les activités mais aussi à celui du projet thérapeutique (Mignet, 2016). Pour conclure, Les différentes composantes de la construction identitaire (l'Être) et l'environnement jouent un rôle sur l'engagement occupationnel et peuvent être des éléments sur lesquels l'ergothérapeute peut intervenir en cas de désengagement occupationnel. Dans le cas d'une personne présentant une addiction, celle-ci peut se replier sur elle-même, s'isoler à cause des conséquences que la consommation peut avoir dans les relations familiales ou professionnelles et de la représentation sociale que l'usage de produit représente. L'ergothérapeute, en utilisant l'activité thérapeutique,

permet de proposer au patient de vivre des expériences occupationnelles afin « *d'entraîner une modification de la vision de soi-même et de son environnement* » (De Las Heras, 2006).

Mais qu'est-ce que réellement l'engagement occupationnel ? Y a-t-il une différence avec la participation occupationnelle ?

2.2 L'engagement occupationnel

2.2.1 Construction du concept d'engagement occupationnel

L'engagement occupationnel est l'action de participer à une occupation ou une activité de manière physique mais aussi psychologique (Caire & Rouault, 2017). C'est une notion centrale dans le MOH. Cependant, sa description se fait de manière transversale tout le long des livres de référence de ce modèle. Par ailleurs, dans la quatrième édition, les auteurs expliquent qu'ils ont fait le choix de développer le terme engagement occupationnel uniquement dans le cadre d'une thérapie (Mignet, 2018).

Certes, le désengagement occupationnel des personnes ayant un trouble de l'usage de produit impacte l'intervention thérapeutique. Néanmoins, celui-ci est plus global car il intervient aussi sur les différentes sphères de la vie quotidienne de la personne, au-delà de sa thérapie. C'est pourquoi je me réfère à d'autres concepts et définitions des sciences de l'occupation dans lesquels l'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit afin de mieux définir l'engagement occupationnel.

Le concept d'engagement occupationnel a émergé dans les années 1990 avec le développement de la science de l'occupation. De nombreux auteurs ont écrit sur cette notion afin d'en dégager une définition et des composantes. Toutefois, malgré une large utilisation de ce terme et ces écrits, aucun consensus autour de la définition n'a émergé (Bertrand, Desrosiers, Stucki, Kühne, & Tétreault, 2018). Tout d'abord, la différence entre participation, performance et engagement peut sembler floue et suscite des désaccords. Les auteurs s'accordent tout de même sur le fait qu'ils sont liés. Le groupe terminologie ENOTHE (CTTE) a participé à la clarification de ces notions, ils définissent ainsi ces trois termes dans leur cadre conceptuel (Meyer, 2013) :

- La performance occupationnelle est « *le choix, l'organisation et la réalisation des activités en interaction avec l'environnement* ».
- L'engagement occupationnel est « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité* ».
- La participation désigne « *l'engagement par l'occupation dans des situations de vie socialement contextualisées* ».

Ainsi, la performance est le versant opérationnel de l'activité (qui exige des aptitudes physiques et mentales) tandis que l'engagement est le versant émotionnel de la participation, car il implique des aspects d'intérêts et d'efficacité personnelle ((Townsend & Polatajko, 2013) (Meyer, 2018)). Performance et engagement se soutiennent mutuellement car un engagement occupationnel positif dans une activité signifiante pour la personne implique une meilleure performance (Kennedy & Davis, 2017).

De plus, deux études de la littérature sur ce sujet ont permis de clarifier ce concept et d'en dégager les composantes : il s'agit de celle de Morris et Cox en 2017 et celle réalisée par Bertrand et son équipe en 2018. Ces deux études partent du constat qu'au regard des définitions, participation et engagement sont imbriquées, étant donné que l'engagement est parfois considéré comme un élément de la participation. Ils sont certes liés, mais une personne peut participer sans y être engagée et une personne peut être participative sans être active : « *la participation occupationnelle peut être passive, alors que l'engagement occupationnel, s'il est efficace, sera nécessairement actif, lié à la volonté de la personne* » (Mignet, 2018).

Morris et Cox, suite à leur étude de littérature, ont élaboré leur propre cadre conceptuel afin de donner un sens à cette notion (**annexe IV**). Ce cadre a été construit à partir de cas cliniques dans une unité de soins, dans l'objectif d'évaluer l'engagement occupationnel des patients. Ces auteurs ont constaté que la valeur accordée à l'occupation par les patients avait son importance, car elle pouvait être source de désengagement lorsque celle-ci était associée à un côté négatif. De ce fait, l'engagement occupationnel se place dans un continuum dans lequel sa place variera selon les valeurs subjectives personnelles (positives ou négatives) attribuées à l'occupation qu'un individu exerce, et selon les conséquences vécues par celui-ci. L'engagement occupationnel est perçu comme « *l'implication, la participation dans une occupation à laquelle une valeur personnelle positive est attachée* » (traduction libre).

Elles soulignent dans leur définition que « *l'engagement occupationnel est un état fluctuant influencé par des **facteurs internes et externes** complexes et multiples* ». Contrairement aux autres écrits, ce modèle apporte une vision holistique de l'engagement occupationnel en prenant en compte aussi bien les côtés positifs que négatifs de l'expérience occupationnelle (Morris & Cox, 2017). Il est important de noter que ce modèle s'est construit à partir de la littérature, exclusivement anglaise ainsi que d'un petit échantillon de cas cliniques, ce qui ne permet pas la prise en compte de l'aspect culturel de l'activité. Ainsi ce cadre mérite d'être étudié dans un champ plus large afin d'en évaluer son application (Sohier & Bellagamba, 2018).

L'étude de Bertrand et son équipe précise que l'engagement occupationnel évolue au cours du temps en fonction du contexte socio-environnemental dans lequel l'occupation prend lieu (facteurs externes) et des facteurs internes liés à l'individu, tels que le sens que prend l'occupation dans sa vie. Le niveau d'engagement occupationnel varie entre l'engagement et le désengagement selon ces différents facteurs ainsi qu'en fonction de l'occupation. Les auteurs concluent que les différentes lectures permettent une clarification dans la relation entre engagement occupationnel et la santé : « *plus l'engagement occupationnel d'une personne est important, plus la personne a une perception favorable de sa santé et de son bien-être* » (Bertrand, Desrosiers, Stucki, Kühne, & Tétreault, 2018).

Pour conclure, l'engagement occupationnel est un état subjectif étroitement lié à la volition puisqu'il s'agit d'un des facteurs internes de ce concept. La volition étant impactée dans le cas d'un trouble de l'usage d'une substance, cela a des répercussions sur l'engagement occupationnel et sur le bien-être de l'individu. L'ergothérapeute, de ce fait, a pour mission de maintenir un équilibre occupationnel favorisant sa santé.

2.2.2 *L'engagement et trouble de l'usage de substances*

L'engagement occupationnel comme objectif thérapeutique de l'ergothérapeute nécessite tout d'abord un engagement du patient dans son projet de soin, d'autant plus que l'un des objectifs de l'accompagnement des conduites addictives vise à permettre un changement de comportement de l'individu, et demande à celui-ci de s'engager activement. Par ailleurs, dans le MOH, le changement est entraîné par l'engagement occupationnel (Mignet, 2018). Cependant, tout individu n'est pas prêt pour le processus du changement, ce qui nécessite « *d'adapter les interventions au gré de la conscience et de la motivation du patient, tout en ayant le souci de lui permettre de développer cette motivation* » (Fatseas & Auriacombe, 2009).

Lorsque nous avons développé la notion d'engagement occupationnel, le sens personnel qu'associe la personne dans l'activité est un élément central, et, par ce même procédé, un sens propre doit être donné au projet de soin afin d'impliquer le patient. Premièrement, l'activité utilisée comme moyen thérapeutique doit susciter l'intérêt et la motivation de la personne. Deuxièmement, Fleury, dans son article discutant de l'activité théâtre, indique que l'on peut considérer une activité signifiante lorsqu'elle permet la réalisation et l'expression des buts ciblés par le patient. Par conséquent, l'activité proposée par l'ergothérapeute doit être en lien avec les **objectifs personnels** de la personne, en fonction de son désir et de ses capacités afin de parvenir à l'engagement (Fleury, H.Marazzani, & Saucier, Le jeu théâtral comme médium thérapeutique en réadaptation psychosociale : le point de vue des participants, 2004).

C'est à travers l'alliance thérapeutique que les objectifs raisonnables et réalistes seront abordés avec le patient, dans l'élaboration de son projet de soin. En effet, la prise en compte de l'importance du risque de rechute permet une déculpabilisation du patient face à ses difficultés. Des objectifs atteignables et ajustés à la personne permettent une meilleure implication (Fatseas & Auriacombe, 2009).

Pour finir, toute activité apporte des éléments facilitateurs et contraignants. Le patient, pour atteindre ses objectifs thérapeutiques, peut choisir de s'engager jusqu'au bout de l'activité afin d'obtenir des résultats personnels, de vaincre des obstacles, de dominer la peur et ce malgré les difficultés qu'il peut éprouver dans l'activité (Meyer, 2018).

2.3 De l'estime de soi à l'engagement occupationnel

2.3.1 La notion d'estime de soi et de sentiment d'efficacité

Étymologiquement, « estimer » vient du latin *aestimare* qui est le fait de « *déterminer la valeur de quelques chose* » et « *d'avoir une opinion sur* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s.d.). L'estime de soi est un concept complexe qui a connu une évolution dans ses définitions au cours du temps. La première fois que l'estime de soi a été décrite, c'est au XVIIIème siècle par le psychologue W. James. Selon lui, ce concept est « *le résultat d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi actuel et une valeur de référence interne : le soi idéal* » (Doré, 2017). Ensuite, les différentes définitions se sont accordées à dire que l'estime de soi désigne le jugement qu'une personne porte sur elle-même concernant l'ensemble de ses caractéristiques. Par la suite, Cooley a donné une dimension sociologique au concept de soi en évoquant que l'estime de soi est une construction sociale qui s'élabore en fonction des interactions sociales, des expériences subjectives de rejets ou d'approbation, et de l'environnement (Doré, 2017). Par conséquent, le regard d'autrui participe au niveau d'estime personnelle d'une personne, sachant que celle-ci se positionne aussi par rapport au regard qu'elle porte sur ses pairs (André, 2005).

Le psychiatre André définit trois piliers dans l'estime de soi (André & Lelord, 2008) :

- **L'amour de soi** est le pilier socle de l'estime de soi. L'amour de soi est le fait de « *s'aimer soi-même* » en dehors de la considération de ses défauts, de ses limites et de ses échecs. Ce pilier permet d'être respectueux envers soi-même et d'écouter ses besoins.
- **La vision de soi** correspond au regard que l'on porte sur soi. Ce pilier permet l'auto-évaluation de ses propres qualités et défauts, la conviction d'avoir ou non certaines qualités. Ainsi, l'individu avec ce pilier solide croit en ses capacités et est plus à même de faire face à l'adversité.

- **La confiance en soi** est le pilier qui permet de se « *sentir capable* » de réagir de manière adaptée dans certaines situations. La confiance en soi s’observe lorsque l’individu fait face à de nouvelles situations qui peuvent générer de la pression.

En résumé, l’estime de soi est la valeur qu’une personne s’accorde à travers ses expériences, et est alimentée par le sentiment d’être aimé (valeur accordée par l’entourage) par le biais du regard de l’autre, mais aussi par le sentiment d’être compétent dans les actions ou projets que celle-ci entreprend. C’est pourquoi la différence entre estime de soi et sentiment d’efficacité personnelle (aussi appelé sentiment de compétence) n’est parfois pas très claire selon les auteurs. Le sentiment d’efficacité est défini par Bandura comme étant « *la conviction qu’a un individu de sa compétence à réaliser une tâche ou une action dans un contexte donné, associée à un sentiment que les actions réalisées produiront les résultats espérés* » (Wallart, Hautekèete, & Urso Baiardo, 2013). Ce sentiment est donc une composante de l’estime de soi, si celui-ci est positif, l’individu se sent « capable » dans une action, et possède une estime de soi efficace. Nous retrouvons l’estime de soi et le sentiment d’efficacité dans la composante causalité personnelle de l’Être.

2.3.2 *L’estime de soi et le sentiment d’efficacité : prévention dans la rechute*

Le psychiatre C. André explique qu’une baisse de l’estime de soi peut engendrer un trouble de l’usage de substances pour trois raisons :

- La consommation chronique permet de « *s’échapper de la vision critique que nous avons de nous-même* », oubliant ainsi le sentiment d’échec. Zeigler-Hill et son équipe précisent dans leur étude que cela permet de se sentir mieux dans sa peau et fuir les émotions négatives (Zeigler-Hill, Dahlen, & Madson, 2017).
- La difficulté d’agir pousse encore plus à la consommation car elle aide le « *passage à l’acte* », désinhibant le fait de trop réfléchir avant de passer à l’action.
- L’estime de soi se construisant sous le regard d’autrui, l’influence sociale favorise une consommation pour se sentir pleinement intégré.

Pareillement, le comportement addictif altère lui aussi l’estime de soi, amenant à la personne un sentiment de honte, de rejet dû aux conséquences engendrées (André & Lelord, 2008). La faible estime de soi est un facteur de maintien du comportement addictif.

Pourtant, « *l’estime de soi est liée à la volition, à la performance, à la satisfaction au travail, à la stabilité émotionnelle, à la gestion efficace du stress et des conflits et enfin au bonheur* » (Doré, 2017). L’estime de soi est considérée comme un aspect important de bien-être et de santé humaine, puisque celle-ci influence la perception de la personne. Dévalorisation et découragement sont des conséquences d’une estime de soi négative. De plus, une faible estime de soi ne permet pas de rentrer

dans un processus volitionnel et de changement de comportement, qui sont pourtant des principes clés dans le traitement du comportement addictif (Dufayet, Petit, Claudon, & Lejoyeux, 2014). En effet, l'estime de soi joue un rôle dans les étapes clés du changement, représentées avec le modèle de Prochaska, DiClemente (**annexe V**) : **pour prendre conscience** des problèmes engendrés par le comportement addictif (pré-contemplation), **pour s'engager** dans le traitement (contemplation), **pour développer** des stratégies pour faire face aux situations à risque (détermination), **pour maintenir** le changement de comportements (action et maintenance) dans le quotidien malgré **l'adversité** (chute et rechute) (Clivaz, 2018). Par ailleurs, dans une étude récente que mentionne l'article de G. Wallart, l'efficacité du sentiment de compétence a été démontrée dans la rémission : « *ce sentiment peut jouer un rôle dans le processus de rechute* » ainsi que dans sa prévention (Wallart, Hautekèete, & Urso Baiardo, 2013). Le modèle de prévention de la rechute de G. Marlatt et J. Gordon présente la gestion efficace d'une situation à risque : elle participe à l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, et, ainsi, à réduire le risque de rechute. L'estime de soi, modérant ce sentiment d'efficacité, se place comme un élément central dans la prévention de la rechute (Clivaz, 2018).

2.3.3 *Estime de soi, composante de l'engagement occupationnel*

Les différents auteurs s'accordent sur l'importance de l'estime de soi dans l'engagement occupationnel. En effet, l'un des principaux rôles de l'estime de soi, hormis de favoriser le bien-être et la stabilité émotionnelle, est d'apporter « *la capacité à s'engager dans l'action et dans des conduites* », quels que soient les bénéfices de cette action (André, 2005). Le psychiatre André, a schématisé « *les boucles de la basse estime de soi* » (**annexe VI**) expliquant qu'une basse estime de soi engendre des « *actions rares* », et même si celles-ci se résultent par une réussite, l'individu doute et l'estime de soi reste inchangée. De même que lorsque l'individu est confronté à un échec, il aura tendance à se dévaloriser en attribuant des raisons internes (« *c'est ma faute* »), diminuant l'estime de soi déjà faible. Ces deux cercles vicieux montrent que l'individu renonce plus vite face à l'adversité, se montre hésitant à agir et à poursuivre des conduites bénéfiques pour sa santé (André & Lelord, 2008). Un des principaux enjeux est d'arrêter l'alimentation de ce cercle vicieux par la proposition d'expériences occupationnelles dans un cadre thérapeutique.

Dans d'autres termes, la causalité personnelle qui comprend le concept de l'estime de soi (sentiment d'efficacité notamment) fait partie intégrante de la volition, nécessaire dans l'engagement occupationnel. **Une amélioration de l'estime de soi est un des facteurs permettant à un individu de s'engager à nouveau dans ses activités.** D'autant plus que dans la science de l'occupation, l'occupation est « *le matériau qui constitue la vie de tous les jours* » ; ainsi, un bon équilibre occupationnel permet bien-être et santé (Townsend & Polatajko, 2013). **L'ergothérapeute s'inscrit dans cette science, mais qu'en est-il de son intervention en addictologie ?**

3. L'ergothérapie et l'activité théâtre

3.1 Le rôle de l'ergothérapeute en addictologie

3.1.1 Définition

L'Ergothérapeute est un professionnel du domaine paramédical. « Ergo » vient du grec « ergon » relatif au travail et aux activités. Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute maintient, restaure et permet « les *activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » dans le but de prévenir, réduire ou supprimer « *les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2021). Townsend et Polatajko précise les missions de l'ergothérapeute en définissant l'ergothérapie comme : « *l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être...* » (Townsend & Polatajko, 2013). Par ce fait, la science de l'occupation dans laquelle s'inscrit l'intervention de l'ergothérapeute fait un lien entre l'activité humaine et la santé des individus : les êtres humains agissent et s'engagent dans des activités permettant une construction identitaire personnelle et sociale et garantissant un équilibre dans les différentes sphères de la vie. Afin d'atteindre ses objectifs, l'ergothérapeute « *met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale* » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Pour résumer, l'ergothérapeute est le professionnel de l'activité : celle-ci se place comme objectif thérapeutique mais aussi comme moyen d'intervention.

3.1.2 L'accompagnement en addictologie

Il existe peu d'études sur le rôle de l'ergothérapeute en addictologie. Malgré le fait que celui-ci soit présent dans différentes structures traitant des troubles de l'usage de substances depuis plus d'un demi-siècle, sa pratique centrée sur cette population n'est pas assez développée (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, & Huertas-Hoyas, 2017). Toutefois, il est possible de comprendre l'importance de son intervention. Les principaux objectifs en addictologie sont de favoriser la motivation au changement de comportement et de consolider ce changement en transférant les acquis dans la vie quotidienne. Ainsi, l'ergothérapeute peut adapter son intervention en fonction du stade dans lequel se trouve le patient, dans une finalité d'une construction d'une identité occupationnelle ainsi que d'un équilibre occupationnel. Différentes méthodes, comme l'entretien motivationnel ou encore la thérapie-cognitivo-comportementale, sont utilisées afin d'y parvenir. Toutefois, ces outils peuvent être utilisés par différents professionnels de santé. La pratique de l'ergothérapie en santé mentale se fonde aussi

sur des notions de psychothérapie et psychologie (Launois, 2018), mais dans l'article de Wasmuth et al, ces derniers s'interrogent sur la spécificité de l'ergothérapeute dans l'accompagnement en addictologie.

Tout d'abord, certains auteurs considèrent l'addiction comme une occupation de la personne. En effet, dans le cas des troubles de l'usage de substance, le ou les produits consommés deviennent centraux, les activités tournent autour de la recherche et de la consommation du produit, ce qui amène l'individu à créer des habitudes en lien avec son addiction. Par ailleurs, certains estiment que leur addiction est un élément contribuant dans leur construction identitaire. Wasmuth et al ont conclu dans leur étude qu'en observant l'addiction comme une occupation, l'ergothérapeute pourrait identifier les occupations captivantes et significatives qui leur permettrait de « *se perdre dans l'activité* » afin de créer un sentiment d'appartenance, d'avoir un sentiment de sécurité et de faciliter le développement du sentiment de maîtrise de soi ainsi que d'efficacité personnelle. De plus, Gutman (cité par Wasmuth) suggère que, par son approche centrée sur le patient et son environnement, l'ergothérapeute peut proposer une intervention écologique, utilisant des activités réelles et significatives dans un environnement naturel. Cela faciliterait le transfert d'acquis et rendrait l'accompagnement plus efficace (Wasmuth & Cabtree, 2014). Pour finir, comme expliqué auparavant, les individus ayant un trouble de l'usage de substance ont une perte des activités ; dans l'étude de Hoxmark et al, cette diminution est corrélée avec des effets négatifs sur la perception du bien-être. L'ergothérapeute, professionnel de l'activité, participe à l'engagement dans d'autres occupations que la consommation (Hoxmark, Wynn, & Wynn, 2012).

Au vu de la complexité du comportement addictif, l'accompagnement doit se faire en pluridisciplinarité. De plus, se chargeant des occupations, éléments essentiels pour le bien-être, l'ergothérapeute apporte une complémentarité dans les actions qu'il peut mettre en place.

L'ergothérapeute utilise les activités ou différentes médiations, outils complémentaires visant, dans le cas des activités, la recherche d'un changement extérieur, dans le « *faire* » ; tandis que la médiation s'inscrit dans une démarche de favoriser l'expression, afin d'opérer un changement interne, dans « *l'être* ». Launois préfère parler « *d'expériences signifiantes* » car cela se centre davantage sur la personne, sur ses objectifs, ses intérêts et les effets de l'activité sur celle-ci (Launois, 2018). Le théâtre fait partie des activités ou médiations que l'ergothérapeute peut utiliser. Nous allons découvrir comment dans le « *faire* » nous pouvons tenter d'apporter des transformations dans « *l'être* », à travers le théâtre.

3.2 Les caractéristiques de l'activité théâtre

3.2.1 Qu'est-ce que le jeu théâtre ?

Le théâtre vient du grec *theatron* signifiant « lieu où l'on regarde ». Ainsi, le terme « théâtre » fait surtout référence au lieu de représentation. Par ailleurs, dans les définitions présentées par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la première définition renvoie aux édifices dans l'antiquité destinées pour la présentation de spectacles, tandis que la deuxième désigne le théâtre comme l'« *art dont le but est de produire des représentations devant un public, de donner à voir, à entendre une suite d'événements, d'actions, par le biais d'acteurs qui se déplacent sur la scène et qui utilisent ou peuvent utiliser le discours, l'expression corporelle, la musique* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s.d.). L'idée de la présentation devant un public est toujours présente, mais s'ajoute la notion d'expression de plusieurs personnes à travers le jeu théâtral.

Intéressons-nous maintenant aux différentes définitions du « jeu ». Généralement, elles font référence à « *une activité divertissante, soumise ou non à des règles* ». Le sociologue Roger Caillois a défini les caractéristiques du jeu : une activité libre et volontaire (sans obligation de participation afin de garder le caractère ludique), séparée (limitée dans un espace et un temps fixés), incertaine (dont la créativité des participants participe à l'incertitude du résultat du jeu), improductive (dont le but n'est pas de créer de la richesse), réglée (soumise à des règles différentes de l'ordinaire), fictive (dans une réalité seconde à la vie quotidienne) (Caillois, 1991). Certains aspects du jeu par Roger Caillois sont intéressants car ils peuvent s'apparenter à des notions importantes de l'ergothérapie, tels que le cadre thérapeutique et l'espace potentiel de Winnicott. Ainsi, grâce au jeu, le patient est soumis à des règles dans un espace physique et de temps bien définis, afin de rentrer dans une réalité différente de la vie quotidienne, dans laquelle il pourra effectuer un processus de transformation poussée par la créativité.

Dans le domaine du théâtre, le verbe « jouer » est central dans la pratique. Il est employé dans les expressions « jouer un rôle », « jouer une scène » ou encore, nous parlons couramment du « jeu » d'un acteur. La personne qui joue au théâtre prend la peau d'un personnage. Elle emploie ses ressources individuelles dans la construction de ce personnage en fonction du cadre théâtral et des interactions avec les autres participants (Fleury, H.Marazzani, & Saucier, Le jeu théâtral comme médium thérapeutique en réadaptation psychosociale : le point de vue des participants, 2004).

Pour finir, la notion de jeu est intéressante dans le cas d'une personne présentant un trouble de l'usage du produit, car un des objectifs thérapeutiques est le recouvrement du plaisir dans les activités : « *s'épanouir dans le plaisir* ». Le jeu, et dans le cadre de ce mémoire le jeu théâtral, semble être un outil approprié dans la visée de cet objectif. En effet, « *l'expression artistique pratiquée en groupe*

entraîne le plaisir du jeu » (Redlus, 2001). Dans la suite de cet écrit, le terme « théâtre » se ciblant sur l'idée d'une finalité en représentation auprès d'un public, je me centrerai sur le « jeu théâtral » afin d'en aborder les notions importantes, tels que l'espace intermédiaire créé par cette activité, le groupe, plus particulièrement les relations de communication qui en découlent et le développement personnel. En effet, dans le jeu théâtral, la finalité réside dans les bénéfices qui sont apportés pour le travail psychique du patient. Néanmoins, le regard du public est toujours présent étant donné que le patient portera la casquette d'acteur mais également de spectateur pour le reste du groupe.

3.2.2 *Les différentes techniques du jeu théâtral*

Le jeu théâtral regroupe l'ensemble des caractéristiques qui permettent à un groupe d'individu l'expression corporelle et mentale. Il désigne l'ensemble de techniques et d'exercices que l'ergothérapeute peut proposer dans l'activité théâtre :

- Les jeux dit « d'échauffement » : sont utilisés pour la plupart, afin de débiter la séance et d'initier des nouveaux participants à la découverte de la mise en jeu. Ils permettent de dynamiser le groupe en le stimulant énergiquement. Corps et esprit sont mobilisés, grâce à une variété de jeux et de consignes utilisés dans la formation des acteurs: des travaux de voix, de posture, de déplacements dans l'espace, de l'écoute de l'autre ainsi que d'expression des émotions peuvent être abordés. Cette diversité offre au patient l'exploration de sa personnalité contribuant à une connaissance de soi (Alix & Renard, 2014).
- L'improvisation : est active car les participants construisent ensemble étape, par étape une histoire et des personnages « *avec comme seuls matériaux leur corps, leurs émotions et leurs imaginaires* ». Le groupe se voit mobiliser des capacités mnésiques et de concentration afin d'exécuter un travail de spontanéité. Un des avantages de l'improvisation est la progressivité que l'ergothérapeute peut mettre en place dans le but d'adapter les séances en fonction des patients et de leur évolution au sein de l'activité. Les improvisations peuvent être plus ou moins cadrées donnant de la liberté lorsque c'est nécessaire mais restant tout de même contenant lorsque l'accès à l'imaginaire est compliqué. L'exercice d'improvisation demande aux participants une flexibilité entre d'une part « *assumer ses positions* », participant à l'affirmation de soi, et d'autre part accepter puis composer avec les propositions d'autrui, faisant appel à la gestion de la frustration (Pire, 2005).
- Les jeux de rôles : font appel à l'improvisation mais dans des conditions plus précises car ils sont définis comme « *la mise en scène d'une situation problématique impliquant des personnages ayant un rôle donné, sous le contrôle d'un animateur* » par Alex Mucchielli (Mucchielli, 1983). Collectivement, les participants sont amenés à trouver des solutions en incarnant un personnage bien défini pour guider de manière cohérente le scénario du jeu de

rôle mais y improvisent les interactions entre eux. Cette technique est très utilisée dans le domaine de l'éducation car elle entraîne à l'adaptation à certaines situations. Par conséquent, le jeu de rôle favorise l'acquisition de modèles comportementaux préétablis permettant une réinsertion sociale. La gestion d'une problématique, de manière collective, permet l'établissement des liens entre les participants et la gestion des émotions : une situation, s'avérant stressante peut être surmontée de manière plus efficace en groupe et dans ce cadre fictif (Obin, 1980)

- Les scènes de pièces de théâtre à texte : consistent à la mise en scène de certaines pièces de théâtre existantes. La liberté des patients-acteurs réside dans l'expression et la mise en jeu d'un personnage. De plus, par son aspect ludique, ce jeu théâtral favorise la mise en relation avec l'autre et la socialisation, rendant plus supportable le regard d'autrui (Attagui, 2010).

Il est rare de trouver une seule forme de jeu théâtral au sein d'une séance d'atelier théâtre. Les techniques peuvent être complémentaires et permettent d'adapter les séances en fonction des objectifs thérapeutiques. Les caractéristiques que nous allons présenter s'intéressent à toutes les formes de jeu théâtral.

3.2.1 *Les caractéristiques du jeu théâtral*

L'espace intermédiaire et le cadre :

« *Le jeu a une place et un temps propres* » décrit le psychanalyste D-W Winnicott. Ce jeu se situe dans un espace-temps qu'il nomme « espace intermédiaire » ou « espace potentiel », ni « au-dedans » ni « en-dehors » dans lequel le patient peut expérimenter et se développer en sécurité (Winnicott, 2002). Cet espace potentiel est opposé au monde interne de la personne et à la réalité de l'extérieure : « *dans cet espace intermédiaire, la personne explore son lien avec son espace intérieur, son intimité psychique et fait un lien entre ses objets externes et ses objets internes* » (Launois, 2018). Les ergothérapeutes appliquent cette notion dans les activités thérapeutiques qu'ils proposent et apportent une réflexion autour de cet espace afin de le rendre contenant et bienveillant pour optimiser l'expérience que peut offrir l'activité. Certaines règles et décisions doivent être mises en place afin de répondre aux besoins de sécurité, de soutien et de contenance du patient, c'est ce que nous pouvons appeler le cadre thérapeutique. L'ergothérapeute, M. Ménard, développe le processus de pensée pour « *fabriquer le cadre thérapeutique* » et apporte un guide de réflexion pour concevoir un cadre adapté. Plusieurs paramètres doivent être pris en compte : la forme de la prise en charge, les règles données dans le cadre de l'activité, les raisons de la participation à celle-ci, etc... (Ménard, 2007). L'ergothérapeute module selon ces paramètres en fonction des patients pour qu'ils puissent pleinement « *agir* », « *faire* » et « *créer* » (Launois, 2018).

Winnicott précise que cet espace « *subsistera [...] dans le monde de l'expérimentation interne qui caractérise les Arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique créatif* » (Winnicott, 2002).

En effet lorsque nous effectuons des recherches du côté de l'Art et notamment du théâtre, nous retrouvons aussi l'importance d'un espace. A. Boal, créateur du Théâtre de l'opprimé, développe que pour qu'il y ait « *théâtralité* » il faut la création d'un « *espace esthétique* ». Cet espace est constitué de dimensions objectives (matérielle ou immatérielle) ayant pour fonction de créer une séparation entre l'espace des acteurs et celui des spectateurs, et de dimensions subjectives (affectives et oniriques) provenant de la mémoire et de l'imagination de chaque sujet. La mémoire joue un rôle dans l'éveil des émotions : elles prennent des formes différentes selon la sensibilité, l'histoire de vie des individus ainsi pour une situation identique, les significations perçues sont différentes d'un individu à l'autre. Quant à l'aspect onirique de cet espace esthétique, l'acteur rentre dans un rêve dans lequel « tout devient possible ». A travers ses projections, il peut imaginer ce qu'il peut devenir. A. Boal explique qu'il n'y a pas besoin de spectateur pour que cet espace existe, il suffit que les participants aient conscience de son existence : « *le théâtre existe dans la subjectivité de ceux qui la pratiquent au moment où ils la pratiquent* » (Boal, 2002).

Le développement personnel :

« *C'est en jouant et seulement en jouant que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi.* » (Winnicott, 2002). Winnicott présente l'idée que la créativité est une attitude qui donne à tout individu « *le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue* » et ainsi vivre sa propre créativité est signe d'une bonne santé. Au sens large, cette attitude est utilisée tous les jours pour se construire et se développer. Le théâtre est un espace de créativité, dont l'individu dans un état de déplaisir pourra rétablir son équilibre de vie, retrouver ses facultés de jouer et ainsi regagner confiance en soi (Ménard, 2007). En effet, en sollicitant les capacités de rêver et d'imaginer, le patient pourra mesurer ses intérêts, ses valeurs et ses habiletés dans l'action. L'avantage de ce contexte ludique est la forme qu'il prend pour permettre un développement de la personnalité. Le Moi peut se construire de manière sécuritaire grâce à une mise à distance des conflits internes qui est favorisée par la mise en jeu d'un personnage. L'acteur crée son personnage à partir de sa propre personnalité. De plus, cette mise en jeu permet aux patients de devenir acteur de l'histoire de son personnage avant de pouvoir devenir acteur de sa propre vie. L'essence même du jeu théâtral est le miroir imaginaire qu'il crée permettant aux acteurs, et dans le cas d'une thérapie au patient s'auto-observer dans l'Agir. A.Boal explique que dans ce processus produit un être en triade: « un moi observateur, un moi en situation et un moi possible ». Par cette auto-observation en se regardant, le patient « *comprend ce qu'il est, découvre ce qu'il n'est pas et imagine ce qu'il peut devenir* », ce qui permet l'acquisition d'une meilleure connaissance de soi.

Le groupe : le regard de l'Autre, la communication

L'auto-observation n'est pas le seul point central du théâtre. Se pose aussi le regard de l'Autre sur soi. Dans un groupe théâtre, l'acteur devient spectateur des autres et crée alors des « *mouvements de vu/être vu* » (Guénoun, 2016). Cette mise en vulnérabilité face à l'autre est appréhendée par les participants. C'est pourquoi s'élabore une solidarité grâce à des règles de respect, d'écoute et de bienveillance.

Les acteurs communiquent entre eux par le biais de leur personnage lorsqu'ils sont sur « scène », une communication verbale mais aussi des échanges non verbaux grâce au travail corporel que cette activité demande. Mais aussi, lorsqu'ils ne sont plus dans l'espace de création, ils partagent et expriment librement leurs sentiments.

Les personnes ayant un trouble de l'usage de substance sont souvent des êtres isolés qui ont des difficultés dans l'expression de soi. En conséquence, ce nouveau regard positif de l'Autre favorise l'individu à une meilleure image de soi. En effet, l'estime de soi possède une dimension social, « la reconnaissance de l'Autre » est essentiel pour s'aimer et s'affirmer (Vandavelbe & Morhain, 2012).

3.3 Le théâtre en ergothérapie

Le champ d'intervention de l'ergothérapeute, défini selon l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, est divisé en dix compétences. Parmi elles, la compétence 3 qui consiste à « *mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010) justifie l'utilisation du jeu théâtral dans une activité à des fins thérapeutiques. Le théâtre peut être utilisé par différents professionnels, mais l'observation des patients ainsi que les objectifs fixés préalablement ne seront pas les mêmes.

L'ergothérapeute détient une vision différente de l'exploitation du potentiel thérapeutique de l'activité théâtre. Doris Pierce est l'ergothérapeute ayant développé ce concept. L'ergothérapeute doit prendre en compte trois aspects du concept lorsqu'il met en place une activité pour qu'elle soit thérapeutique : la dimension subjective qui correspond à l'expérience que l'individu vit avec l'activité (le plaisir, la productivité et le ressourcement), la dimension contextuelle qui désigne le cadre de l'activité (physique, spatio-temporel) et la pertinence pour atteindre les objectifs thérapeutiques (processus mis en place) (Morel-Bracq, 2011). Par son approche, l'ergothérapeute réfléchit à l'ensemble des éléments mis en jeu lorsque l'on propose une activité et ainsi prend en compte la globalité du patient – ses intérêts au niveau de l'occupation, l'environnement le plus propice à son développement et ses particularités constituant son Être. Par ailleurs, les préoccupations de l'ergothérapeute vont au-delà du cadre crée par le théâtre. En effet, dans l'espace sécurisé qu'offre

l'activité théâtre, les patients se transforment, agissent et prennent conscience de leurs capacités mais l'ergothérapeute vise à une transposition des manifestations comportementales vers l'extérieur, vers le milieu écologique du patient. Au sein de l'activité théâtre, l'ergothérapeute prend une place de contenant et garant du cadre. De par sa présence et ses paroles, il favorise la construction identitaire des patients : « *c'est la parole de l'Autre qui ouvre la voie au travail de constitution du Sujet* » (Vandavelbe & Morhain, 2012). Les temps de « débriefings » sont importants car ils « *exercent à la métacognition : la communication sur la communication* » (Pire, 2005) participant à une meilleure connaissance de soi. De plus, c'est lors de ces échanges que le patient se voit au travers du regard de l'Autre.

Retour sur la problématique

Pour résumer, le trouble de l'usage de substances psychoactives s'installe progressivement. L'impact neurologique est un fait marquant dans le changement de comportement de l'individu car celui-ci engendre une perte de motivation. La réalisation des activités de la vie quotidienne devient alors difficile et l'individu voit sa santé se dégrader. Les professionnels médico-sociaux interviennent dans l'objectif de rétablir une motivation à changer de comportement afin de réduire les répercussions de la consommation. L'ergothérapeute, lui, intervient dans le but de rétablir un équilibre occupationnel. Le théâtre est l'un des moyens thérapeutiques dont l'ergothérapeute dispose pour y parvenir. Cependant, malgré l'utilisation de cette activité et la reconnaissance de ses bienfaits, peu d'études démontrent l'efficacité auprès de la population présentant des addictions. L'engagement occupationnel étant un enjeu majeur c'est pour cela que la question de recherche est la suivante : **En quoi l'activité théâtre en ergothérapie participe-t-elle à l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives ?**

Le théâtre dans le cadre thérapeutique est un espace propice à l'expérience occupationnelle afin de développer une identité et des compétences occupationnelles. Au vu des bénéfices de l'activité théâtre j'ai formulé l'hypothèse suivante : **Le jeu théâtral favorise une meilleure estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives.**

L'estime de soi est un élément important dans les conduites addictives. Il joue un rôle direct dans le processus volitionnel et l'engagement occupationnel. Facteur de vulnérabilité, il alimente aussi la conduite addictive lorsque celle-ci est installée. Afin de retrouver la volition et l'engagement, il semble important d'améliorer la perception que l'individu pose sur lui-même. A travers la théorie, le jeu théâtral serait un moyen de favoriser une meilleure estime de soi. Par conséquent, il pourrait, grâce à cette amélioration, permettre à l'individu de s'engager à nouveau dans ses occupations. Cependant, cette hypothèse est émise grâce à des données théoriques. Une enquête doit être réalisée afin de la vérifier au niveau de la pratique.

CADRE EXPÉRIMENTAL

1. Rappel du cadre théorique

La problématique est : En quoi l'activité théâtre en ergothérapie participe-t-elle à l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives ?

Pour répondre à cette question, l'hypothèse suivante a été émise :

Le jeu théâtral favorise une meilleure estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives

Dans le but de répondre à cette problématique, une enquête sur le terrain a été réalisée. Dans un premier temps, la méthodologie de cette enquête sera expliquée. Ensuite, dans une deuxième partie, les résultats seront présentés et analysés. Pour finir, une discussion autour de ces résultats sera effectuée en lien avec la littérature.

2. Méthodologie de l'enquête

2.1 Objectifs

Ces objectifs ont été élaborés afin de vérifier l'hypothèse et ainsi pouvoir l'affirmer ou l'infirmer.

1) Identifier les objectifs des ergothérapeutes utilisant le jeu théâtral ainsi que les limites de ce moyen thérapeutique en addictologie

Critères d'évaluation : à travers le récit de l'ergothérapeute, énumération ou liste non exhaustive d'objectifs thérapeutiques dont certains sont liés à l'estime de soi, identification des connaissances du jeu théâtral et de son efficacité auprès des patients.

2) Déterminer la manière d'évaluation et de prise en compte de l'estime de soi des patients par l'ergothérapeute dans l'activité théâtre

Critères d'évaluation : à travers le récit de l'ergothérapeute, présence des concepts de l'estime de soi (les trois piliers de l'estime de soi, le sentiment d'efficacité) et repérage des effets positifs du jeu théâtral sur celui-ci.

3) Analyser l'évolution de l'estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances depuis leurs participations à du jeu théâtral en ergothérapie

Critères d'évaluation : à travers le récit du patient, repérage de liens qu'il établit entre sa perception de lui-même (estime de soi, sentiment d'efficacité) et son expérience dans l'activité théâtre. Et à travers le récit de l'ergothérapeute, repérage d'une évolution positive de l'estime de soi des patients après expérimentation du jeu théâtral.

4) Déterminer l'impact de l'activité théâtre dans l'engagement occupationnel des patients présentant un trouble de l'usage de substances

Critères d'évaluation : Lien de corrélation avec un impact positif du jeu théâtral sur l'estime de soi

2.2 Populations

Dans le cadre de cette enquête, je m'intéresse à deux populations différentes, celle des ergothérapeutes et celle des patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives. L'estime de soi, est par définition, une évaluation subjective de la personne, et il semble important de récolter les propos du vécu et de l'état d'être d'une personne concernée : le patient dans un service d'addictologie et suivi en ergothérapie. Cependant, avec la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui sévit actuellement, les milieux sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'avec le peu d'ergothérapeute exerçant en addictologie, il est difficile de rentrer en contact avec les patients. De plus, de par mon expérience grâce à un stage dans un service d'addictologie, j'ai conscience qu'il peut être difficile pour un patient de se livrer sur son estime de soi, concept qui se construit selon les expériences de vie. Un biais de réponse, dû à une ponctuelle rencontre abordant cette notion qui fait référence à des éléments intimes, peut être présent. C'est pourquoi, la principale population interrogée est celle des ergothérapeutes exerçant dans différents services de cure et de post-cure de secteurs II (hôpital de jour, service de soins de suite et de réadaptation addictologie, unités de soins en addictologie) (Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008) afin de récolter des informations sur leur expérience de l'activité théâtre.

Tableau 1 : Description de la population enquêtée

Populations	Critères d'inclusions	Critères d'exclusions
Ergothérapeute	Exerçant ou ayant une expérience de plus d'un an en addictologie prenant en charge des patients avec un trouble de l'usage de produit. Pratiquant ou ayant pratiqué l'activité théâtre auprès de ce public-là au moins durant un an.	Exerçant dans un service d'addictologie où les patients ne restent pas plus de 15 jours.
Patients	Adultes (entre 20-60 ans car l'âge moyen des personnes hospitalisé en SSR-A est de 46,60 ans (Ministère des solidarités et de la santé , 2020)). Ayant eu recours à des séances de théâtre en ergothérapie	Présentant une comorbidité de troubles psychotiques (schizophrénie, délires chroniques...) afin de ne pas avoir de biais sur le concept de conscience et d'estime de soi. Ayant une maîtrise de la langue française ne permettant pas de pouvoir répondre aux questions.

Par contrainte de temps et de moyens, l'échantillon interrogé est non représentatif au vu du nombre de personnes interrogées, mais il correspond aux caractéristiques recherchées (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). La constitution de l'échantillon a été réalisée grâce à une liste sur le site drogue-info-services. Il est possible de réaliser une recherche avancée avec différents critères permettant de trouver les structures correspondantes à notre étude : type de structures, professionnels présents,

objectifs de la structure, localisation des structures selon les départements et régions. Dans un premier temps, un mail a été envoyé à 40 centres présents en Île-de-France et un seul ergothérapeute pratiquant l'activité théâtre m'a répondu. Par la suite, les recherches se sont élargies au reste de la France et des contacts ont été pris sur les réseaux sociaux. 112 mails ont été envoyés, une relance a été réalisée au bout de 15 jours. Trois ergothérapeutes ont participé à l'enquête. Le questionnaire des patients a été transmis aux ergothérapeutes.

2.3 Choix des outils d'enquête

La démarche méthodologique choisie est la recherche qualitative. Cette recherche interroge « *la façon dont les personnes interprètent ce qui arrive et donnent du sens à leurs paroles ou leurs réalisations* » (Tétréault & Guillez, 2014) et s'utilise lorsque la question de recherche vise à comprendre, décrire un phénomène ou encore à évaluer qualitativement une méthode. Mes objectifs d'enquête sont en adéquation avec ce type de recherche, que cela soit avec les patients ou avec les ergothérapeutes, la visée de mon enquête est basée sur des critères d'évaluation qualitative et l'appréciation subjective des personnes interrogées.

C'est pourquoi l'outil de **l'entretien** est celui qui a été choisi car il répond aux besoins de l'enquête. S. Tétréault définit l'entretien comme « *une méthode qui donne accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie* » (Tétréault & Guillez, 2014). La personne interviewée possède une place au premier plan car elle peut donner son point de vue, sa logique et sa rationalité sur des situations. L'outil s'inscrit donc dans une démarche compréhensive en privilégiant la description d'un processus, pour saisir le sens, (pouvant être complexe) afin d'en apprendre davantage sur ce phénomène (Imbert, 2010). Blanchet et Gotman précisent que l'enquête par entretien est « *particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être témoins actifs* » (Blanchet & Gotman, 2007). Une autre dimension intéressante de l'entretien est « *l'échange* » qu'il suscite, il ne s'agit pas simplement de poser des questions, mais qu'un véritable dialogue s'installe. La communication non verbale, dans cet outil peut être aussi source d'informations (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Contrairement à l'utilisation de questionnaires ou d'observations, l'entretien autorise donc le récit de vie à travers des expériences vécues, et par conséquent, est le plus à même de me permettre de comprendre l'impact de l'activité théâtre auprès des personnes présentant un trouble de l'usage de substances. Il existe différents types d'entretiens : directifs, semi-directifs et libres. **L'entretien semi-directif est celui qui a été choisi.** Le discours est orienté selon un ordre logique de thématiques avec des questions repères qui permettent d'orienter l'interview. L'enquêteur interfère de manière modérée et peut réagir en ajoutant des questions selon la réactivité de la personne

interrogée. Le but est donc de laisser une certaine liberté dans l'expression des ergothérapeutes et des patients que je vais interroger (Imbert, 2010). Le récit d'expériences sera donc dirigé mais il y aura une liberté suffisante afin de rebondir sur des thèmes auxquels nous n'aurions pas pensé.

Afin d'éviter tout biais, il est important d'établir un cadre d'entretien : définir un lieu et une heure précis, trouver une juste distance sociale afin de mettre à l'aise la personne interviewée mais aussi rester professionnel. Pour cela, avant chaque entretien, après vérification de certains critères d'inclusions, j'ai présenté le sujet de recherche et nous avons défini les modalités d'entretien. En raison de la crise sanitaire liée à la COVID-19, il n'était pas toujours évident d'effectuer les entretiens en présentiels. C'est pour cela que deux se sont déroulés en visio-conférence tandis qu'un seul a pu se réaliser en présentiel dans le respect des gestes barrières. Ni la problématique ni l'hypothèse n'ont été énoncées afin que cela n'interfère pas dans le discours de la personne interviewée.

Un guide d'entretien pour les ergothérapeutes a été élaboré (**annexes VIII**) et est divisé en plusieurs thèmes. Dans un premier temps, les questions permettent un état des lieux sociodémographique afin de mieux connaître le parcours du professionnel et de valider les critères d'inclusions. Ensuite, les interrogations se centrent sur l'activité théâtre afin de dégager les objectifs thérapeutiques. Puis, vient le thème abordant l'estime de soi. Cela permet de comprendre la prise en compte de ce concept dans leur pratique. Pour finir, les questions permettent de faire un lien entre le jeu théâtral et l'estime de soi afin de déterminer leur relation. La dernière question n'appartient pas à un thème en particulier, elle sert d'ouverture sur des sujets qui semblent importants pour la personne interrogée.

Les questions sont centrées sur l'estime de soi et le jeu théâtral afin de déterminer l'amélioration de celle-ci dans la vie quotidienne et d'établir un lien de cause à effet entre cette amélioration et le jeu théâtral. Il a été choisi de faire par la suite, le lien avec **l'engagement occupationnel dans l'analyse et la partie discussion**. En effet, l'estime de soi étant une composante nécessaire pour qu'il y ait de l'engagement occupationnel, connaître l'effet du jeu théâtral sur celle-ci, permettant d'affirmer ou d'infirmier l'hypothèse, conduit alors à avoir des résultats sur l'engagement occupationnel. Toutefois, les questions de l'entretien permettent d'identifier l'amélioration dans le quotidien et par conséquent de comprendre s'il y a un meilleur engagement occupationnel.

Pour interroger les patients, dans une première étape une grille d'entretien a été élaboré afin de recueillir le vécu des patients à travers l'activité théâtre, d'estimer la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et pour finir d'évaluer l'impact du jeu théâtral sur l'estime de soi. Cependant, en partie à cause des règles sanitaires, les ergothérapeutes interrogés préféraient que ce soit eux qui passent l'entretien. Étant donné qu'ils ne connaissent que partiellement le sujet de recherche, j'ai élaboré dans un second temps un questionnaire afin de faciliter ce recueil de données (**annexe IX**).

2.4 Limites et critiques des outils

L'enquête ne se centre que sur des données qualitatives qui représentent des résultats subjectifs appartenant aux ergothérapeutes interviewés. Malgré l'inclusion d'ergothérapeutes venant d'une grande diversité de structures d'addictologie, les résultats ne peuvent pas être le reflet de la totalité des pratiques des ergothérapeutes. De plus, l'échantillon des trois ergothérapeutes interrogés augmente le biais de représentativité. Ce nombre s'explique par une faible présence d'ergothérapeutes en addictologie, beaucoup de structures n'ont pas d'ergothérapeute dans leurs équipes pluridisciplinaires. Et s'ajoute à cela, les ergothérapeutes travaillant avec les personnes ayant une addiction mais ne pratiquant pas le théâtre. Une autre limite de l'outil est qu'il est difficile d'y évaluer l'engagement occupationnel car celui-ci présente des caractéristiques observables dans le quotidien des patients. Malgré que cela ne soit pas évoqué directement, les expériences des ergothérapeutes pourront toutefois nous éclairer sur cette notion.

Le questionnaire pour recueillir le vécu du patient est le plus adapté face à la situation sanitaire mais aussi car il peut être difficile d'aborder des éléments de sa vie avec une personne pour laquelle aucune alliance de confiance ou thérapeutique n'a été amorcée. Toutefois, le questionnaire ne permet pas la nuance des propos recueillis et la justification des choix de réponses. Ainsi, analyser une réponse en fonction du contexte et de la subjectivité du patient est compliqué. Le questionnaire aide seulement à quantifier l'impact de l'activité théâtre. C'est pourquoi les analyses du questionnaire sont secondaires à l'enquête principale se basant sur l'expérience des ergothérapeutes. Par ailleurs, n'ayant obtenu qu'une seule réponse de questionnaire, les résultats ne peuvent être analysés.

3. Présentation et analyse des résultats

Les résultats des entretiens sont présentés et analysés selon l'ordre des thèmes abordés dans la grille d'entretien.

3.1 Présentation et analyse linéaire des résultats

3.1.1 Présentation de la population interrogée

Tableau 2 : Présentation de la population

Ergothérapeutes	E1	E2	E3
Année obtention du diplôme	2020	1994	2017
Expérience en addictologie	1 an	25 ans	3 ans et demi
Type de structure	Unité de soins	CATTP, unité de soins	Unité de soins
Populations accueillies	TLS, TCA, troubles de l'humeur	TLS, psychoses	TLS
Formation à l'activité théâtre	non	Oui mais pas complète	non

Analyse des résultats : Les trois ergothérapeutes travaillent depuis un an ou plus avec les personnes ayant des TLS (troubles liés aux substances). Les critères d'inclusions sont ainsi respectés. Par ailleurs, les trois ergothérapeutes exercent dans différentes structures (hôpital de jour...) mais il est indiqué dans le tableau que la structure concernée par l'activité théâtre. L'ergothérapeute E2 est la seule parmi les trois à pratiquer le théâtre avec un groupe composé de patients intra et extra hospitaliers. Le groupe théâtre mélange les patients du CATTP et de l'unité de soins. De plus, seul cette ergothérapeute a bénéficié d'un début de formation sur l'aspect thérapeutique de l'activité théâtre tandis que les deux autres ont abordé cette notion dans leur formation initiale d'ergothérapeute.

Tableau 3 : Expérience avec l'activité théâtre

Ergo	Expérience théâtre	Raison de son utilisation
E1	1 an	<p>« Je fais un double travail [...] je fais un travail sur l'introspection, c'est un travail où j'utilise le modèle KAWA une introspection sur ce qu'on a vécu [...] je fais un énorme travail sur l'atelier « mise en jeu sur les émotions » « Donc je vais les mettre en situation pour qu'ils puissent s'exprimer de cette façon » « ...ce qui m'a beaucoup aidé, et de pourquoi j'ai voulu mettre en place l'atelier mise en jeu c'est un professeur que j'ai eu lorsque j'étais étudiant. Je reprends moi-même beaucoup d'exercices que j'ai expérimenté dans le cadre de son cours. »</p>
E2	15 ans	<p>« l'impression de pas aller assez loin et qu'il y avait quelque chose qui me manquait dans ma pratique. » «...Et en parallèle, un truc très personnel, ma fille faisait du théâtre depuis longtemps [...] J'ai fait une rencontre très particulière un metteur en scène-acteur, qui était metteur en scène dans un CAT théâtre [...] c'était des professionnels qui travaillaient dans un milieu protégé [...] nous avons élaboré un projet commun, avec lui, sa femme qui est actrice » « Après j'ai eu la chance [...] de pouvoir accéder à des stages régulièrement...environ une fois toutes les 6 semaines, le week-end...des stages à thèmes. Donc menés par des acteurs, des fois des danseurs...du coup j'allais sur mon temps perso mais c'était pour continuer à me former et pour pouvoir me nourrir de tous ces apports artistiques.</p>
E3	3 ans	<p>« on cherchait une activité qui permettrait aux patients qui verbalisent peu et qui n'écrivent pas de pouvoir s'exprimer quand même, et en ce sens , on a trouvé que le théâtre était plutôt bien, parce que ma collègue connaissait, elle faisait théâtre en dehors de son boulot, et moi j'avais fait du théâtre avec des patients en santé mentale en stage»</p>

Analyse des résultats : L'ensemble des ergothérapeutes ont intégré la pratique du théâtre par le biais d'un événement personnel : expérimentation soi-même, rencontre avec des personnes du milieu du théâtre, pratique du théâtre en tant que loisirs personnels... Deux des ergothérapeutes ont pu étudier l'impact du théâtre dans la pratique ergothérapique et le voir appliqué dans des stages avec d'autres populations de santé mentale. A la différence des deux autres, E2 n'a pas pratiqué le théâtre grâce à sa formation mais elle était à la recherche d'un nouvel outil thérapeutique car les autres dont elle était

munie ne lui satisfaisaient plus. Elle décrit une sorte de « déclic » le fait d'apporter un projet théâtre dans sa structure au moment d'une rencontre avec une troupe d'acteurs professionnels en situation de handicap.

3.1.2 L'activité théâtre

Tableau 4 : L'orientation des patients pour l'activité théâtre

Ergo	E1	E2	E3
Prescriptions	Oui, sans spécificité	Oui, avec parfois spécificité pour théâtre	Oui, sans spécificité
Recrutement	« ...je leur demande de faire les deux séances dans la semaine pendant l'hospitalisation, obligatoirement ils s'engagent à faire de la mise en jeu. [...] après la prescription en ergothérapie et l'échange c'est moi qui décide si je prends le patient ou pas » « je leur explique les ateliers mis en place, je leur explique que chaque séance est différente que c'est une progression »	« c'est un groupe intersectoriel et intra hospitalier. Donc, on travaille aussi en lien avec l'hôpital de jour, avec des gens qui sont sortis ou même qui n'ont pas été hospitalisés mais qui ont soit consulté un psychiatre soit un psychologue »	« les médecins voulaient adresser les patients à l'ergothérapie, ils nous les envoyaient en portes ouvertes des ateliers, nous présentions les activités et nous leur demandons quels objectifs on allait poursuivre, et, on voyait si le théâtre était une activité qui pouvait avoir du sens »
Contre-indications	« s'ils ne veulent pas »	« pas de contre-indications et adapter le groupe à chacun » « on va choisir les moments d'intégration pour pas déranger la dynamique de groupe ».	« n'étant pas sevré, commence les activités après 2 semaines » « On ne prend pas les patients qui ne veulent pas participer »

Analyse des résultats : Seulement E2 a parfois une orientation ciblée en amont du recrutement. Ce sont principalement des professionnels extra hospitaliers qui prescrivent l'activité. Concernant les patients venant de l'intra hospitalier, c'est elle-même qui convient avec eux de leur intégration ou non dans le groupe théâtre. Pour E1, lorsque la personne participe aux ateliers en ergothérapie, elle s'engage à intégrer tous les ateliers tandis que pour E3, ce sont les patients qui choisissent en fonction de leurs objectifs les activités auxquelles ils veulent se joindre. Toutefois, l'ensemble des ergothérapeutes sont en accord sur le fait que la principale contre-indication est un désintéressement et donc une non volonté d'y participer. E2 constitue un groupe plus ou moins fermé car elle précise qu'une autre contre-indication est la dynamique de groupe et ainsi des nouveaux patients n'intègrent pas le groupe à n'importe quel moment. La difficulté de « *se lancer dans l'activité* » est mentionnée par tous les ergothérapeutes durant la question sur les contre-indications. Mais cela est considéré davantage comme une obstacle qu'une contre-indication car tous nuancent les propos, car cet obstacle fait partie du processus thérapeutique pour la majorité des patients. En effet, parvenir à « *lâcher prise* » fait partie des objectifs thérapeutiques et aide dans le sentiment d'efficacité, voire dans le développement de l'estime de soi.

Tableau 5 : Les caractéristiques de l'activité mise en place par les ergothérapeutes

	E1	E2	E3
Cadre spatio-temporel	Groupe semi-ouvert de 6 patients Heure et lieu fixes 1h	Groupe « fermé » 4 à 13 patients Heure et lieu fixes 2h	Groupes ouverts « peuvent être modifié chaque semaine » Heure et lieu fixes 2h
Professionnels présents	1 ergothérapeute (E1 seul)	3 IDE, 2 ergo + 1 fois par mois intervenants extérieurs : metteur en scène, acteurs	2 ergothérapeutes
Temps d'accueil et échauffements	« faire les présentations de chacun et de présenter l'atelier pour les nouveaux » et temps de « méditation » pour « vivre dans l'instant présent et d'être dans un cadre bien précis »	« échauffement corporel [...] au niveau du regard, au niveau de la voix [...] »	« exos qui travaillent les compétences nécessaires à la pratique théâtrale après. Donc des exos de voix, de placement dans l'espace, de connaissance de l'autre... »
Exercices de mises en jeu	Exercices divers de « travail de l'espace, des voix, du corps... » et qui font appel « à la concentration, l'observation et aussi comprendre l'expression et les émotions des autres » « j'utilise l'improvisation vraiment c'est de manière cadrée » dans le cadre de petits jeux « Je fais des petits exercices qui demandent de se mettre à la place d'un personnage »	1→ « un travail de reprise [...] On reprend des exercices, ou des chorégraphies qui ont été faites, pour étoffer et ajouter des propositions. » 2→ « après la pause la proposition d'exercices nouveaux, toujours en lien avec le thème que l'on a abordé avec les comédiens pros et de la construction du projet », « ça va être soit du travail d'élocution, soit ça va être la construction d'un projet de déambulation »	« C'est de la mise en jeu avec soit des thèmes qu'on leur propose, soit on leur propose des contraintes ou des types de perso, et à nous de choisir le thème avec leur groupe » « c'est sur un mode d'improvisation »
Débriefing	« Finalement, le moment important, selon moi, c'est le débriefing. C'est mettre des mots sur les ressentis » « A partir du moment où ils mettent des mots sur les choses, que ce soit positif ou négatif ça leur permet de se libérer » « ils réalisent certaines choses sur eux »	« on se fait notre propre compte rendu, on demande si certains ont des nouvelles propositions à faire. » « On demande par exemple 'dans quels exercices vous vous êtes sentie le mieux ? est-ce que vous savez pourquoi ? ' » « on leur demande leurs ressentis, est-ce qu'il y a des émotions qui sont arrivées, mais ça se dit beaucoup quand on travaille sur des créations de textes »	« on fait le débrief pour savoir comment s'est passé l'activité pour les patients, ou si ce sont des patients qui sont sur le départ, savoir comment l'activité s'est passé de manière globale pour eux » « certaines personnes qui se rendent compte des progrès qu'ils ont fait au moment de ce temps d'échange, soit en verbalisant d'elle-même ce qui s'est passé pendant la séance ou l'ensemble des ateliers soit en écoutant le retour des autres patients »
Durée de participation, règles construction de projet ?	3 semaines/1 mois (hospitalisation cadrée). Obligation de participation quand engagement à un suivi en ergothérapie Pas de construction de projet. Progression de la difficulté des exercices proposés.	De quelques mois à plusieurs années. Fonctionne comme en année scolaire de septembre à juin (avec arrêt de l'activité) Pas d'obligation de participer à tous les exercices Construction d'un projet, continuité dans les séances.	De 3 semaines à plusieurs mois Obligation de participation une fois présent dans la séance Pas de construction de projet. Progression de la difficultés des exercices proposées.

Analyse des résultats : Chaque séance est inscrite dans un cadre bien défini et est structurée de la même manière : temps d'accueil, temps de mise en jeu et un temps d'échanges. Cependant, E1 effectue durant le temps de mises en jeu les exercices qui sont considérés comme des « jeux d'échauffements » (utilisés comme tels chez E2 et E3). Tous utilisent une technique de jeu théâtral différente. Seul E2 intervient avec d'autres professionnels de santé « pour de l'organisation et la logistique » ainsi que des professionnels du théâtre. Par ailleurs l'intervention de ses professionnels servent dans une continuité pour un projet (qui n'a pas forcément de finalité) tandis que le fonctionnement des structures de E1 et E2 ne permettent pas la continuité dans les séances étant donné les temps courts d'hospitalisations.

Tableau 6 : La vision des ergothérapeutes concernant le jeu théâtral

	Définitions du jeu théâtral	Apports thérapeutiques
E1	« le jeu théâtral c'est toutes les formes de jeu qui permettent d'agir et de s'exprimer dans le cadre d'un groupe » « c'est le travail sur les objectifs à travers la socialisation »	Objectifs : « confiance en soi , alliance thérapeutique, valorisation de l'estime de soi, et lâcher prise » « proposer des exercices pour des objectifs individuels dans le cadre d'un groupe. » « on va mettre en jeux différents besoins [...] "qu'est-ce qui en est de moi-même , quels sont mes besoins et, comment je peux gérer mes besoins ?" » « Aide pour observer les autres, leurs émotions, mais gérer le regard de l'autre, gérer la frustration, » « le plus important finalement dans la séance, c'est ensuite le débriefing qu'il y a après expérimentation dans les mises en jeu »
E2	« le jeu théâtral c'est toute l'implication complète de l'être et au niveau psychique et au niveau physique/corporel » « c'est tout ce qu'on met en œuvre pour être sur scène et exister en tant que personnage pour soi et pour l'autre » « on est dans du concret que l'on soit dans le jeu théâtral d'élaboration de quelque chose ou dans le final quand ils ont envie que cette finalité soit sur scène ou devant des personnes.. On est tout le temps sur du réel, du concret, du vécu...c'est paradoxal mais on est pas dans du cinéma »	« valorisation c'est une certitude » car « prise en compte de toutes les idées », « conscience du corps », « fonctions cognitives » « en faisant des petites choses, chacun les uns à côté des autres ou ensemble que l'on va arriver à se construire, et construire une vie » « essayer de capter leurs capacités et leurs atouts et les mettre en valeur » « résister à la tentation. Réussir à ce qu'ils se fassent ou nous fassent assez confiance pour revenir très tôt à l'hôpital ou alerter quand ils ont des envies » «c'est qu'on vient en stimulant plusieurs canaux sensoriels, sous un mode ludique, on n'utilise pas les mêmes canaux sensoriaux »
E3	« le fait d'être en groupe et faire des mises en jeu, ça peut être de l'improvisation... »	« ils ont un manque de confiance en eux, ils sont assez rigides dans leur fonctionnement [...] ça ne leur permet pas de fonctionner en société normalement, d'évoluer normalement dans un groupe [...] dans le théâtre les deux objectifs qui reviennent le plus est le travail de la confiance en soi et l'intégration dans un groupe »

A la question 7 : « ***Avez-vous eu l'opportunité de constater les apports du théâtre dans le quotidien des patients ?*** » :

E1 trouve difficile de pouvoir quantifier les apports au quotidien étant donné qu'il ne les voit pas en dehors des séances mais il notifie une évolution au fil des séances théâtre : **une libération dans l'expression, une resocialisation entre patients, et l'installation d'un engagement dans les soins avec des demandes de plus en plus significatives.**

E3 estime qu'il y a une évolution dans le comportement et donne exemple d'une patiente qui a appris à être dans l'opposition et à ne pas succomber à la tentation du produit lorsqu'on lui propose. Toutefois, E3 précise que cette évolution est le fruit du travail de l'hospitalisation en général et que le jeu d'improvisation a permis le travail de l'objectif de la patiente : l'affirmation de ses idées.

Quant à E2, pour les patients en intra hospitalier, E2 évoque des évolutions dans l'expression et la posture notifiée par les équipes soignantes. Pour les patients en extrahospitaliers, le théâtre leur permet de résister à la tentation du produit : *« comme ils ont une place particulière, cela leur permet dans les cas d'envie de rechute, de tentation...ils arrivent à distancer car ils pensent au fait qu'ils ont théâtre le lendemain et qu'ils ne peuvent pas faire faux bon pour mettre le groupe à mal. »*

Analyse des résultats : l'ensemble des ergothérapeutes donnent des caractéristiques du jeu théâtral et sont en accord sur les apports thérapeutiques : valorisation, gain de confiance en soi, la resocialisation, l'espace ludique et la gestion des émotions. E2 élargie les apports du théâtre autre que dans le domaine psychique mais évoque des apports au niveau d'une rééducation corporelle et cognitive. Concernant le transfert de ces acquis dans le quotidien, il est difficile aux ergothérapeutes de le concevoir étant donné qu'ils ne voient le patient que dans le cadre des séances mais peuvent tout de même avec l'aide des équipes soignantes avoir connaissance de quelques évolutions. E2 a parmi son groupe de théâtre des patients vivants dans leur milieu écologique, ils restituent donc leurs évolutions dans le quotidien. Certains transferts d'acquis sont donc effectués mais aussi la responsabilisation apporte une notion supplémentaire : l'engagement auprès du groupe.

3.1.3 L'estime de soi des personnes ayant un trouble lié aux substances

Tableau 7 : L'évaluation de l'estime de soi des patients et de l'impact de celle-ci sur le quotidien en fonction des ergothérapeutes

	Évaluation de l'estime de soi	Impact dans le quotidien
E1	« l'estime de soi elle est complètement brisée. » « Alors dans l'estime de soi, il y a l'amour de soi, la vision de soi et... » aide l'enquêteur pour le dernier pilier « confiance en soi » « Il faut la changer, cette vision là qu'ils ont. Et aussi leur montrer qu'ils sont capables de faire, non pas en leur disant "vous êtes capables" mais "faites" »	« En un seul mot : la dévalorisation » (tape sur la table) « "je suis pas capable de", "je fais mal" »
E2	« Ils ont une faible estime d'eux même, il faut travailler la valorisation » « un patient me dit "chaque fois je me rends compte que plus je bois plus je me sens comme une merde. Plus je me sens comme une merde plus je me dis ah ben tiens je vais me resservir un verre parce que je me supporte pas comme ça"...enfin voilà, il y a un cercle vicieux »	« Il y a de la dévalorisation ... "je ne vais pas comprendre", "je vais pas réussir à me souvenir" » « ne veulent pas venir en activité »
E3	« ils ont un manque de confiance en eux » « ils ont une faible estime d'eux-mêmes à cause des effets que leurs addictions ont eu sur leur vie quotidienne »	« quand ils rechutent dans les addictions, ils vont considérer qu'ils ont fait une bêtise, mais ils ne vont pas forcément demander de l'aide en considérant que les malheurs qu'ils ont ils les méritent, parce qu'ils ne sont pas assez fort pour résister au produit » « une inaction : ils savent ce qu'il faut faire mais ils ne vont pas le faire. »

Analyse des résultats : Les trois ergothérapeutes interrogés racontent que les personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives ont une faible estime d'eux même. Pour E1 précise selon lui que c'est sur le pilier de la vision de soi qu'il faut intervenir car c'est celui qui le plus touché. Cette faible estime se traduit par un dévalorisation constante ainsi que par de l'inactivité. La plupart des exemples d'impacts sur le quotidien concerne celui durant l'hospitalisation, à part E2 dont les patients.

3.1.4 Le jeu théâtral dans le développement de l'estime de soi

Tableau 8 : L'apport du jeu théâtral dans le développement de l'estime de soi d'après les ergothérapeutes interrogés

	Avantages	Inconvénients	Engagement dans l'activité ?
E1	<p>« A partir du moment où tu mets en jeu, tu valorises »</p> <p>« mettre en situation, et leur dire "qu'est-ce qui est allé ou pas ? ", définir ça c'est mieux se connaître et donc se sentir mieux c'est valoriser »</p> <p>« donne des clés pour évoluer à l'extérieur et pour réaliser qu'ils peuvent faire sans »</p> <p>« les personnes qui ne se sont jamais exprimées sur leurs difficultés, ici elles peuvent le faire »</p> <p>« la bienveillance qui s'installe entre les membres du groupe »</p> <p>« le regard de l'autre revalorise »</p>	<p>« Le départ est toujours compliqué, quand tu ne vas pas bien et que tu es confronté à tes difficultés, c'est toujours un peu complexe mais c'est cette confrontation qui permet le travail sur soi-même. », «difficile de définir l'amélioration de l'estime de soi » en entière</p>	<p>« tous les patients parlent de tout. A partir du moment où les échos sont bons (concernant l'activité), et bien les patients ont envie de venir »</p> <p>« l'engagement occupationnel des patients, pas forcément que dans les soins... vient de ce que tu apportes toi, l'ergothérapeute. »</p>
E2	<p>« on ne travaille pas directement sur l'estime de soi... par exemple on fait de la captation d'images ça leur permet de se rendre compte [...] ce sont des petites choses mais ils se regardent eux faire et ils prennent conscience des choses... "je ne pensais pas que j'étais capable" "je pensais pas que j'allais réussir à me souvenir de tout" »</p> <p>« dans le théâtre la situation devient réalité, répondre à des problématiques de manière concrète »</p> <p>« il y a de la mise en difficulté et de la réflexion commune et on développe cette autonomie de pensée qui est valorisant »</p> <p>« Dans des moments de déception, ils sont déçus d'eux-mêmes... il y a toujours quelqu'un qui va trouver le positif »</p> <p>« quand on est sur scène on est tous égaux c'est hyper valorisant pour les patients »</p> <p>« avoir une place particulière dans un groupe »</p> <p>« Au théâtre c'est comme dans la vie, il y en a qui aiment courir, il y en a qui font du vélo, d'autres du patin à glace...et ben on a des habiletés dans certains domaines plus que d'autres. Dans la vie quotidienne c'est pareil... et la vie quotidienne c'est quoi ? c'est je parle, je bouge, je suis en interaction avec l'autre...avec le théâtre on est là-dedans »</p>	<p>« tout est valorisant au théâtre. Il n'y a pas d'échecs »</p>	<p>« vraiment le schéma type : il y a toujours une phase de refus » une phase hésitante et lors de la première séance « ils s'installent et ils disent "je regarde juste " au bout du deuxième exercice " je peux venir avec vous ?". Il y a une phase ascendante, au fur à mesure ils vont vraiment accrocher et vraiment investir » puis ça retombe « parce qu'on est allé mettre en travail tout ce qu'ils étaient en capacités de mettre en travail »</p> <p>« leur engagement dans l'activité est en réponse à un besoin à un certain moment »</p>
E3	<p>« le fait d'être en groupe, de devoir parler devant des gens qu'ils ne connaissent pas », « le fait de se mettre à jouer devant les autres, et de se dévoiler un petit peu », « le fait de répondre à des règles », « patients se surprennent à dévoiler des choses qu'ils ont tendance à cacher, ça ressort au théâtre au travers d'un perso. », « Le perso c'est eux qui le façonnent, donc ils sont obligés de mettre un peu d'eux dedans »</p> <p>« un des ateliers où on a le plus de bienveillance entre les patients », « on a beaucoup de patient qui arrivent à faire ressortir des personnes les points positifs, que ces personnes-là ne vont pas remarquer d'emblée, parce qu'ils n'ont pas l'habitude », « Ce retour est très important parce que les patients ont le retour des thérapeutes mais surtout des autres patients »</p>	<p>« difficulté lors de la première séance »</p>	<p>« on a la même évolution, on a des patients qui arrivent qui ont des difficultés à se mettre en avant, à se mettre en jeu, et au fur et à mesure des ateliers, cette peur disparaît. Et du coup ils se mettent en jeu et c'est quelque chose qu'ils verbalisent. »</p>

A la question 12 : « **Pouvez-vous me donner des exemples de cas clinique dans lesquelles vous avez observé une amélioration de son estime de soi ?** » :

L'ensemble des ergothérapeutes restituent des exemples de cas clinique avec une évolution de différentes composantes de l'estime de soi :

- E1 prend l'exemple d'une patiente qui n'arrivait pas à faire un exercice et qui finalement en fin de prise en charge, « lâche prise » afin d'y parvenir. Cet exercice faisant appel à de la confiance en soi, la patiente se sent plus efficace dans l'action car elle a la satisfaction de l'avoir réalisée et réussie.
- E2 cite une patiente pour laquelle l'activité théâtre par la responsabilisation que lui procure le rôle qu'elle joue dans le groupe lui a permis, l'accomplissement de ses tâches
- E3 explique qu'une patiente qui avait pour objectif d'affirmer ses idées, de prendre confiance en elle a verbalisé le fait d'avoir appris à le faire grâce au théâtre.

Analyse des résultats: L'ensemble des ergothérapeutes soutiennent verbalement qu'il y a des avantages à utiliser le jeu théâtral dans le développement de l'estime de soi. E1 est convaincu de l'effet thérapeutique sur l'estime de soi mais il évoque que le temps de pratique est trop court pour avoir une évolution sur l'ensemble du concept de l'estime de soi et préfère parler de sentiment d'efficacité ainsi que de confiance en soi, en ses capacités. Concernant les inconvénients, ce qui revient est la difficulté de débiter l'activité qui demande de lâcher prise et de se dévoiler. E2 précise que selon elle ce n'est pas forcément un inconvénient grâce au groupe qui soutient.

3.2 Analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête

Pour conclure la présentation et l'analyse des résultats, nous revenons aux différents objectifs afin de mieux les confronter aux résultats obtenus.

Objectif 2 : La prise en compte de l'estime de soi :

La connaissance de ce concept est bien connue des ergothérapeutes. Un seul ergothérapeute parmi les trois a évoqué sa connaissance des trois piliers de l'estime de soi de manière spontanée. Les autres ergothérapeutes emploient un vocabulaire proche de ce concept faisant référence à la confiance en soi ou encore à l'amour de soi. Avant même d'aborder plus précisément le thème de l'estime de soi, les ergothérapeutes interrogés étaient unanimes sur le fait que la mauvaise estime de soi est inscrit dans le profil type des patients qu'ils rencontraient. Cette faible estime de soi se caractérise durant l'hospitalisation par la difficulté à débiter les activités en ergothérapie. E1 et E3 soulignent qu'il y a une tendance à la « dévalorisation ». E3 indique par ailleurs que les patients ont un profil « rigide » qui les conduit à être exigeants envers les autres mais aussi envers eux-mêmes. Par conséquent, ils ont des difficultés à être satisfaits de leurs performances dans les activités. E2 ajoute qu'en plus de cette

dévalorisation ils ne se sentent pas méritant de l'aide qu'on peut leur apporter, que ce soit de la part de leurs proches mais aussi des professionnels de santé.

Pour finir, les ergothérapeutes ont conscience que la faible estime de soi impacte l'engagement occupationnel sans le formuler directement. Ils parlent surtout de difficultés à rentrer dans l'action, à réagir pour changer de comportements ou encore « *d'inactivité* ».

Objectif 1 : Les objectifs de l'ergothérapeutes avec le jeu théâtral :

Les listes des objectifs données par les différents ergothérapeutes présentent des similitudes. L'ensemble des ergothérapeutes sont en accord sur le fait que l'objectif thérapeutique le plus important avec le jeu théâtral est le développement de l'estime de soi des patients. Par ailleurs, cet objectif est central dans l'intervention des ergothérapeutes auprès de ce public-là, au-delà du moyen thérapeutique du jeu théâtral. Le jeu théâtral permet de mettre en valeur « *les atouts et les caractéristiques de chacun* » sans réellement travailler sur l'estime de soi de manière directement. Il est à noter que les autres objectifs mentionnés, « *lâcher prise* », « *réussir à s'exprimer* », « *s'intégrer dans un groupe* » peuvent tous être considérés comme des accomplissements et participent au développement de l'estime de soi. E1 souligne que le développement de l'expression aide le patient à s'engager dans les soins et à faire des demandes plus significatives auprès des professionnels.

E1, E2 et E3 ont soutenu les avantages du jeu théâtral afin de développer la confiance en soi et en ses capacités de réussite. Tous mettent en avant l'avantage du groupe qui est soutenant comme étant un des avantages essentiels, au-delà de la bienveillance qui est retenue par les ergothérapeutes interrogés ; E2 explique, dans cette phase de jeu, « *sur scène ils sont tous égaux* » ce qui les amène alors à se sentir à l'aise de se dévoiler et de se sentir intégré. E3 explique que dans le plaisir de jouer et d'être dans la peau d'un autre personnage, il y a toujours un peu de soi dans la construction de ce personnage. E1 complète cette idée en ajoutant que cette construction de personnage aide dans la connaissance de soi et que « *mieux se connaître, c'est valorisant* ».

Un autre point fondamental est mis en avant par l'ensemble des ergothérapeutes : **le temps de débriefing à la fin de chaque séance est tout autant important que le moment d'expression durant les jeux théâtraux.**

Objectif 3 : L'évolution de l'estime de soi à travers le jeu théâtral :

Lorsque nous nous intéressons aux réponses données aux ergothérapeutes sur les objectifs liés au jeu théâtral, l'estime de soi ainsi que les composantes de ce concept, tels que la confiance en soi ou encore le sentiment d'efficacité, sont retrouvés. Cependant, lorsque nous nous interrogeons sur l'évolution observable du développement de l'estime de soi lié au jeu théâtral, les réponses sont moins tranchées. E1 et E3 sont conscients des avantages de cet outil thérapeutique mais ont du mal à évaluer l'impact

direct sur l'estime de soi. E3 nuance en expliquant que le jeu théâtral permet de travailler sur les objectifs liés à l'estime de soi, mais que l'évolution est le fruit de l'ensemble de l'intervention des professionnels. Quant à E1, selon lui, en peu de temps il est difficile de faire évoluer sur l'entièreté du concept de l'estime de soi, mais que la participation à l'activité aide dans la confiance en soi et le sentiment d'efficacité. Seulement E2 a des exemples bien précis de cas cliniques dans lesquels les patients ont développé une estime de soi efficace grâce à l'activité théâtre en général. Elle souligne le fait que cette évolution est perceptible pour les patients extra hospitaliers car ils n'ont que cette activité en ergothérapie et restituent beaucoup leurs progrès dans leur quotidien. Par ailleurs, E2 fait le lien entre le développement d'une estime de soi efficace et le taux de rechute. Elle explique que les patients dont l'estime de soi évolue au cours du temps ont des rechutes de moins en moins régulières.

Objectif 4 : L'impact de l'activité sur l'engagement occupationnel :

L'ensemble des ergothérapeutes rapporte des évolutions de certaines composantes de l'estime de soi, que ce soit dans la globalité de l'intervention ou dans le cadre de l'activité théâtre. Dans le cas de E2, des résultats supplémentaires liés directement à l'engagement occupationnel dans la vie quotidienne ont été recueillis. Seulement E2 a pu développer son propos sur l'évolution de l'estime de soi ainsi que dans l'engagement occupationnel. En effet, E2 rapporte des exemples de patients qui se sont investis et qui ont pris des responsabilités dans le cadre de l'activité théâtre, puis qui les ont par la suite réinvesties dans d'autres activités.

Cette différence peut s'expliquer par la différenciation des caractéristiques de la mise en place de l'activité. Les deux distinctions avec les deux autres ergothérapeutes est que, d'une part, certains patients vivent en milieu écologique et ont un suivi en ergothérapie dans le cadre exclusivement de l'activité théâtre, et d'autre part, les séances se font dans la continuité d'une construction de projet. Par ailleurs, dans le cadre de la construction d'un projet commun, certaines séances se font avec des professionnels du théâtre. En effet, il semblerait plus évident pour des patients vivant dans leur milieu écologique de restituer leurs évolutions dans leurs perspectives occupationnelles, tandis que des patients en hospitalisation n'ont pas encore eu un retour à domicile.

Toutefois, l'ensemble des ergothérapeutes, au regard seulement de l'activité théâtre, verbalise un meilleur engagement dans celle-ci au fil de l'accompagnement en ergothérapie, malgré une réticence pour intégrer le groupe. Cet engagement est motivé par la bienveillance du groupe, le cadre thérapeutique, ainsi que la posture du professionnel. Par conséquent, en plus du jeu théâtral, les ergothérapeutes mettent l'accent sur l'ensemble du cadre et des caractéristiques données à l'activité théâtre pour développer l'estime de soi et par la suite améliorer l'engagement dans les occupations.

4. Discussion des résultats

4.1 Confrontation des résultats avec le cadre conceptuel

Tout d'abord, selon les résultats obtenus, nous pouvons admettre que les personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives présentent une faible estime d'eux-mêmes. En effet, si nous reprenons à partir de la littérature, la faible estime de soi se caractérise par une dévalorisation et de l'insatisfaction en regard d'une action, un sentiment de honte et un repli sur soi (André, 2005). Dans les résultats, nous retrouvons la dévalorisation des patients avant même de commencer une activité, avec en plus cette croyance de « *ne pas être capable* ». En outre, F. Clivaz évoque dans sa conférence l'installation d'un cercle vicieux de la mésestime de soi chez les personnes présentant une addiction (Clivaz, 2018), élément qui est évoqué par un des ergothérapeutes interrogé : « *Je me rends compte, plus je bois, plus je me sens comme une merde* »... *il me l'a dit comme ça* « *plus je me sens comme une merde, plus je me dis ah ben tiens je vais me resservir un verre parce que je me supporte pas comme ça* ». Un lien de corrélation semble s'effectuer entre la littérature et les résultats de cette enquête. Une dernière répercussion de la faible estime de soi, perçue par les ergothérapeutes, est « *l'inactivité* ». En effet, nous retrouvons cette notion d'inactivité auprès de C. André qui explique qu'une mésestime de soi engendre des « *actions rares* » (**annexe VI**), et celles-ci peuvent être expliquées par le désengagement occupationnel. En d'autres termes, une estime de soi développée aide à s'engager dans l'activité ; dans le cas contraire, ce désengagement se répercute en une inactivité (André & Lelord, 2008).

Par ailleurs, selon C. André, l'estime de soi comporte trois piliers. Tous peuvent être fragilisés dans le cas d'une mésestime de soi. Lorsque nous nous intéressons aux réponses de l'unique patient ayant répondu au questionnaire, il indique qu'il a une mauvaise opinion de lui-même (vision de soi), qu'il se sent moins bien aimé par rapport aux autres (amour de soi), ainsi qu'une difficulté à prendre des décisions et à être sûr de lui (confiance en soi) (André & Lelord, 2008). Même si, comme précisé auparavant au cours de cet écrit, une seule réponse ne permet pas de faire des conclusions, les résultats semblent tout de même être concordants avec la littérature et les résultats obtenus auprès des ergothérapeutes. Il semble intéressant de confirmer cela avec d'autres réponses de patients ou bien d'évaluer l'estime de soi des patients grâce à différentes échelles. En effet, les résultats de l'enquête ne sont que l'avis subjectif des ergothérapeutes. Les répercussions observées tel que l'isolement peut être dû à une autre origine. Que cela soit pour le concept d'estime de soi ou pour le sentiment d'efficacité, il existe plusieurs échelles d'évaluation. Dans l'article de C. Doré, l'utilisation de l'échelle de Rosenberg est conseillée pour faire une première évaluation rapide de l'estime de soi (Doré, 2017). Il existe aussi l'inventaire de l'Estime de Soi de Coopersmith, en version adulte, pour

mesurer l'estime de soi dans trois dimensions : l'estime de soi générale, familiale et sociale. Certains questionnaires se centrent davantage sur le sentiment d'efficacité comme par exemple le DTCQ (The Drug-Taking Confidence Questionnaire) qui mesure l'efficacité personnelle pour l'ensemble des personnes ayant un trouble de l'usage de substances. Utiliser des échelles validées permet dans un premier temps d'évaluer le niveau d'estime de soi et de sentiment d'efficacité au début de l'intervention, mais aussi durant la prise en charge afin d'apprécier leurs évolutions. Ces échelles permettent également de « repérer les zones de vulnérabilité chez les patients qui doivent de ce fait être améliorées pour prévenir de la rechute » et « d'identifier les insuffisances au niveau thérapeutique auxquelles il faut remédier » (Wallart, Hautekèete, & Urso Baiardo, 2013) afin de mieux axer la prise en charge et d'adapter les exercices de jeu théâtral en fonction des résultats.

Ensuite, les résultats mettent en avant un schéma classique de comportement lorsque les patients intègrent l'activité théâtre en ergothérapie : tout commence avec de l'appréhension, puis petit à petit de l'intérêt s'installe, et pour finir le patient s'engage dans l'activité. Ce résultat fait écho au cadre conceptuel de l'engagement occupationnel de Morris et Cox. En effet, comme nous pouvons le voir sur **l'annexe IV**, selon la valeur accordée à l'activité, l'individu adopte différents degrés « d'investissement » allant d'un simple intérêt, passant par un engagement jusqu'à une réelle « absorption » dans celle-ci quand la valeur accordée est la plus élevée (Morris & Cox, 2017). Il semblerait donc que les patients accordent de plus en plus de valeur à l'activité au fil du temps. Or les centres d'intérêts et les valeurs accordées aux occupations font partie de la volition. Par conséquent, l'activité théâtre joue un rôle dans le processus volitionnel des patients présentant une addiction. Pour rappel, la causalité personnelle, qui représente la vision subjective que le patient a sur son efficacité dans l'activité, fait partie de la volition de l'individu (Mignet, 2016). Se pose alors la question de l'évolution de cette composante grâce au jeu théâtral, car elle fait partie du concept de l'estime de soi.

Lorsque nous nous intéressons aux réponses concernant l'évolution de l'estime de soi, les ergothérapeutes mettent en lumière les atouts tels que la dynamique de groupe, le plaisir de créer et jouer dans l'abstinence, du jeu théâtral dans le développement de l'estime de soi. Néanmoins, la perception des évolutions concernent certains aspects de l'estime de soi, comme l'amélioration de la confiance en soi. De plus, il est difficile pour les deux ergothérapeutes travaillant avec des patients en hospitalisation complète de connaître l'effet direct de l'activité sur ce concept. Tout de même, il semblerait que l'intervention de l'ergothérapeute joue un rôle sur le développement de l'estime de soi car cela constitue un objectif primordial en addictologie (Fatseas & Auriacombe, 2009). Par conséquent, l'engagement occupationnel, qui dépend de l'estime de soi et plus particulièrement de la composante volitionnelle de la personne, se verrait donc favorisé (Mignet, 2018). Concernant les limites abordées, les ergothérapeutes se centrent surtout sur le « désintéressement » vis-à-vis de

l'activité. En effet, les propositions thérapeutiques doivent être significatives et signifiantes pour une adhésion et un engagement aux soins.

Toutefois, bien que les jeux théâtraux soient importants dans la motivation et le développement de l'estime de soi des patients, d'autres temps de l'activité sont considérés tout autant importants. En effet, le jeu théâtral ne suffit pas en lui-même, il est nécessaire un temps de parole et d'échanges entre les participants. C. André explique que l'estime de soi « *n'est pas seulement une évaluation personnelle, c'est aussi une anticipation ou une estimation de l'évaluation d'autrui* », c'est ce que l'on peut appeler le « *moi-miroir* ». En somme, peu importe le niveau d'estime de soi, l'approbation sociale apporte du bien-être et elle a d'autant plus d'impact lorsque l'individu s'estime peu (André & Lelord, 2008). Les retours des autres participants jouent un rôle dans la prise de conscience de son évolution donc par conséquent dans le développement de l'estime de soi.

Au niveau théorique, l'utilisation du théâtre est intéressante en complément des thérapies cognitivo-comportementales car tout porte à croire que les mécanismes mis en jeu avec une telle activité aident dans le processus de changement et dans la généralisation des acquis dans un environnement naturel (Fleury, H. Marazzani, & Saucier, 2003). Cependant, un seul des ergothérapeutes interrogés est en mesure de donner des exemples concrets sur l'impact d'une participation à un atelier théâtre dans le quotidien, et par conséquent de donner des exemples de transfert d'acquis de compétences dans les activités de la vie quotidienne, améliorant alors l'engagement occupationnel. L'ergothérapeute E2 a pu donner des évolutions dans les relations, dans l'engagement dans les activités et dans la motivation de maintenir un comportement abstinente dans le temps. Dans un des exemples que l'ergothérapeute a pu donner, la patiente s'est réinvestie petit à petit dans ses occupations (reprise de la course à pied ainsi que de la chorale) ; elle mentionne que ce qui l'a aidée était la responsabilisation que lui a offert sa place au sein du groupe théâtre, ainsi que le sentiment d'y être utile. Dans cet exemple, un lien est effectué entre le sentiment d'être utile dans un groupe et l'envie de ne pas décevoir les autres participants avec l'abstinence. En effet, le sentiment d'efficacité personnelle peut jouer un rôle dans la prévention de la rechute (Wallart, Hautekèete, & Urso Baïardo, 2013).

Comme expliqué dans l'analyse des résultats, la différence de résultats entre E2 et les deux autres ergothérapeutes réside dans les mécanismes propre de l'activité que E2 a mis en place c'est-à-dire la construction d'un projet avec l'intervention de professionnels du spectacle, ainsi que la coopération de patients en extra et en intra-hospitaliers, unis durant ce temps de l'atelier théâtre. Lorsque nous tentons d'expliquer ses différences de résultats dans la littérature, nous percevons l'importance d'un travail en pluridisciplinarité. En effet, selon Fleury, « *la présence d'un seul clinicien cumulant la charge de l'évolution du traitement et celle de l'évolution de l'activité tend à réduire l'efficacité de la thérapie. Le recours à un metteur en scène de métier paraît une avenue intéressante à explorer* » (Fleury,

H.Marazzani, & Saucier, 2003), les patients semblent plus motivés lorsque sont impliquées des personnes extérieures au milieu médical. De plus, les patients qui vivent dans leur milieu écologique restituent le plus leurs évolutions au quotidien. Meyer explique que l'un des rôles de l'ergothérapeute et de « *maximiser l'adéquation entre la personne et son environnement* » et pour cela les interventions au plus proche de l'environnement naturel de l'individu favoriseraient les transferts des acquis.

La différence de résultats entre les patients en hospitalisation complète et ceux en hospitalisation de jour semble être intéressante à développer dans des études futures.

4.2 Retour sur l'hypothèse

L'hypothèse de recherche est que le jeu théâtral aide dans le développement de l'estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances, dans l'objectif de favoriser leur engagement occupationnel. Les résultats de cette étude dévoilent que l'activité théâtre est un moyen thérapeutique efficace dans l'intervention des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives. En effet, cette activité crée un espace d'expression, une confrontation avec les autres mais surtout grâce à son côté ludique, permet la notion de plaisir dans l'abstinence.

Le jeu théâtral, représente l'ensemble des techniques et d'exercices dans lesquelles une personne se met en jeu. De manière innée, ce dernier parvient à créer un cadre ludique. Sans ce cadre, le jeu théâtral est inexistant. De par cet aspect, il parvient à soutenir le processus volitionnel des patients afin de réaliser un dépassement de soi et d'expérimentation. En effet, il est démontré, que ce soit par la littérature ou bien par les résultats de l'enquête, que le jeu théâtral permet un travail sur le développement de la connaissance de soi. Mieux se connaître est une première étape d'une évolution de la vision de soi et d'acceptation de ses besoins. Par conséquent, l'estime de soi se voit en progression et permet alors à l'individu une prise plus importante de décisions et de risques dans ses actions de la vie quotidienne. À la vue des résultats obtenus, les éléments recherchés ont été retrouvés et il est pertinent de répondre positivement à l'hypothèse de recherche fixée. **De ce fait, l'hypothèse que « Le jeu théâtral favorise une meilleure estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives » peut être validée. Toutefois, des résultats inattendus nuancent la validation complète de l'hypothèse. Le jeu théâtral favorise l'estime de soi mais certaines caractéristiques sont toutes autant importantes.**

Premièrement, la confrontation avec le regard de l'autre se fait durant l'espace de jeu mais aussi durant le temps d'échange à la fin de l'activité théâtre. Les résultats montrent que ce temps d'échange est nécessaire pour que les participants puissent prendre du recul sur leur évolution, afin de mieux percevoir les progrès effectués, et ainsi se sentir valorisés. De plus, ce moment met en valeur la

bienveillance développée au sein du groupe. La valorisation passe aussi par les propos des autres participants sur sa propre performance : le regard des autres sur l'évolution de soi-même aide à la prise de conscience de celle-ci. La notion du groupe, d'après les résultats, a un rôle primordial dans la revalorisation, que ce soit dans les moments de jeux, mais aussi par le biais des retours des autres patients sur soi-même. Bien évidemment, l'un ne va pas sans l'autre. Analyser et discuter sans avoir endossé soi-même un rôle s'apparente à un groupe de parole tandis que le fait de jouer sans un temps de parole après cette expérience donne un aboutissement inachevé dans le travail psychoaffectif.

Deuxièmement, le sens donné à l'activité ainsi que son cadre jouent un rôle aussi important que la mise en action durant les jeux théâtraux. En effet, d'après les résultats de E2, placer l'activité théâtre dans une construction de projet dans un milieu écologique donne un sentiment d'utilité à l'individu et une responsabilité vis-à-vis du groupe, ce qui semble être aussi valorisant que le jeu théâtral en lui-même, et facilite les transferts d'acquis.

Ces deux dernières notions ne sont pas en contradiction avec l'hypothèse fixée mais nuancent le fait que le jeu théâtral à lui seul ne développe pas l'estime de soi mais participe au développement, au même titre que d'autres caractéristiques en lien avec le cadre de l'activité.

Néanmoins, l'étude s'est concentrée sur les retours d'expériences des ergothérapeutes. N'ayant reçu qu'une unique réponse d'un patient, les résultats des questionnaires n'ont pas pu être analysés et pris en compte dans la validation de l'hypothèse. D'après cette réponse, le patient indique que le théâtre l'a aidé dans l'amélioration de son expression et dans son estime de soi. Cela semble en adéquation avec les retours des ergothérapeutes. Il serait cependant pertinent de mener une enquête supplémentaire sur le vécu des patients durant le suivi en ergothérapie, afin de récolter des résultats pertinents.

Pour finir, l'étude ainsi que l'enquête présentent des biais méthodologiques ainsi que des limites à prendre en compte, et participent à la nuance de la validation de l'hypothèse.

4.3 Limites et critiques de l'étude

Plusieurs problématiques se sont posées tant durant l'étude bibliographique que durant l'enquête, mettant en lumière alors des limites dans la démarche de recherche.

Une des principales limites concerne le peu d'existence d'articles scientifiques ou d'ouvrages sur le théâtre et sa pratique en ergothérapie auprès de populations ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives. Il en est de même concernant l'intervention générale de l'ergothérapeute auprès d'une population présentant des addictions. Malgré le fait qu'il ait démontré que la présence des ergothérapeutes dans les services d'addictologie remontent au début du XV^{ème} siècle (Rojo-Mota,

Pedrero-Pérez, & Huertas-Hoyas, 2017), cette discipline est peu abordée dans la recherche en science de l'occupation. Il existe peu de littérature sur le sujet, ce qui ne permet pas de recouper et de vérifier les données déjà publiées.

Cette limite de ressources littéraires sur l'ergothérapie en addictologie s'explique par le fait que les ergothérapeutes exerçant dans ce domaine représentent une très faible proportion parmi l'ensemble des professionnels à travailler dans ce domaine. De plus, l'activité théâtre n'est pas obligatoirement utilisée et n'est pas forcément courante. En conséquence, seulement trois ergothérapeutes ont répondu à l'enquête : les résultats sont issus d'un très faible échantillon. Il est nécessaire de nuancer ces résultats car il est impossible de généraliser les découvertes effectuées, du fait de l'échantillon, mais aussi car elles correspondent à des récits d'expériences subjectifs.

Le type d'hospitalisation et de structure n'ont pas été spécifiés. Bien que cela ait permis de mettre en lumière l'importance du contexte dans lequel se déroule l'activité théâtre, il aurait été pertinent de préciser sur un type en particulier dans les critères d'inclusions. En effet, les objectifs thérapeutiques ainsi que l'impact dans le quotidien ne sont pas les mêmes si l'atelier s'effectue dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en hôpital de jour. Par ailleurs, la durée de suivi en ergothérapie avec cette activité était fixée au minimum à quinze jours. Les ergothérapeutes interrogés ont des patients présents entre 1 mois et plusieurs années : ce grand écart ne permet pas de poser des conclusions sur la durée optimale de participation au théâtre afin d'obtenir un développement de l'estime de soi, et un transfert des acquis permettant un engagement occupationnel dans l'ensemble des activités de vie de la personne.

De même, dans cette étude, un jeu théâtral en particulier n'a pas été choisi. Même si certains objectifs sont communs aux différentes techniques, il réside tout de même des différences. Les trois ergothérapeutes utilisent des jeux théâtraux différents, cela constitue un biais qui empêche de savoir de savoir si la divergence de résultats est due à cette différence d'utilisation du jeu théâtral ou à d'autres circonstances.

De plus, les circonstances sanitaires n'ont pas permis de développer l'enquête qui était initialement prévue. En effet, en raison des restrictions, certains ergothérapeutes avaient arrêté leur groupe théâtre et n'avaient donc pas assez de matière pour développer son impact. Pour une autre ergothérapeute qui a participé à l'entretien, l'atelier théâtre était provisoirement à l'arrêt et ne pouvait donc pas transmettre mon questionnaire aux participants à l'activité.

Pour finir, l'étude de l'engagement occupationnel est centrée sur un seul facteur favorisant un meilleur engagement occupationnel, soit l'estime de soi. Cependant, comme présenté dans la partie

conceptuelle, il existe différents éléments sur lesquels un ergothérapeute peut intervenir afin d'améliorer l'engagement, dans l'occupation tel que l'environnement.

4.4 Les apports de l'étude sur la pratique professionnelle

Durant les recherches effectuées sur l'activité théâtre dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, certaines notions ont fait écho à des concepts fondamentaux à la pratique de l'ergothérapeute. Cette activité possède ses règles et son cadre bien défini sur lesquels l'ergothérapeute peut s'appuyer afin de construire son propre cadre thérapeutique favorisant alors l'engagement du patient dans les soins voire même dans l'activité. Quel que soit le jeu théâtral utilisé, l'autonomisation du patient est mise en avant. En effet, les patients construisent une histoire, un personnage, des échanges avec les autres participants à partir d'une simple consigne de départ. Malgré l'évidence de la richesse du théâtre dans son utilisation thérapeutique, a fortiori dans celle de l'ergothérapeute, peu de ces professionnels s'attellent à l'installation d'une telle activité.

En effet, les professionnels utilisant le plus souvent le théâtre sont les arts-thérapeutes. Nombreuses sont les structures qui font appel à ce type de professionnels afin de mettre en place des activités artistiques. Tandis que l'art-thérapeute utilise les Arts (musique, danse, peinture...) afin d'améliorer la libération des maux, et l'expression, l'ergothérapeute s'intéresse aux compétences que les patients développent au cours du suivi afin qu'ils puissent les mettre en application dans la vie quotidienne.

Par ailleurs, exercer des recherches sur ce moyen thérapeutique m'a permis de comprendre la complexité logistique à mettre en place un atelier théâtre et l'importance d'une maîtrise des jeux théâtraux, pour ne pas mettre en difficulté les participants de l'atelier. De surcroît, lorsque l'atelier théâtre se place dans une continuité avec un objectif fixé, cela demande un investissement supplémentaire et des compétences de gestion de projet de la part de l'ergothérapeute. Cela peut être des éléments qui expliquent la faible utilisation de ce moyen thérapeutique. Grâce à l'écriture de ce mémoire, additionnée à mon expérience avec le théâtre que cela soit de manière personnelle mais aussi en stage, j'ai pu comprendre le fonctionnement d'un tel atelier et enrichir ma pratique professionnelle.

De plus, l'engagement occupationnel est un concept qui s'est beaucoup développé ces dernières années dans la science de l'occupation. Il constitue un réel enjeu auprès de la population ayant un trouble de l'usage de substances, étant donné les problématiques d'une perte de motivation et d'un désintérêt pour les activités qui ne sont plus liées à la consommation ou l'obtention de la substance. L'ergothérapeute, de par sa formation et sa posture thérapeutique, est le professionnel adapté afin d'intervenir dans le désengagement occupationnel. Pourtant, la place de l'ergothérapeute dans les

structures d'addictologie reste limitée, et n'aborde pas des perspectives occupationnelles, alors que les recherches effectuées durant cette étude démontrent tout l'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute. En effet, de par son intervention centrée sur la personne ainsi que sur ses activités signifiantes et significatives, l'ergothérapeute apporte les compétences nécessaires pour une réinsertion et une réhabilitation psychosociale.

Cette étude, bien qu'elle soit réalisée avec un échantillon réduit et des limites méthodologiques, participe à la compréhension l'importance de l'ergothérapeute face aux problématiques liées à la population présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives. Pour finir, elle permet une piste de réflexion sur les caractéristiques à mettre en place dans une activité théâtre afin d'optimiser les transferts des acquis des patients dans les activités de la vie quotidienne.

Conclusion

Le trouble de l'usage de substances psychoactives est un trouble complexe à appréhender et à prendre en charge du fait de son installation progressive et multidimensionnelle. L'impact neurologique est un fait marquant dans le changement de comportement de l'individu, car celui-ci engendre une perte de motivation et un désengagement occupationnel. La substance devenant centrale dans la vie quotidienne, des répercussions sociales aggravent l'épanouissement de l'individu. Ce constat a fait suite à une expérience de stage ainsi qu'à la conduite d'une pré-enquête.

Des problématiques occupationnelles ont donc été soulevées. Par ses compétences et son approche centrée sur le patient et ses occupations, l'ergothérapeute semble être un acteur important pour intervenir dans une équipe pluridisciplinaire en addictologie. Ce mémoire s'est concentré sur un moyen dont dispose l'ergothérapeute dans son champ de compétence : l'activité théâtre. Ainsi la question de recherche est : **en quoi l'activité théâtre en ergothérapie participe-t-elle à l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives ?** L'étude de la littérature a soulevé l'importance d'un développement de l'estime de soi dans l'engagement occupationnel. C'est pourquoi, l'hypothèse de recherche est la suivante : **Le jeu théâtral favorise une meilleure estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives.** L'enquête s'est consacrée à la compréhension du rôle de l'ergothérapeute et de son outil, le jeu théâtral, dans le développement de l'estime de soi et de l'engagement occupationnel avec ce public.

Les résultats démontrent un intérêt de son utilisation pour remplir les objectifs centrés sur des perspectives occupationnelles, avec cette population ciblée. Par ailleurs, les caractéristiques du jeu théâtral constituent des nombreux apports dans le développement de l'estime de soi en intervenant sur ses différentes composantes (sentiment d'efficacité, confiance en soi, etc.). Toutefois, l'hypothèse est partiellement validée. En effet, au-delà des apports du jeu théâtral, l'installation d'un cadre thérapeutique adapté, la posture du professionnel dans ce cadre, et pour finir les objectifs accordés à l'ensemble du groupe semblent être tout aussi importants dans le développement de l'estime de soi, et sont des éléments favorisant l'engagement dans l'activité.

D'après ces résultats, il semblerait qu'élaborer une activité théâtre plus proche du domaine écologique, c'est-à-dire avec des patients en hôpital de jour ou en CATTP, faciliterait les transferts des acquis. Ces bienfaits pourraient constituer des facteurs de maintien de l'abstinence. Une recherche plus approfondie mériterait d'être effectuée afin de prouver la validité de cette nouvelle hypothèse.

BIBLIOGRAPHIE

- Alix, C., & Renard, I. (2014). *100 exercices d'entraînement au théâtre : à partir de 8 ans*. Paris: Retz.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 26-30.
- André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
- ANFE. (2021). *La profession d'ergothérapeute*. Consulté le mars 2021, sur ANFE: <https://anfe.fr/la-profession/#:~:text=Sp%C3%A9cialiste%20du%20rapport%20entre%20l,occupations%20qu'ils%20veulent%20ou>
- Attagui, P. (2010, février). Le jeu théâtral, un appareil à penser l'impensable. *Le Carnet PSY*(142), pp. 31-35.
- Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans J.-M. Caire, & A. Schabaille, *Engagement, occupation et santé* (pp. 47-57). Paris : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Boal, A. (2002). *L'arc-en-ciel du désir: du théâtre expérimental à la thérapie*. Paris: La découverte.
- Caillois, R. (1991). *Les jeux et les hommes : le masque et le vertige*. Paris: Gallimard.
- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels. Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (p. 88). Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Carlier, F. (2007). Et si on donnait la parole aux doigts ? . Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie* (pp. 187-196). Marseille: Soal.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Estimer*. Consulté le novembre 2020, sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/estimer>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Théâtre*. Consulté le janvier 2021, sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9%C3%A2tre>
- Chavagnat, J.-J., & Lévy-Chavagnant, D. (2015, février). Conséquences de l'alcoolisation chronique. *Actualités Pharmaceutiques*, pp. 22-25.
- Chevalier, C., Nguyen, A., Nougier, I., & Villéger, P. (2015, mars). Comprendre le phénomène de l'addiction. *Actualités pharmaceutiques*, pp. 1-5.
- Clivaz, F. (2018, juin 15). *L'estime de soi dans le traitement des addictions*. Récupéré sur AFTCC : 2ième colloque francophone de pratiques en TCC : https://www.aftcc.org/sites/default/files/15.6.18_clivaz_restaurer_lestime_de_soi_2018.06.15.pdf

- Collège national des Universitaires de Psychiatrie. France. (2016). *Référentiel de psychiatrie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. Tours: Presses universitaires François Rabelais.
- Costa Storti, C., Bretteville-Jensen, A., De Grauwe, P., Moeller, K., Mounteney, J., & Stevens, A. (2021, janvier 21). The Double Effect of COVID-19 Confinement Measures and Economic Recession on High-Risk Drug Users and Drug Services. *European Addiction Research*, pp. 1-3.
- De Las Heras, C. G. (2006, printemps). Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique. *Le Partenaire*, 13 n°2, pp. 4-12.
- De Witte, P. (2013). Alcool-dépendance : facteurs de vulnérabilité. *Revue de neuropsychologie neurosciences cognitives et cliniques*, 5(3), pp. 157-158.
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse et concept. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 18-26.
- Dufayet, G., Petit, A., Claudon, M., & Lejoyeux, M. (2014, Juin 06). La motivation dans la clinique alcoolique. *Alcoologie et addictologie*(36 (2)), pp. 151-157.
- Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2009). Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. Dans M. Lejoyeux, *Abrégé d'addictologie* (pp. 62-68). Paris: Masson.
- Fleury, F., H.Marazzani, M., & Saucier, J.-F. (2003). Le jeu théâtral comme inducteur de changement dans les habiletés sociales. *Santé mentale au Québec*, 28(2), pp. 251-272.
- Fleury, F., H.Marazzani, M., & Saucier, J.-F. (2004, avril). Le jeu théâtral comme médium thérapeutique en réadaptation psychosociale : le point de vue des participants. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(2), pp. 108-115.
- Gazel, G., Fatséas, M., & Auriacombe, M. (2014, mars-avril). Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? *La Lettre du Psychiatre*, vol X, pp. 50-53.
- Goodman, A. (1990, novembre). Addiction : definition and implications. *British*, pp. 1403-1408.
- Guénoun, T. (2016). Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale. *Adolescence*, 34(1), pp. 117-128.
- Hoxmark, E., Wynn, T., & Wynn, R. (2012, janvier). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19 (1), pp. 78-83.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 23-34.
- INSERM. (2020, novembre 8). *Inserm : la science pour la santé*. Récupéré sur Addictions: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- Karila, L., & Benyamina, A. (2019, février). Addictions. *Revue des Maladies Respiratoires*, pp. 233-240.
- Karila, L., Lafaye, G., Coscas, S., Blecha, L., & Benyamina, A. (2017, février). Cannabis, addiction. Conséquences aiguës et chroniques. *Pratiques en santé mentale*, pp. 15-20.
- Kennedy, J., & Davis, J. A. (2017, avril). Clarifying the Construct of Occupational Engagement for Occupational Therapy Practice. *OTJR: Occupation, Participation, and Health*, pp. 98-108.

- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation : theory and application* . Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 85(7), pp. 611-620.
- Launois, M. (2018, janvier). Activités ou médiations ? Comment une activités ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques ? *ErgOTHérapies*(68), pp. 31-38.
- Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie* (Vol. 3 éd). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson .
- Ménard, M. (2007). La fabrique du cadre. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 55-72). Paris: De Boeck-Solal.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. Dans J.-M. S. Caire, *Engagement, occupation et santé* (pp. 17-25). Paris: Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Mignet, G. (2016, juillet). Le modèle de l'occupation humaine : s'approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *ErgOTHérapies*, pp. 25-33.
- Mignet, G. (2018). Engagement occupationnel: analyse d'une situation clinique étayée par l'OTIPM, le MOH et le MOHOST. Dans J.-M. Caire, Schabaille, Arnaud, F. André, & R. Bertrand, *Engagement, occupation et santé* (pp. 121-134). Paris: Association Nationale Française des Ergothérapeutes .
- MILDECA. (2015, décembre 07). *PLAN NATIONAL DE MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
- Ministère de la Santé et des Sports. (2010, Juillet 5). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Récupéré sur Legifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2008, 09 28). *Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie*. Consulté le février 2021, sur OFDT: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=16636
- Ministère des solidarités et de la santé . (2020, octobre 01). *Soins de suite et de réadaptation (SSR) : pour une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation*. Récupéré sur solidarité-santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2019). *Addictologie : aide-mémoire* (Vol. 3e éd). Malakoff: Dunod.
- Morel-Bracq, M.-C. (2011). Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. *Expériences en ergothérapie*, 23, pp. 22-30.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.

- Morris, K., & Cox, D. (2017). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. *Journal of Occupational Science*, pp. 152-164.
- Mucchielli, A. (1983). *Les jeux de rôles* (Vol. 2098). Paris: Presses universitaires de France "Que sais-je ?".
- Obin, J.-P. (1980). Objectifs et techniques du jeu de rôles en formation. *3ème congrès des enseignants d'expression communication*. Paris.
- OFDT. (2019). Produits et conduites addictives. *Drogues et addictions, données essentielles*, pp. 110-164.
- OFDT. (2020, septembre). Les addictions en France au temps du confinement. *Tendances*, pp. 1-8.
- OMS. (s.d.). *Abus de substances psychoactives*. Consulté le octobre 2020, sur Organisation mondiale de la santé : https://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/#:~:text=Une%20substance%20psychoactive%20s'entend,fonctions%20cognitives%20ou%20l'affect.
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhorner, G. (2017). *MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Pillon, F. (2009). Notion de base en addictologie. *Actualités pharmaceutiques*, 10-13.
- Pire, F. (2005, mars). *l'improvisation théâtrale, un outil pour développer les compétences relationnelles*. Consulté le novembre 2020, sur Dramaction: <http://www.dramaction.qc.ca/fr/wp-content/files/ImproArticle.pdf>
- Redlus, N. (2001, novembre). Le théâtre dans le courant de l'art-thérapie: spécificité de cette forme d'expression, intérêt thérapeutique. *Revue française et francophone de psychiatrie et de psychologie médicale*, 5(50), pp. 27-28.
- Reynaud, M., Karila, L., Benyamina, A., & Aubin, H. (2016). *Traité d'addictologie* (Vol. 2e éd). Paris: Lavoisier.
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., & Huertas-Hoyas, E. (2017, septembre-octobre). Systematic Review of Occupational Therapy in the Treatment of Addiction: Models, Practice, and Qualitative and Quantitative Research. *The American journal of occupational therapy*(71 (5)), pp. 7105100030p1-7105100030p11.
- Saïet, M. (2019). *Les addictions*. Paris: Que sais-je ?
- Sohier, A., & Bellagamba, D. (2018, 10 01). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox . *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, pp. 152-156.
- Tassin, J.-P. (2007). Neurobiologie de l'addiction: proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*, 83(2), pp. 91-97.
- Tétréault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck-Solal.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Vabret, F., Lannuzel, C., Cabe, N., Ritz, L., Boudehent, C., Eustache, F., . . . Beaunieux, H. (2016, décembre). Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. *La Presse Médicale*, pp. 1124-1132.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Vandavelbe, B., & Morhain, Y. (2012). Le groupe théâtre comme médiation thérapeutique auprès d'adolescents au processus de subjectivation entravé. *Psychothérapies*, 32, pp. 125-135.
- Wallart, M., Hautekèete, M., & Urso Baiardo, L. (2013, septembre 15). Le sentiment d'auto-efficacité à rester abstinent d'alcool . *Alcoologie et addictologie*, pp. 247-253.
- Wasmuth, S., & Cabtree, J. L. (2014, décembre). Exploring Addiction-as-Occupation. *British Journal of Occupation Therapy*, 77 (12), pp. 605-613.
- Winnicott, D.-W. (2002). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris: Gallimard.
- Zeigler-Hill, V., Dahlen, E. R., & Madson, M. B. (2017, octobre). Self-Esteem and Alcohol Use : Implications for Aggressive Behavior. *International journal of mental health and addiction*, 15 (5), pp. 1103-1117.

Annexes

ANNEXE I : CRITERES DE DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (PASSAGE DU DSM IV AU DSM V).....	I
ANNEXE II : FACTEURS DE RISQUES ET DE VULNERABILITES D'UN COMPORTEMENT ADDICTIF	II
ANNEXE III : SCHEMA DU SYSTEME DE RECOMPENSE.....	III
ANNEXE IV : TRADUCTION DU SCHEMA DU PROCESSUS VOLITIONNEL.....	IV
ANNEXE V : CADRE CONCEPTUEL DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DE MORRIS & COX	V
ANNEXE VI : LE CERCLE DE PROCHASKA ET DI CLEMENTE	VI
ANNEXE VII : LES BOUCLES DE LA BASSE ESTIME DE SOI	VII
ANNEXE VIII : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES ERGOTHERAPEUTES	VIII
ANNEXE IX : QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS	X
ANNEXE X : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN E2	XII

Annexe I : Critères de diagnostic du trouble de l'usage de substances psychoactives (passage du DSM IV au DSM V)

Critères diagnostiques		DSM-IV		DSM-5
		Abus (présence d'au moins 1 critère)	Dépendance (présence d'au moins 3 critère)	Troubles de l'usage (présence : – 2/3 critères : trouble léger ; – 4/5 critères : trouble modéré ; – 6 critères ou plus : trouble sévère)
1	Consommation prolongée plus importante que prévu		X	X
2	Désir persistant et efforts infructueux pour réduire ou arrêter la consommation		X	X
3	Temps considérable consacré à chercher la substance, à la consommer, à en boire ou à se remettre de ses effets		X	X
4	<i>Craving</i> ou fort désir de consommation	NOUVEAU		X
5	Problèmes sociaux/interpersonnels liés à la consommation	X		X
6	Consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par ses effets	X		X
7	Nombreuses activités, familiales, sociales, professionnelles ou de loisirs, abandonnées ou réduites à cause de la consommation		X	X
8	Consommation dans des situations à risques (conduite de voiture ou manipulation de machines)	X		X
9	Consommation poursuivie malgré la connaissance des problèmes physiques ou physiologiques persistants et récurrents		X	X
10	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin d'une quantité notablement plus forte pour atteindre l'intoxication (ivresse) ou l'effet désiré b. un effet notablement diminué pour une quantité inchangée		X	X
11	Syndrome de sevrage		X	X
–	<i>Problèmes légaux liés à la consommation</i>	X		–

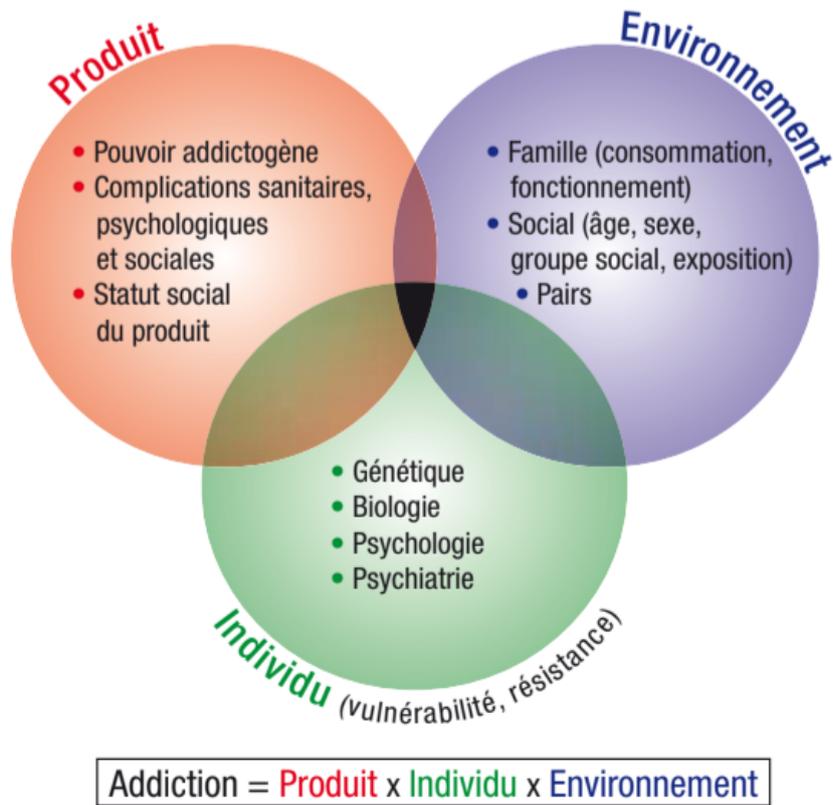
Léger : 2/3

Modéré : 4/5

Sévère : 6 et plus

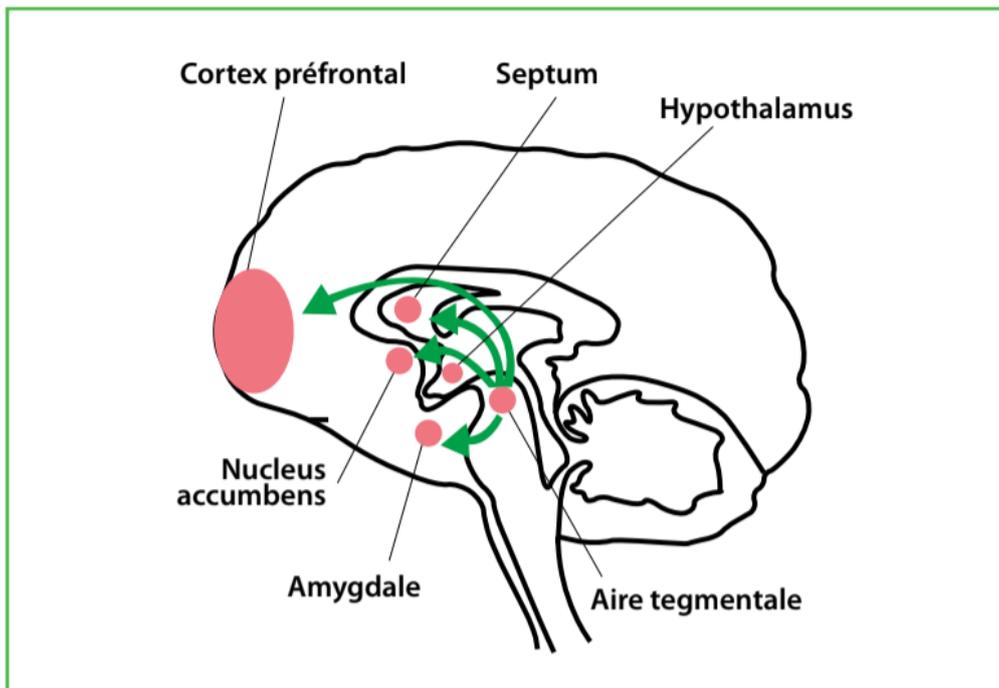
Annexe II : Facteurs de risques et de vulnérabilités d'un comportement addictif

• Figure 1. Les trois facteurs constitutifs de l'addiction.



(Pillon, 2009)

Annexe III : Schéma du système de récompense



(Chevalier, Nguyen, Nougier, & Villéger, 2015)

Annexe IV : Traduction du schéma du processus volitionnel

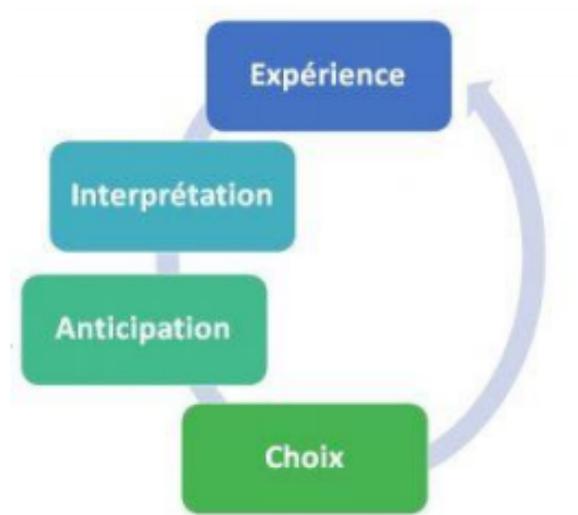
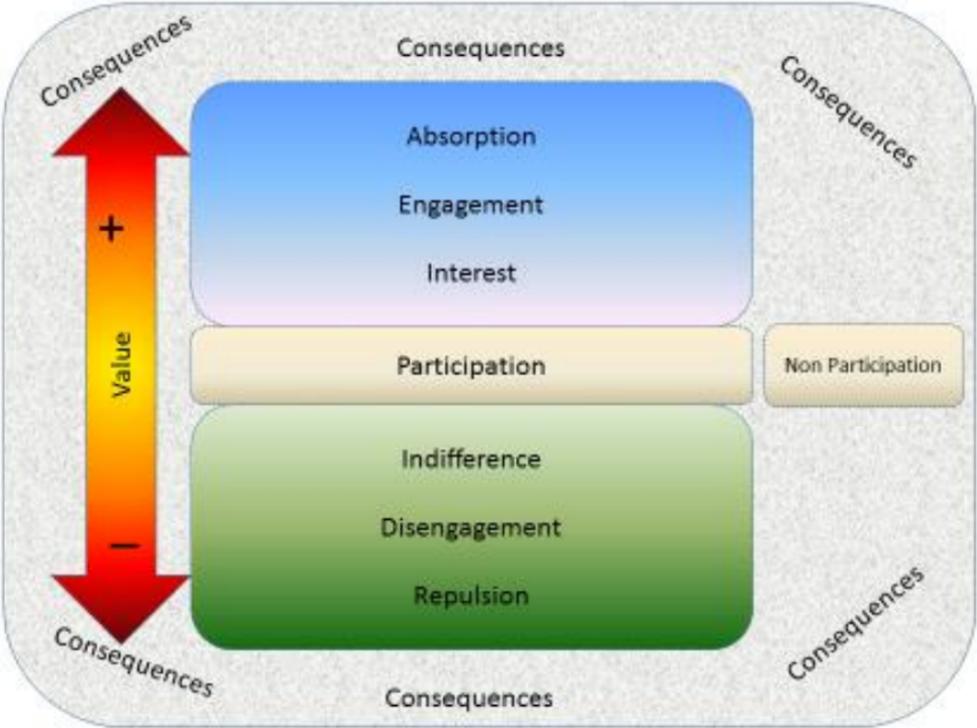


Figure 1 : Traduction du schéma du processus volitionnel (Kielhofner, 2008, p. 108).

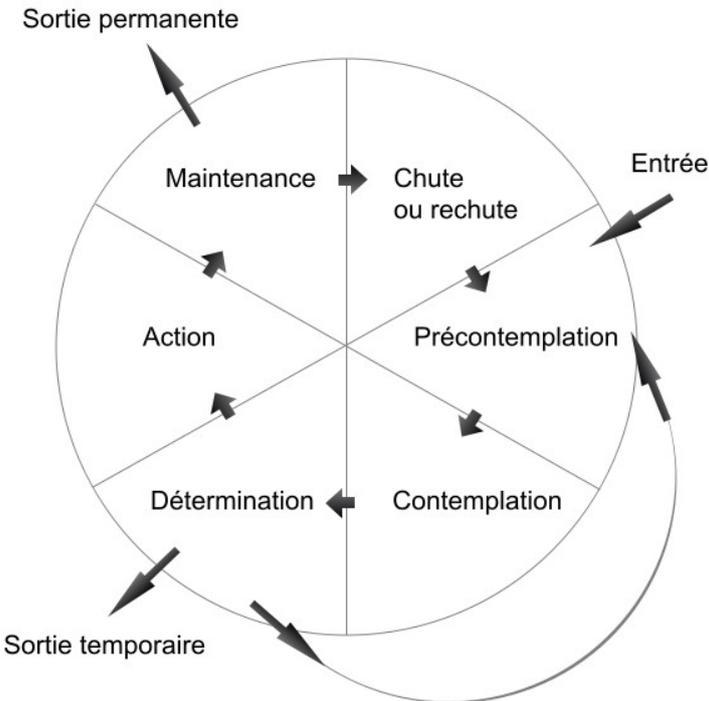
(Mignet, 2016)

Annexe V : Cadre conceptuel de l'engagement occupationnel de Morris & Cox



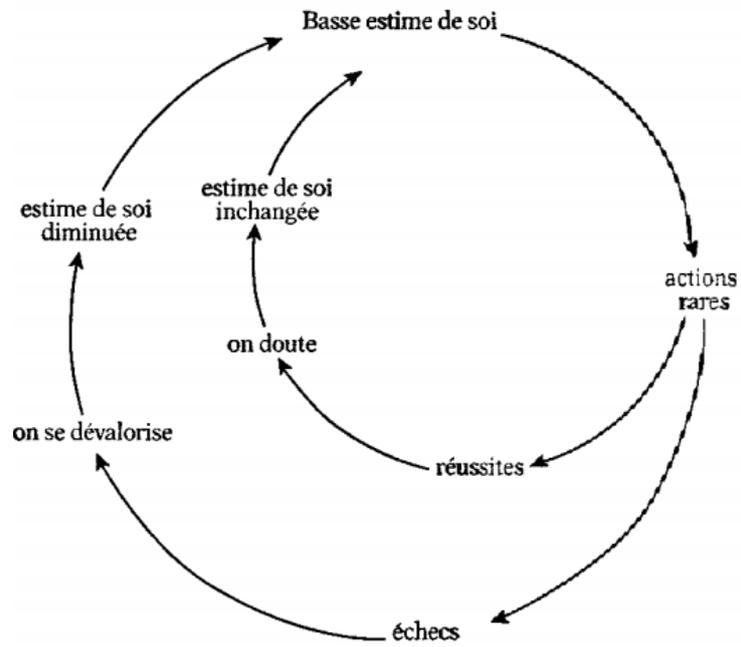
(Morris & Cox, 2017)

Annexe VI : Le cercle de Prochaska et Di Clemente



(source : site web de intervenir-addiction.fr)

Annexe VII : Les boucles de la basse estime de soi



Les boucles de la basse estime de soi

(André & Lelord, 2008)

Annexe VIII : Grille d'entretien avec les ergothérapeutes

Thématiques	Questions	Objectifs
Données sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis combien d'année travaillez-vous auprès des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives ? - Dans quel type de structures travaillez-vous ? - Comment êtes-vous arrivé à utiliser le théâtre comme activité en ergothérapie? <p>(question complémentaire selon la réponse : Avez-vous eu une formation sur la mise en place de l'activité théâtre ?)</p>	<p><i>Permettre de connaître l'expérience de l'ergothérapeute en addictologie et plus particulièrement auprès de l'activité théâtre.</i></p> <p><i>Permettre de s'assurer que la personne correspond aux critères d'inclusion</i></p>
L'activité théâtre	<ul style="list-style-type: none"> - Comment les patients sont-ils orientés vers l'activité théâtre ? Il y a-t-il des contre-indications ? - Comment se déroule l'activité théâtre ? Qu'est-ce que le jeu théâtral, selon-vous ? - En quoi est-ce intéressant d'utiliser l'activité théâtre auprès des personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives ? - Avez-vous eu l'opportunité de constater les apports du théâtre dans le quotidien des patients ? 	<p><i>Savoir s'ils existent des contre-indications pour participer à l'activité théâtre</i></p> <p><i>Connaître la définition pour la personne de ce qu'est le théâtre, est-ce que l'on retrouve les caractéristiques du jeu théâtral.</i></p> <p><i>Identifier les objectifs thérapeutiques pour la population, savoir si l'estime de soi est pris en compte</i></p> <p><i>Savoir si l'ergothérapeute identifie une évolution de l'estime de soi des patients</i></p>
L'estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Durant mes recherches j'ai pu constater qu'une faible estime de soi était un facteur de vulnérabilité mais aussi une conséquence 	<p><i>Identifier la prise en compte de l'estime de soi des personnes ayant un trouble de l'usage de substance</i></p>

	<p>de l'usage du produit, êtes-vous d'accord avec cela ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment cette faible estime de soi impacte le quotidien des patients ? 	<p><i>Identifier les conséquences sur le quotidien, engagement occupationnel ?</i></p>
<p>L'estime de soi au travers du jeu théâtral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les avantages du jeu théâtral sur le travail de l'estime de soi ? - Avez-vous constaté une évolution des patients concernant leur engagement dans l'occupation théâtre ? - Pouvez-vous me donner des exemples de cas clinique dans lesquelles vous avez observé une amélioration de son estime de soi ? 	<p><i>Déterminer les avantages du jeu théâtral sur l'estime de soi</i></p> <p><i>Récolter des cas concrets de patients et d'exercices favorisant l'estime de soi</i></p>
<p>Ouverture sur des informations complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous quelque chose à ajouter ? 	<p><i>Permettre de parler d'autres notions qui n'ont pas été abordées et pouvant être importante</i></p>

Annexe IX : Questionnaire pour les patients

Généralités

Quel-âge avez-vous ?

Depuis quand êtes-vous hospitalisé ? (précisez si c'est votre première hospitalisation)

La vie quotidienne avant votre hospitalisation

Vrai ou faux ? (entourez ce qui correspond à votre situation)

1. Ce que je ressentais :

- | | | |
|---|------|------|
| - J'avais une mauvaise opinion de moi-même | Vrai | Faux |
| - J'avais des difficultés à prendre des décisions | Vrai | Faux |
| - Il y avait, en moi, des tas de choses que je voulais changer..... | Vrai | Faux |
| - J'étais facilement contrarié.e..... | Vrai | Faux |
| - Je me faisais souvent du soucis, je me sentais anxieux.se | Vrai | Faux |
| - J'avais l'impression que les autres étaient mieux aimés que moi | Vrai | Faux |
| - J'étais assez sûr.e de moi..... | Vrai | Faux |
| - Je réussissais rarement ce que j'entreprends | Vrai | Faux |
| - Je mettais longtemps à m'habituer à faire quelque chose de nouveau | Vrai | Faux |
| - Je n'avais plus goût à rien | Vrai | Faux |
| - J'avais souvent honte de moi..... | Vrai | Faux |
| - J'étais rarement intimidé.e..... | Vrai | Faux |
| - Je sentais que je contrôlais facilement mes émotions..... | Vrai | Faux |
| - Quand j'avais quelque chose à dire, en général, je le disais..... | Vrai | Faux |
| - Je me comprenais bien moi-même..... | Vrai | Faux |
| - Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres | Vrai | Faux |
| - Je ne supporte pas le regard des autres..... | Vrai | Faux |

Autre:.....
.....

2. Comment ce que je ressentais impactait mon quotidien :

- J'avais moins d'activités
- Je remettais au lendemain
- Je prenais moins soin de moi
- J'avais du mal à aller au bout de ce que j'entreprenais
- Ma santé se détériorait
- J'avais dû mal à m'organiser
- J'avais tendance à m'isoler
- J'agissais dans l'excès
- Mon entourage avait perdu confiance en moi

Autre :.....
.....

Les objectifs en ergothérapie :

Veillez entourer la ou les réponses qui correspondent à votre situation

- Reprendre confiance en moi
- Me sentir plus à l'aise avec les autres, dans un groupe
- Avoir le contrôle de mes émotions
- Aller au bout de ce que je commence
- Prendre du plaisir dans les activités
- Être fier.e de moi
- Reprendre mes responsabilités
- Réussir à m'exprimer, à dire ce que je pense
- Retrouver des capacités physiques, corporelles

Autre :

L'activité mise en jeu :

Veillez entourer la réponse qui correspond à votre situation

1. L'activité m'a aidé à mieux exprimer mes sentiments ou mes émotions :
Pas du tout d'accord / Pas d'accord / D'accord / Tout à fait d'accord
2. L'activité m'a permis de mieux comprendre et contrôler mes émotions :
Pas du tout d'accord / Pas d'accord / D'accord / Tout à fait d'accord
3. L'activité a participé à l'amélioration l'image que j'ai de moi-même :
Pas du tout d'accord / Pas d'accord / D'accord / Tout à fait d'accord
4. Les exercices de l'activité m'ont aidé à mieux me connaître :
Pas du tout d'accord / Pas d'accord / D'accord / Tout à fait d'accord
5. J'ai pris plaisir à m'engager dans l'activité
Pas du tout d'accord / Pas d'accord / D'accord / Tout à fait d'accord

Autre.....

L'activité théâtre dans mon quotidien

1. Qu'est-ce que vous apporte ou vous a apporté la pratique de cette activité par rapport à votre addiction ?

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

2. Est-ce qu'il y a des stratégies que vous avez apprises durant cette activité et qui vous servent dans votre quotidien ? Si oui, pouvez-vous donner un exemple ?

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

Annexe X : Retranscription entretien E2

Après avoir demandé s'il était possible d'enregistrer :

Lucie : Je vais commencer par des questions générales pour un peu comprendre le fonctionnement de la structure dans laquelle vous travaillez. Dans quel type de structure travaillez-vous ?

E2 : Alors du coup je travaille dans un hôpital qui est un groupement hospitalier, hôpital général et hôpital psychiatrique, donc avec un suivi différent. Donc moi dans mon travail de santé mentale, j'interviens sur un pavillon qui est dit « pavillon d'entrée » avec des personnes en phases aiguës, d'accord ? Avec des hospitalisations relativement courtes, enfin généralement. Actuellement, c'est aussi le pavillon covid, donc voilà. Et puis j'interviens aussi une demi-journée par semaine en pédopsychiatrie enfant. Et j'ai des temps en CATTP où j'accueille des patients non hospitalisés. Des fois, durant ces temps-là je fais soit des visites à domicile, enfin voilà...donc euh j'ai une pratique relativement variée, on peut dire, en santé mentale. J'ai la chance d'avoir accès à un public très différent.

Les personnes qui présentent des addictions, ce sont les patients que vous avez en hospitalisation courte ?

Soit en hospitalisation courte, soit en fait, le groupe de théâtre que je mène, c'est un groupe intersectoriel et intra hospitalier. Donc, on travaille aussi en lien avec l'hôpital de jour, avec des gens qui sont sortis ou même qui n'ont pas été hospitalisés mais qui ont soit consulté un psychiatre soit un psychologue et qui du coup nous ont été adressés. Dans le cadre du CATTP, je fais la proposition d'intégrer le groupe parce que je pense que voilà...après discussion et souvent après un diagnostic ergo....après tout ça, quand j'estime que peut être sa peu leur parler, je fais la proposition qui s'intègre ce groupe-là.

Cela fait combien de temps que vous travaillez en santé mentale et plus particulièrement en addictologie ?

En fait depuis toujours, même que j'ai eu la chance avant d'être diplômée de faire partie des rares élèves ergo qui ont vu la création et qui ont fait un stage en addictologie, il y a maintenant trente ans. Je suis diplômée depuis 1994, et je bosse en santé mentale depuis ce temps-là, j'ai toujours travaillé en santé mentale. C'est toujours une population qui m'a intéressée donc voilà après moi j'ai pas de service addicto à proprement parler maintenant, j'y travaille plus mais en ce moment j'ai des patients dans le groupe théâtre qui ont cette problématique-là.

Comment êtes-vous arrivé à utiliser l'activité théâtre dans votre pratique professionnelle ?

Alors, ça remonte hein, parce que la première activité théâtre ça doit faire 15 ou 16 ans en fait que je l'ai mise en place. Ça s'est fait grâce à la rencontre de plein de choses. Déjà j'étais dans un moment d'interrogation...j'avais l'impression que les activités manuelles et toutes les médiations que j'avais moi déjà, parce que je faisais en plus des activités manuelles, j'avais déjà une formation musicothérapie et une formation marionnette. Mais en fait, j'avais l'impression de pas aller assez loin et qu'il y avait quelque chose qui me manquait dans ma pratique. Donc, vraiment cette interrogation-là, et j'étais dans la recherche de trouver autre chose. Et en parallèle, un truc très personnel, ma fille faisait du théâtre depuis longtemps...enfant et ado, puis à ce moment-là, en fait elle a été recrutée par une troupe de professionnels qui avait besoin d'une enfant, elle avait 12 ans à ce moment. Ils l'ont recruté sur un très gros projet, qui a duré deux ans, etc, avec tournée...etc... et du coup en fait j'ai côtoyé ce milieu de plus près. J'ai fait des belles rencontres, et à l'intérieur de ce milieu-là, une rencontre très particulière un metteur en scène-acteur, qui était metteur en scène dans un CAT/ESAT à l'époque. Un CAT théâtre. Dans les échanges informels, il m'a parlé de sa pratique avec cette

compagnie qui comportait, à l'intérieur des travailleurs qui sont portés de psychose, des personnes trisomiques...enfin vraiment, c'était une troupe très hétéroclite mais de professionnels...c'était des professionnels mais avec un travail protégé. Et du coup j'ai trouvé ça intéressant, je suis allée les voir en spectacle, on a continué à échangé ect, et je me suis dit que peut être que ça pouvait répondre au manque que j'identifiais dans la structure. Je lui en ai parlé et il m'a dit « ben écoute, réfléchis de ton côté à ce que tu attends et moi de mon côté je vais te faire aussi des propositions, ce que moi, de l'extérieur avec un public particulier j'envisage », parce que c'est pas la même chose qu'avec des personnes stabilisées en ESAT Et des patients qui sont en crise ou hospitalisés de manière chronique. Surtout qu'à l'époque, c'était ça, dès qu'ils sortaient, ils replongeaient et ils revenaient. Du coup, c'était une demande un peu particulière un projet avec cette population, et puis les idées que nous avions pouvaient se rencontrer alors nous avons élaboré un projet commun, avec lui, sa femme qui est actrice et puis une infirmière avec qui je travaillais dans la structure dans laquelle j'étais. Du coup, on a lancé comme ça, un peu à l'aveugle pour répondre à un besoin où on avait l'impression qu'un groupe écriture pour un groupe écriture ça n'allait pas convenir, qu'il fallait aussi du mouvement, de la parole... enfin voilà donc en fait c'était plus à une réponse à des besoins qu'on a mis en place ce groupe. Après, ce groupe a beaucoup évolué, en fonction aussi des personnes que j'avais, ou des demandes des patients. Quasi tous les deux ans on modifie le projet, c'est un groupe qui est tout le temps en mouvement en fait.

Entre temps après cette rencontre, est-ce que vous avez fait une formation sur le...

Alors j'en ai fait une avant qui s'appelait « théâtre et thérapie » mais il y avait très peu de travail sur le « travail d'acteurs », l'idée était que...c'était un premier niveau, d'aborder de manière globale ce qu'était le théâtre, nous mettre en situation et nous faire réfléchir ce nos propres ressentis en tant qu'acteur et de faire le lien avec notre métier de thérapeute. Et en fait, après j'ai changé d'endroit et la nouvelle structure n'a pas voulu me payer la suite. Après j'ai eu la chance au moment de la mise en place du projet, par le biais de ma fille, de pouvoir accéder à des stages régulièrement...environ une fois toutes les 6 semaines, le week-end...des stages à thèmes. Donc menés par des acteurs, des fois des danseurs...du coup j'allais sur mon temps perso mais c'était pour continuer à me former et pour pouvoir me nourrir de tous ces apports artistiques. Quand ces stages se sont arrêtés, il y a pas grand-chose autour de chez moi, je suis dans la campagne, très isolé...et du coup ma formation s'est arrêtée mais comme on travaille tout le temps avec soit des metteurs en scène, des artistes...du coup il y a quand même encore cette émulation-là.

Chaque séance est en co-thérapie avec un professionnel du spectacle ?

Pas forcément. Alors or COVID, car là il fallait tout arrêter mais habituellement on avait une fois par mois une après-midi entier avec un metteur en scène, acteur ou actrice parce qu'actuellement on travaille avec un couple qui a été formé aux mimes marceaux donc on travaille beaucoup le corporel, plus que l'expression orale...même si on travaille quand même des textes. Mais on est dans la création et l'accompagnement par le mouvement d'un mot ou d'un texte très court que l'on aura retravaillé. Et ça, c'est une fois par mois et après moi j'ai en charge la reprise du travail et d'aller plus loin, de faire d'autres propositions avec les patients. Ils viennent nourrir le groupe, je vais leur restituer aux acteurs sur quoi on travaille et de leur côté, ils nourrissent le groupe. Je fais le lien entre les deux. Je fais beaucoup secrétaire de séance, c'est-à-dire, que c'est aussi à moi de noter tout ce qui s'est passé. Tant bien dans mon rôle d'ergo dans la médiation, dans la dynamique de groupe, dans chaque patient comment cela se passe pour eux...mais aussi, je suis la secrétaire qui doit restituer de tous les exercices et propositions faites, toutes les choses où les patients ont dit « ça c'est intéressant » ou même l'inverse les propositions qu'ils ne veulent pas. Même si c'est une proposition du metteur en scène, et que pour lui c'est important, ben s'ils ne veulent pas alors on ne le fait pas, c'est eux qui ont les rênes du groupe et moi je fais juste le relais.

Et voilà, et puis je dois quand même préparer les séances entre les moment où ils ne sont pas là. D'ailleurs ils nous donnent des sortes de devoir à faire, des exemples sur quoi travailler etc.

Vous en avez un peu abordé au tout début pour l'orientation des patients, mais je voulais avoir plus de précision. Est-ce qu'il y a des contre-indications à proposer à un patient d'intégrer le groupe théâtre ?

Nous, dans le groupe, nous avons fait le choix qu'il n'y ait pas de contre-indications et d'adapter le groupe à chacun. Bon peut être que les seules contre-indications c'est enfaite, les gens qui ne souhaitent pas s'inscrire dans du moyen terme...Je vais pas dire long terme car bon j'ai des patients qui sont là depuis plusieurs années...mais quand je dis du moyen terme c'est au moins deux/trois mois, pour qu'il y ait un travail plus profond...parce que une ou deux séances, le temps qu'ils comprennent comment se passe le groupe, qu'ils prennent leur place, ils vont rien en saisir et par contre ça met à mal le groupe. Car voir passer des gens comme ça, ça gêne la dynamique de groupe. Ils peuvent venir une fois comme ça pour voir, mais au-delà non. On ne va pas faire rentrer un patient n'importe quand. Il y a des moments où il y a un vrai travail qui se fait...soit en monte une déambulation (sorte de représentation à l'extérieur) soit on est déjà loin dans l'élaboration et la création d'un projet de groupe...alors on diffère l'entrée des patients mais pour qu'ils puissent trouver leur place. Car lorsqu'il y a quelque chose de très construit, ça remet le groupe à mal et la création qui est en train de se faire, et à côté de ça, les nouveaux patients aussi sont mis à mal. Du coup, on va choisir les moments d'intégration mais c'est vraiment les seules contre-indications.

Après aussi il faut que les patients aient envie avant tout. Il n'y a pas d'obligations.

Comment se déroule l'activité théâtre ? vous parlez de construction de projet, est-ce que le but est une représentation finale ?

Le but n'est pas une représentation, on travaille en année scolaire car c'est en fonction des plannings des acteurs car juillet-août, ils sont en festivals etc donc de toute manière on travaille de septembre à juin avec eux. Et donc, une fois par mois avec un intervenant ou deux et une fois par semaine, moi. Si je suis pas là, le groupe s'arrête car je suis la seule, qui se sent les épaules assez solides pour mener les séances...je dis pas que je suis la seule capable car je pense que j'aurais des collègues qui le seraient tout autant que moi. Si je suis pas là, ça s'arrête de fait, or de ça, il y a une autre ergothérapeute qui a intégré le groupe...elle a dû faire une dizaine de séances avant le premier confinement. Ensuite il y a une ou deux infirmières du milieu extrahospitalier.

Donc l'atelier c'est une fois par semaine en co-thérapie ?

Voilà c'est ça. Très clairement les infirmières sont là pour plus de l'organisation et la logistique. Elles viennent avec les patients qui viennent de l'extérieur car il n'y a pas de moyen de transport en commun, il faut pouvoir pallier...elles viennent du structure du centre-ville et en venant elles prennent au passage les participants. Et pendant le groupe, elles sont garantes du cadre. Un patient qui sort toutes les trois minutes ou qui a besoin particulier, elles vont gérer ça...mais cela c'est surtout pour les patients psychotiques pas ceux qui viennent pour une problématique d'addiction. Ils se sont mélangés ensemble. Moi, je conçois les séances et « j'anime ». Mon autre collègue ergothérapeute, va être dans la co-thérapie, elle va être plus en observation, et elle va réinjecter de la thérapie...quand on anime un groupe, même si c'est de la thérapie, on propose des activités et le déroulé...je peux pas tout observer, des fois je loupe des choses...du coup elle va réinjecter de la thérapie. Moi je suis garante du cadre et du jeu théâtral tandis qu'elle va être garante de la thérapie. Après, les séances, on les analyse ensemble.

Pour vous qu'est-ce que le jeu théâtral ?

Alors pour moi, le jeu théâtral c'est plein de choses réunies. C'est déjà, l'investissement corporel...il faut s'engager corporellement car on peut crier ce que l'on veut. Si le corps ne suit pas, on ne nous entendra pas et on ne nous verra pas. Donc c'est travailler là-dessus, la prise de conscience du corps et de son engagement. C'est tout le travail vocal, parce qu'on travaille aussi sans texte sur des hauteurs de souffles, sur des sons...on joue sur les manières de faire c'est sons, de manière douce, agressive etc...c'est aussi d'être capable de moduler les vocalises, d'identifier l'intonation des vocalises de l'autre. C'est aussi avoir une certaine maîtrise de ce que l'on va dire et faire, parce qu'on ne peut pas investir un personnage, quel qu'il soit...même si on a un texte...si on ne comprend pas et qu'on n'a pas réfléchi ce qui est joué alors ce n'est pas du jeu théâtral, c'est du rien. Parce que, l'autre ne peut pas capter donc il n'y a pas d'échanges

Ensuite, il y a tout le travail qu'il y a autour en thérapie : de réécriture de texte, de travail de mémoire, de tous ce qui est fonctions cognitives, la spatialisation, l'expression des difficultés...on aborde très souvent avec les patients addictes ce thème-là sous forme de jeu théâtral, pourtant, nous ne faisons pas de psychodrame. Par contre dans des textes on va travailler comme base souvent patients « ah vous êtes touché par un texte ».. où a des paroles de chansons un poème dans un livre, quelque chose vous interpelle...euh y'a un truc qui vous interpelle un film une phrase qui va soit vous mettre à mal soit ou au contraire on se dit « ah tiens c'est intéressant »... des trucs vraiment basique même si c'est je t'aime mais dans un contexte particulier « si vous pouvez le garder dans un coin de la tête à la prochaine séance on peut être voir si on peut intégrer au groupe »c'est tout ça le jeu théâtral c'est toute l'implication complète de l'être et au niveau psychique et au niveau physique/corporel. C'est pour moi aussi super important et c'est aussi pour ça que je le mène depuis aussi longtemps c'est que j'ai l'impression qu'on est en plein dans notre rôle d'ergo, que le théâtre et au niveau artistique ce que les ergothérapeutes sont au niveau soignant. Et du coup voilà...dans la vision globale, tout est important au théâtre, la personne, environnement, l'autre autour...enfin voilà...pour moi c'est vraiment tout ça le jeu théâtral, c'est tout ce qu'on met en œuvre pour être sur scène et exister en tant que personnage pour soi et pour l'autre.

Comment se déroule un atelier théâtre ? une séance type ?

On fait une première partie entre un quart d'heure et une demi-heure selon les groupes et selon l'état psychique des patients. C'est très variable, on va faire de l'échauffement, tant de l'échauffement corporel...des petits mouvements, que de l'échauffement au niveau du regard, des moments où il va falloir fixer et capter l'attention de l'autre...c'est vraiment que des petits exercices...au niveau de la voix aussi, je sors un son. Donc ça, entre un quart d'heure et une demi-heure donc vraiment selon le groupe car il y a toujours un patient qui met du temps à se réveiller.

Après souvent on fait un travail de reprise de ce qui a été fait durant la séance avec les metteurs en scène. Car on a une sorte de...de feuille de route...à la fin de la séance avec lui il nous dit « ah ben tiens j'aimerais que vous bossiez sur tel truc ou tel truc qu'on a fait » après c'est à nous de décider de faire ce que l'on veut. On reprend des exercices, ou des chorégraphies qui ont été faites, pour étoffer et ajouter des propositions. Si on travaille sur des déplacements ou des textes, on va essayer de reprendre ça pour le maintenir en tête. Donc ça c'est à peu près...généralement...on fait environ une demi-heure. Au bout de ce moment on fait une pause car après une heure généralement ils sont « secs ». C'est pas joli comme expression mais je pense que c'est la plus parlante...ils ont soif, ils en peuvent plus...(rire) même eux le disent. Et puis nous aussi on a besoin d'une pause car ça demande beaucoup d'énergie de mener un groupe de théâtre. On se fait une petite pause...on est en psychiatrie avec des patients addictes donc on fume une cigarette (rire). Une fois on avait pas fait attention car ça nous arrive d'avoir que des patients psychotiques et ça faisait longtemps que nous n'avions pas eu de patients addictes et ils étaient tout juste sevrés...j'ai pas pensé à les faire boire autant que des patients qui sont déjà longtemps sevrés. Maintenant j'ai l'habitude, je suis vigilante mais là pour la première fois je me suis fait avoir...donc même si les patients veulent continuer c'est une obligation la pause. Physiquement il y a des patients, même s'ils ont plus le syndrome de sevrage, on a quand même des patients fragiles dans leur corps. Et ça il faut pas oublier...car on a tendance à se focaliser sur les

ressources psychiques etc. et parfois on se fait un peu avoir. C'est pour protéger les patients de faire une pause. C'est entre 10 et 20 min, ça dépend de comment ils sont.

Après c'est la proposition d'exercice nouveau, toujours en lien avec le thème que l'on a abordé avec les comédiens pros et de la construction du projet. Donc ça va être soit du travail d'élocution, soit ça va être la construction d'un projet de déambulation. Par exemple, avant covid, les patients avaient fait la demande que leur projet soit restituer. Donc on était en train d'élaborer quelque chose comme une déambulation dans un lieu neutre. On avait prévu de le faire dans un musée. Un gros musée qui était d'accord pour faire ce partenariat. Et le but était de créer une déambulation au sein du musée en lien avec les vitrines existantes : quelqu'un allait dire un texte, l'autre l'accompagnait d'un mouvement...des choses simples hein, on est pas des acteurs. On a pas la prétention de les faire devenir acteur mais plus du travail à leur demande...de pouvoir accéder à leur demande qui est essentielle et ainsi faire un travail de valorisation. C'est en faisant plein de petites choses, chacun les uns à côtés des autres ou ensemble que l'on va arriver à se construire, et construire une vie. C'est un peu ça l'idée principale avec le groupe théâtre avec les patients qui ont des addictions. C'est beaucoup de : « ah ben tiens toi tu as dit une phrase » « toi tu as fait telle proposition » « ah ben toi tu as aucunes difficultés de mémoire donc peut être si tu as envie de prendre plus de texte, tu prendras plus de texte ». Autre exemple, un monsieur a encore des difficultés d'élocution, il a pas envie de parler donc on réfléchit à ce qu'on peut proposer s'il est super à l'aise dans son corps ou il est super organisé ce monsieur alors on va lui proposer d'être régisseur de ce moment-là... Vous voyez c'est essayer de capter leurs capacités et leurs atouts et les mettre en valeurs...du coup généralement ça fonctionne très très bien car il y a une conscientisation du beau et du bon chez eux. Ça permet du coup de résister à la tentation. Réussir à ce qu'ils se fassent ou nous fassent assez confiance pour revenir très tôt à l'hôpital ou alerter quand ils ont des envies : « allo ? ça fait trois jours que je rêve de la bouteille et je la bois quand je ferme les yeux, j'ai besoin d'en parler à quelqu'un » et du coup on peut leur proposer de venir au CATTp ou de rencontrer la psychologue...enfin voilà on est souvent ce lien là avec le groupe théâtre et les patients addictes.

Après avoir fait un ou deux nouveaux exercices, on fait une reprise avec le groupe. C'est-à-dire « tiens vous qu'est-ce que vous en avez pensé, qu'est-ce qui vous a paru intéressants, pas intéressant...etc. » donc chacun prend la parole : patients et soignants. Quand le groupe a encore du mal avec la dynamique je pousse un petit peu quand c'est difficile de prendre la parole. Mais de toute manière, très rapidement dans un groupe de théâtre, la parole circule. Donc voilà...on se fait notre propre compte rendu, on demande si certains ont des nouvelles propositions à faire. Euh...ben voilà s'ils veulent ajouter quelque chose et sinon on clôture la séance et on se voit la semaine suivante.

Est-ce que c'est un compte rendu vraiment sur le projet en lui-même qui se construit ou il y a des échanges aussi sur les ressentis ?

Il y a aussi leurs ressentis. C'est-à-dire que l'idée c'est qu'ils puissent s'exprimer sur tout. Alors, souvent en plus, entre chaque exercice on fait un petit point si ça était ou pas, très rapide...car dans le groupe il peut y avoir entre 4 et 12/13 patients. Donc du coup voilà...à la fin on demande par exemple « dans quels exercices vous vous êtes sentie le mieux ? est-ce que vous savez pourquoi ? », et puis ils savent aussi qu'à n'importe quelle moment ils ont le droit de sortir du groupe. Ils ne sont pas obligés de faire l'exercice. Après si ça fait 4 séances qu'ils ne font rien on va les prendre à part pour leur demander ce qui se passe et que peut être que l'activité ne leur convient pas. Mais sinon, s'il y a un exercice qui les met mal, ils ont le droit de se retirer car des fois on a des patients qui niveau résistance physique...ils ont du mal...donc ça peut les mettre en difficulté et j'entends qu'ils n'ont pas envie. Des fois je pousse un peu « est-ce que vous vous sentez de tenir encore une minute de plus » mais très court et du coup c'est d'autant plus valorisant car le reste du groupe va l'encourager et lui faire remarquer qu'il a réussi à tenir plus longtemps. Donc voilà on leur demande leurs ressentis, est-ce qu'il y a des émotions qui sont arrivés, mais ça se dit beaucoup quand on travaille sur des créations de textes. Ça discute beaucoup sur les thèmes choisis...et c'est jamais anodin. Sans ouvrir le dossier médical, on arrive à deviner plus ou moins quel type d'addiction. Par exemple on leur propose des petites situations

d'improvisation...je prépare des situations mais d'abord je demande si quelqu'un à une idée et serait prêt à mettre en jeu le thème qu'il propose avec d'autres personnes. Et généralement...c'est dans un bar...des situations franchement on arrive à voir quelques problématiques qu'ils ont car ça ressort dans l'improvisation.

En quoi est-ce intéressant d'utiliser le jeu théâtral pour les personnes ayant des addictions ? Vous m'avez parlé donner quelques indications mais est-ce que vous voulez compléter ?

Alors essentiel c'est la valorisation, ça c'est une certitude. Il y a aussi le côté très fonctionnel si on peut dire ça comme ça. C'est-à-dire que dans le théâtre on est obligé de mettre le corps en mouvement. Ça n'est pas du sport, mais on travaille tout de même le corps, la conscience du corps. Aussi de fait on travaille les fonctions cognitives, car pour 90% des personnes ayant une addiction avec produit il y a souvent les fonctions cognitives qui sont un peu « bringuebaler » on va dire gentiment. Des fois il y a des grosses séquelles sur des patients qui ont peu d'ancienneté avec l'alcool ou autre produit si on peut dire. Ensuite...On travaille la spatialisation. On travaille la mémoire, que ce soit à court terme en se souvenant de la consigne des fois c'est compliqué, ou que ce soit en plus long terme avec l'apprentissage des textes. Et on le fait sous un mode ludique donc je pense que du coup on utilise pas les mêmes canaux sensoriaux ou les mêmes circuits neuronaux

En tout cas moi je vois l'addiction comme un mélange de troubles neurologiques, le phénomène addictif c'est de la neurologie par contre ce qui est « sûr renforcée », renforcée plus plus plus, je sais pas si ce mot existe mais je l'utilise (rire)...donc je disais que c'est de la neurologie avec un renforcement de problèmes de la vie, des difficultés intra personnelles qui font que l'on est plus fragile à un moment et que du coup l'addiction se met en place plus vite, plus fort, et que on la laisse aller plus loin. C'est un peu ça l'addiction, d'accord ?

Donc en définissant ça comme ça, du coup on a aussi un rôle de rééducateur là-dessus. Et au lieu de se coller devant une table, faire des exercices analytiques, et ben nous on le fait en direct. Et l'avantage au théâtre c'est qu'on vient en stimulant plusieurs canaux sensoriels...en multi sensoriel...

on travaille au niveau du son, comme souvent on travaille soit avec de la musique, soit avec des paroles ou encore des textes qu'une personne va dire...selon ce que c'est. Il y a tout ce qui est auditif, tout ce qui est visuel car on prend des repères au niveau de la pièce. Il y a tout ce qui est travail mnésique, à plus ou moins long terme. Et puis même on a aussi, quelque chose...comme les praxies quand on utilise des accessoires...c'est plus rare maison est en plein dedans. Donc on balaye large quand on est à l'élaboration d'une déambulation, d'un spectacle...euh...d'une expo car des fois on prend des photos durant les séances et on en fait une expositions juste pour dire « regardez, vous vous voyez pas sur scène mais regardez ce que vous faites ». Quand on prévoit une expo, souvent c'est à destination des patients et puis finalement un tel veut inviter machin, ou un autre dit que ça va intéresser le médecin.. ;donc on se retrouve à faire une expo quoi (rire). Et du coup on vient faire intervenir plein d'activités manuelles, on vient faire de la couture, on fait de la construction de décor...on travaille sur quelque chose de très complet...

Vous vous focalisez pas que sur le jeu théâtral...

Oui on part du jeu théâtral pour construire un réel projet en groupe. On est sur quelque chose où souvent les patients demandent une représentation, une finalité...même si ce n'est pas l'objectif de base donc ça entraîne le fait de vouloir avoir des costumes, même si il joue sur scène en jean et bien c'est pas le jean qu'il portait la veille...c'est son costume de scène. Ça aussi finalement on le travaille beaucoup...quand on répète, quand on se réunit tous ensemble, on leur demande déjà d'avoir une tenue appropriée...on vient pas en mini-jupe et en talon ou sinon on se retrouve en collant ou pied nu...non mais voilà je veux dire voilà....donc il y a ce côté-là d'être capable d'anticiper l'activité, prévoir la tenue qu'il faut...en plus des fois on leur demande de faire des recherches pour la séances suivantes. Par exemple « madame machin à penser de s'inspirer de tel artiste pour le décor, est-ce que si je vous donne les bouquins vous pourrez prendre le temps chez vous de lire et vous renseignez ». Ou ce qui ont accès à internet on leur propose de faire des petites recherches et de restituer au groupe les

recherches qui ont été faites. C'est important car ça responsabilise. Par exemple, les patients anticipent le fait d'enregistrer les textes de tout le monde car on sait jamais s'il y en a un qui rechute...ça ils le prévoient.

Finalement, en leur demandant de faire des actions pour une séance à l'autre vous leur demandez une sorte d'engagement...

Ah oui, on leur demande un vrai engagement et qui pour moi est comme le début d'un engagement professionnel. C'est-à-dire qu'on est responsable de quelque chose, on va le restituer à un groupe qui attend de nous et du coup cette responsabilisation on la pas dans d'autres groupes...(ou alors on est presque obligé de l'inventer). C'est super intéressant...on parle beaucoup de tout ce qui est réhabilitation psychosociale, moi sincèrement je fais de la réhabilitation psychosociale avec le théâtre comme on en fera jamais avec le « TomRemed » ou je sais pas quelle autre outil pour travailler les habiletés sociales. Parce qu'on est pas dans le faux, dans le « s'il vous arrive ça... », non, on est dans le réel. On est dans le décor se casse la gueule pile au moment où on pensait tout avoir terminé, on est dans le patient qui est tellement stressé qu'il se sent pas bien et qu'il veut plus monter sur scène...euh voilà on est dans du concret que l'on soit dans le jeu théâtral d'élaboration de quelque chose ou dans la final quand ils ont envie que cette finalité soit sur scène ou devant des personnes.. On est tout le temps sur du réel, du concret, du vécu...c'est paradoxal mais on est pas dans du cinéma, de la simulation de quelque chose...il y a pas plus réel que de monter sur une scène, de faire une déambulation.

Et du coup, quand même on est en groupe, qu'on joue au jeu théâtral simple sans public ou préparation de quelque chose, il y a quand même le public des autres participants, on est pas tous sur scène en même temps. Parfois on va être seul, parfois deux...même tous ensemble mais jamais tout le temps. Il y a quand même le regard de l'autre qui se joue. Dans les groupes d'activités manuelles...même s'il y a des interactions du style « ah c'est bien ce que tu fais », c'est du jugement mais il y a pas une telle implication. Le côté super intéressant...le côté...quand on est sur scène on est tous égaux...tous pareil même quand les metteurs en scène sont avec nous. Ils vont proposer un truc, on va essayer et ça va pas passer du tout...et un autre à une idée qu'il essaye de partager...ça c'est hyper valorisant pour les patients (idée que contrairement aux activités manuelles où il y en a qui ont plus de dispositions ou alors ça se voit plus que sur scène, et le fait de cette égalité cela renforce la valorisation que peut avoir le patient). Je pense que tout le travail que l'on fait, cognitif, des fonctions exécutives...tout le côté neuro...les déplacements, l'équilibre...c'est des choses importantes car des fois on a des patients qui ont le syndrome de Korsakoff. On doit réfléchir à comment on peut faire lorsqu'il y a des difficultés à ce niveau-là pour justement puiser dans ses capacités...

Je me souviens d'un patient, il tombait tout le temps, il était en fauteuil roulant tout ça...il récupérait plus...alors comment faire pour pas qu'il se sente agressé et en même temps qu'il accepte d'être en fauteuil car il ne voulait pas l'utiliser. Un jour, ce monsieur entend son voisin de chambre me demander de l'attendre dans le couloir et qu'il arrive pour venir en théâtre. Donc je l'attends. Il arrive en titubant et en se tenant au mur et me demande pourquoi son voisin y va et pas lui. Alors je lui ai dit que bon déjà il était là depuis moins longtemps et que je n'avais pas eu le temps de voir avec lui si cela était intéressant pour lui et que j'avais pas la notion que c'était quelque chose qui lui parlait. Et on commence à discuter et il me demande s'il peut venir voir...donc j'accepte car c'était à un moment où c'était un nouveau groupe donc pas de projet vraiment en construction...donc je lui dit « par contre c'est loin de votre pavillon », car on a un pavillon à part en fait...je lui dis « sincèrement, c'est moi qui est les clefs, il y a huit patients qui m'attendent dehors, je peux pas me permettre de les faire attendre, donc je n'ai pas d'autres moyens que de vous emmener en fauteuil, je suis désolée ». et en fait il a fait la séance en fauteuil, on avait tout juste commencé à réfléchir à deux/trois chorégraphies...des petits mouvements etc...et bien même en fauteuil on a travaillé l'équilibre du tronc...se baisser etc. Et du coup le théâtre c'est vraiment une activité complète.

Est-ce que vous avez déjà eu l'opportunité de constater des apports de l'activité théâtre dans le quotidien des patients ?

Alors oui que ce soit des patients intra hospitaliers ou qui viennent de l'extérieur. D'ailleurs ce sont plutôt les patients de l'extérieur qui restituent le plus quand il y a du mieux et du moins bien. Et j'ai pu constater du coup pour les patients qui sont hospitalisés, ne serait-ce physiquement...euh...quelque chose d'être plus conscient dans son corps, se tenir plus droit, limiter les tremblements, contrôler sa voix...ça c'est des choses qu'on voit en intra et même ce sont des infirmiers qui me demandent « ah monsieur machin tu l'as en groupe théâtre ? ben parce que je trouve que dans le positionnement il y a quelque chose de différent ».

Pour les patients de l'extérieur, beaucoup parlent du fait que comme ils ont une place particulière, cela leur permet dans les cas d'envie de rechute, de tentation...ils arrivent à distancer car ils pensent au fait qu'ils ont théâtre le lendemain et qu'ils peuvent pas faire faux bon pour ma mettre le groupe à mal. Ça c'est très courant comme retour. Donc ils arrivent à faire passer l'envie du premier verre, du premier shoot.. ;enfin voilà...c'est quand même essentiel...ou de le différer et des fois ils arrivent à le différer comme ça plusieurs mois.

Je me rappelle d'une dame où , on l'avait chargée d'apprendre la quasi-totalité des textes des patients. Parce qu'elle en avait besoin...c'était une ancienne prof d'anglais qui a prêté avait fait de la traduction spontanée patin couffin...et qui en fait avait perdu son boulot à cause de l'alcool. Il y avait d'autres traumatismes...perte d'un enfant...enfin voilà. Ça faisait 3 ou 4 ans que je la suivais cette dame. Alors effectivement on la sevré, elle restait trois semaines ou un mois chez nous, puis elle était prête à repartir et puis 15 jours après rebelote...on la croisait dans la rue...elle tenait plus debout et un mois après elle était à nouveau chez nous...enfin voilà...Et puis un jour, je lui parle du groupe théâtre – je lui en avais déjà parlé mais elle ne voulait pas – et en fait je lui en parle car en même temps je menais un groupe avec un infirmier où on travaillait sur des paroles de chansons et on les faisait chanter etc. Et elle était surinvestie dans le groupe, hyper-productive, elle était intéressée...dans le lien avec les autres alors que d'habitude elle restait en retrait. Et je lui dit « vous savez, franchement, ce que l'on fait ici c'est que la partie écrite de ce que l'ont fait au théâtre. Et je pense que ça fait sens, que ça vous fait du bien et du coup vous parlez d'avoir envie de faire de la chorale, est-ce que vous avez envie sur ce relais en extrahospitalier, vous voudriez au moins venir une séance ? ça ne vous engage à rien ». Et elle est venue, et dès le départ elle avait envie d'avoir une responsabilité. Elle disait que ce qu'elle ne supportait plus c'était « cette image de moi qui n'est plus capable d'assumer le centième de ce que j'assumais en tant que mère, en tant que prof, en tant qu'épouse...en tant que femme »...voilà quoi. Elle ne supportait plus d'avoir perdu tout statut social et toute valeur à ses yeux. Une dame avec une voix magnifique et avec des gros troubles au niveau équilibre et tremblements, par contre au niveau mnésiques...rien. Donc on lui a demandé « écoutez, il y a deux monsieur qui sont en difficulté, est-ce que vous accepteriez que eux fasse le mouvement et que vous soyez leur voix ? » donc ça avait débuté comme ça et c'est elle qui après avait dit qu'elle pouvait être sur scène aussi. Et donc en fait, maintenant elle ne vient plus depuis deux ans, mais elle a fait 3-4 ans dans le groupe théâtre. En partant elle nous a dit très clairement, quand elle nous a dit au revoir, que c'est le groupe théâtre qui avait différé à chaque fois le premier verre car une fois qu'elle avait du travail à faire, elle savait qu'elle avait théâtre. Des fois elle me disait « faut que tu me trouves autre chose, il faut que tu m'en donnes encore plus » et du coup, elle dit que...du coup qu'elle avait retrouvé une place qui l'attendait, elle était utile. Maintenant elle fait du théâtre à l'extérieur, plus du tout avec nous...je la croise de temps en temps comme c'est une petite ville. Elle fait de la chorale aussi...elle s'est remise à aller marcher avec des amis.

Du coup elle a réinvestie des activités grâce au théâtre ?

Ah oui oui et puis elle est complètement...alors elle a quand même toujours un suivi avec la psychologue mais plus ensuite...au niveau addicto quand je la vois, elle me dit qu'elle n'en aurait plus besoin. C'est en fait, vraiment elle n'arrive pas à couper. Je me dis qu'il y a eu plusieurs personnes

comme ça et franchement, j'ai la notion qu'avec les personnes ayant des addictions, pour moi, c'est presque la meilleure médiation. Pourtant je suis pas trop une médiation/une pathologie adaptée, mais sincèrement à chaque fois j'ai l'impression qu'il y a quasi que ça qui fonctionne réellement sur du long terme.

Pourtant j'ai du mal à trouver des ergothérapeutes pratiquant du théâtre. Selon vous pour quelles raisons les ergothérapeutes n'utilisent pas cette activité ?

Moi je pense que mettre en place du théâtre ça fait peur. Je pense qu'il y a aussi une difficulté dans le sens où ce sont des groupes qui mobilisent énormément d'énergie sur le moment, sur la préparation, sur la restitution. Là nous quand on fait une déambulation, c'est assez léger mais des fois il y a eu des certains moments, leurs demandent, c'était de faire un spectacle. Et je peux vous dire que d'organiser ne serait-ce qu'une demi-heure de spectacle c'est deux ans de travail avec un groupe...bon là c'était un groupe compliqué...mais un groupe fermé ou personne ne rentre...il y en a qui sorte, tant pis mais en même temps on va pas empêcher à un patient qui va bien de sortir. Et en plus...c'était une séance comme celle que je fais actuellement et une journée entière avec le metteur en scène mais aussi une autre séance. Je faisais donc deux séances par semaine avec une de reprise et une d'apprentissage/élaboration des textes...et j'ai eu un énorme relais avec les équipes pavillonnaire qui faisaient apprendre les textes aux patients...mais voilà c'est deux ans où on fait...ma pratique ergo c'était plus de 60% de mon temps. Donc il faut du temps et aussi être appuyé par l'équipe...par les cadres...par les médecins...ce sont des grosses batailles parce qu'on ne fait plus des pompons et qu'on montre qu'on est capable d'autre chose. Ça permet une certaine reconnaissance...et ça fait « chier » de reconnaître les ergo dans leurs professions...bon voilà je parle comme ça...surtout en santé mentale, il y a une maltraitance vis-à-vis des ergo et c'est pas un mot que j'emploie à la légère...se passe d'autant plus en psy car on marche sur les plates-bandes des infirmiers psy...il y a pas une seule journée où je ne réexplique pas un bout de l'ergo...

Et donc un groupe théâtre ça ne se monte pas tout seul...et il y a donc la difficulté à travailler en pluridisciplinarité. Nous, part notre formation on sait comment monter des projets alors on aide ce genre de chose mais il faut de l'aide d'autres professionnels.

Je change un peu de sujet pour recentrer un peu sur une thématique particulière...l'estime de soi des patients ayant un trouble de l'usage de substance. Vous m'avez parlé de faible estime de soi, comment cela se traduit dans le quotidien des patients ?

Alors rien que ce matin, j'ai fait passer un bilan cognitif normé à un monsieur qui a des addictions et que ce n'est pas son premier séjour chez nous. Par contre, les écarts libres (= temps avant de rechuter) sont de plus en plus longs et les hospitalisations de plus en plus courtes, ce qui est vachement mieux. Il arrive beaucoup moins mal qu'avant et il arrive à alerter rapidement quand il rechute. Donc là, on passe le bilan et à la fin du bilan je lui fait voir les résultats et je lui dit que j'ai pas l'impression qu'il y a une perte de fonction et que ça ait beaucoup bougé – comme j'avais déjà fait le bilan deux hospitalisations précédentes, comme ça, j'ai une référence dans le temps – donc je lui dit que rien a changé par rapport à ceux d'avant, donc on part du concret et il me dit « ah je pensais que c'était beaucoup plus pire » et du coup je lui fait la remarque « ah mais ça c'est forte image, vous projeter que vous n'êtes pas en capacité de alors que dans ce bilan là, dans cette situation vous êtes en capacité ». Il y a beaucoup de paroles comme ça au quotidien. Après sur d'autres groupes d'activité manuelle ils veulent pas venir car « ah ben non je vais pas savoir ». Et puis généralement ils finissent par faire enfin voilà...mais ils se comparent aussi « lui il est plus capable que moi », « lui c'est plus joli » etc...enfin vous voyez ? Il y a de la dévalorisation... « je ne vais pas comprendre », « je vais pas réussir à me souvenir »...on est que dans ce genre de chose c'est impressionnant. Et donc ce patient me dit ça ce matin, et puis comme on se connaît quand même bien...ça fait presque 10 ans que je le suis ce patient...que sur les hospitalisations, en dehors je ne le vois pas. Mais...mais je lui ai dit « on en revient toujours au même point » et il me dit « ouai, en plus à chaque fois je me rend compte plus je bois plus je me sens comme une merde »...il me la dit comme ça hein « plus je me sens comme une merde plus

je me dis ah ben tiens je vais me resservir un verre parce que je me supporte pas comme ça »...enfin voilà, il parle d'un cercle vicieux. Après son estime de soi s'améliore petit à petit et il a conscience de cette problématique-là chez lui. Là il est revenue pour une rechute, et il est déjà repartie...avant il avait failli y passer avec des rechutes à 7L de rosée et pendant une semaine il ne nous reconnaissait pas tellement il était mal...là une journée et il a bu trois bières....donc il y a une évolution positive et même lui il est fier de ça. Malgré tout, malgré la fierté enfin voilà...il y a toujours « tu comprends, je vais pas être capable de le faire » il va quand même verbaliser qu'il se déçoit car il a quand même rechuté alors qu'il a conscience de son évolution.

Oui il y a tout de même des dévalorisations c'est ça .. ?

Oui tout le temps, tout le temps...Et alors, moi je suis en recherche de bilan normé, je voudrais justement pas pour que ce soit très protocolisée mais pour aussi pouvoir avoir quelque chose à leur mettre en face de leurs discours et parfois du discours de l'équipe qui peut être très....c'est pas du tout de la malveillance mais qui va surtout retenir le négatif. La actuellement on a une élève de troisième année en stage et qui m'a parlé que dans un programme de réhabilitation psychosociale qu'elle a vu une échelle sur l'estime de soi...donc je viens de découvrir une échelle sur l'estime de soi mais je l'ai juste vu une fois mais je pense que cette échelle fera partie de mon évaluation

Vous vous souvenez de le nom de cette échelle ? L'échelle de rosenberg ?

(Réfléchis)hum non....c'est des abréviations « RIED » ? Re...je sais plus elle est sur mon bureau. Comme on a regardé plein de trucs en même temps, je ne me souviens plus. Je me dis, quand nous on fait nos grilles d'évaluation d'activité, je pense que c'est important une part de ça qui rentre dedans...Le travail de l'estime de soi. Parce que effectivement on est pas une structure de réhabilitation psychosociale, on utilise pas les outils purs de réhab par contre je pense que c'est vachement intéressant cet aspect de la réhab...moi je suis formée à l'ancienne, je suis une vieille ergo qui a été formée alors que ça existait pas la réhabilitation... mais il y a des manques dans la psychanalyse. C'est pas accessible pour tous que c'est juste un décodeur. C'est comme les autres modèles conceptuels. Du coup la réhab c'est une sorte de décodeur et une sorte de réponse mais qu'on peut mélanger avec d'autres choses. C'est un peu de la psycho-intégrative. Je ne suis pas formée en psychologie, je le fais de fait mais je ne dis pas que je fais de la psycho-intégrative puisque je ne suis pas psychologue. C'est vraiment là où le groupe est intéressant car on travaille l'estime de soi sans la travailler directement...

Je rebondis sur ça pour vous demander, quels sont les avantages du jeu théâtral pour travailler l'estime de soi ?

Je trouve que l'estime de soi, souvent, c'est difficile de la travailler dans des groupes comme par exemple d'activités manuelles. Parce que à part dire « ouai c'est bien » alors qu'ils sont bien déprimé quand ils arrivent et qu'ils sont en plein syndrome de sevrage et qu'ils tremblent de partout...ils sont pas idiots et jamais j'oserai dire « ah c'est sympa ce que vous faites ». Des fois ils ne sont pas capables de découper donc ils en conscience de leurs difficultés...faut savoir être respectueux et pas se foutre de leur gueule...désolée de le dire comme ça...mais je refuse de faire du jugement. Donc c'est pas forcément évident de travailler sur l'image dans des moments comme ça...on a peu d'outils. En théâtre, on ne travaille pas directement sur l'estime de soi...par exemple on fait de la captation d'images qui ne sont souvent pas divulguées, enfin si on fait une exposition. Mais...on fait de la captation d'image sur la demande des patients parce qu'ils se rendent compte qu'ils ne se voient pas sur scène. « Ah ben lui, il fait ça » et quand tu leurs réponds « ben oui vous aussi », ils sont étonnés. Alors on fait des photos, on filme des moments, on fait aussi de la captation de la voix et rien que ça enfaite ça leur permet de se rendre compte. « ah cette voix c'est moi ? oh c'est pas mal, j'aime bien cette voix... » ou encore « ah ben non j'ai pas l'air ridicule »...ce sont des petites choses mais ils se regardent eux faire

et ils prennent conscience des choses...« je ne pensais pas que j'étais capable » « je pensais pas que j'allais réussir à me souvenir de tout »...

Je leur dit toujours qu'on attend rien d'eux que la seule chose que l'on attend du groupe c'est trouver sa place et de saisir ce qu'ils ont envie de saisir. Si vous avez des difficultés niveau mémoire, moi je vais pas rééduquer la mémoire dans un groupe de théâtre - ce qui n'est pas vrai d'ailleurs car on la sollicite - mais je vais pas leur faire tout réciter par cœur un texte juste pour rééduquer. Et puis c'est pas mon but par exemple de rééduquer, je leur dit « si vous êtes plus à l'aise sur votre mémoire corporelle et que ça vous fait du bien, moi je m'en fiche ». Ils saisissent ce qu'ils ont envie, ils ne sont pas obligés de devoir travailler la mémoire car ils ont des troubles mnésiques. Au théâtre c'est comme dans la vie, il y en a qui aime courir, il y en a qui font du vélo, d'autres du patin à glace...et ben on a des habiletés dans certains domaines plus que d'autres. Dans la vie quotidienne c'est pareil...et la vie quotidienne c'est quoi ? c'est je parle, je bouge, je suis en interaction avec l'autre...avec le théâtre on est là-dedans. Du coup, pour moi c'est ça l'intérêt. Tout est valorisant au théâtre. Il y a pas d'échecs.

Quand vous dites qu'il n'y a pas d'échecs, est-ce que les patients ne se sentent pas en échec, ça arrive que parfois ils soient déçu d'eux-mêmes ?

L'idée c'est que...souvent c'est un patient mais les autres...le groupe n'est pas déçu de ce qu'il a fait. Donc déjà, c'est le groupe qui s'auto gère la dessus. Et après de temps en temps...par exemple, le truc très bête : on a bossé pendant 6 mois pour élaborer cette fichue déambulation, deux semaines avant, on confine ...c'est décevant pour tous...les patients, les soignants, les cadres qui nous ont soutenu, le musée qui avait déjà fait ses affiches...du coup on est tous dans la même galère. Dans des moments de déception, ils sont déçu d'eux-mêmes...il y a toujours quelqu'un qui va trouver le positif. Par exemple, « ah ben oui tu as oublié ton texte mais en même temps on a pas eu besoin de te le souffler, tu as été en capacité d'improviser c'est encore plus difficile, tu as pas paniqué. Moi ce que je vois c'est que je ne sais pas si j'aurais été capable à ta place »...et du coup je trouve qu'il y a toujours du positif. C'est un groupe qui apprend à s'adapter à la vie, quand je vois...plein d'outils de réhabilitation...c'est répondre à une problématique et expliquer comment on réagit et pourquoi...ben nous c'est ce qu'on fait au quotidien dans un groupe de théâtre. C'est pas sur une carte mais dans le théâtre la situation devient réalité.

Autre exemple, on voulait faire des costumes, mais ça tenait pas...truc super con...on voulait faire des chapeaux un peu à la Tim Burton...je sais pas si vous voyez ? (rire)

Oui je vois (rire)

Il y a ce patient qui a l'idée de faire un chapeau avec plein de trucs qui sortaient. Notre metteur en scène nous raconte qu'il avait déjà fait ça avec des tapis de yoga...hyper léger...alors on en ramène, on fait des essais avec des patients qui étaient motivés pour le faire...sauf que le metteur en scène avait pas précisé c'est qu'il fallait pas le faire à la colle chaude qui fondaient...mais moi...ça fait quand même 25 ans que je suis ergo et que j'utilise le pistolet à colle...l'abrutie c'était bien moi sur ce coup-là (rire) mais ils s'en voulaient, moi je leur disait « ça fait 25 ans que j'utilise régulièrement le pistolet à colle, si quelqu'un pouvait bien se doutait que ça allait pas marcher c'était bien moi » du coup...c'est intéressant pour eux car il y a de la mise en difficulté et de la réflexion commune et je pense que ça en psy surtout on leur a enlève ça...on ne leur permet pas de réfléchir par eux même, on leur enlève cette autonomie de pensée. Du coup, je trouve qu'il n'y a qu'au théâtre que c'est si complet.

Est-ce que vous avez constaté une évolution concernant l'engagement des patients dans l'activité théâtre ?

Il y a une forme de...dans les addictions dans la psychose...dans les addictions il y a toujours une phase de refus : « toute façon j'ai pas besoin » « je suis au-dessus de ça », généralement je la joue comme

ça, qu'ils font comme ils veulent mais qu'ils peuvent venir voir comment ça se passe durant une séance car on a pensé que ça pouvait être intéressant pour eux. Je leur dit que c'est un moyen comme un autre et que si ça ne leur convient pas on trouvera autre chose. Et donc...quand ils sont retissant car c'est compliqué de savoir ce qu'il y a derrière le mot théâtre, c'est tellement vaste que je propose de venir voir. Au début ils répondent « oh ben je sais pas » pas très emballé et généralement le jour de l'activité, je fais le tour des patients de l'intra qui doivent venir et je glisse une tête chez le patient un peu hésitant. Généralement ils viennent avec nous...c'est vraiment le schéma type vraiment...ils s'installent et ils disent « je regarde juste »...au bout du deuxième exercice même parfois durant le premier ils demandent « je peux venir avec vous ? ». Il y a une phase ascendante, au fur à mesure ils vont vraiment accrocher et vraiment investir. J'ai la notion, qu'à un moment donné, la mayonnaise retombe – si on peut dire – parce qu'on est allé mettre en travail tout ce qu'ils étaient en capacités de mettre en travail. Et des fois, ils sortent complètement du groupe, ils demandent à faire une pause, soit on met une autre activité à côté, soit ils sortent du groupe et ils vont se réintégrer à un moment où ils auront une autre problématique à travailler.

L'engagement est lié à l'activité, il y en a ça leur parle plus ou moins, mais une fois qu'il y a eu le premier investissement, et bien après j'ai la notion que ça se lie à leur propre cheminement psychique.

L'engagement est lié aux objectifs fixés auxquels l'atelier répond ?

Les objectifs je ne les définis pas forcément avec eux mais concernant leur propres objectifs oui. C'est comme toute activité signifiante, à un moment donné elle répond à une problématique soit elle provoque un « mieux être » à un certain moment dans une certaine situation. Leur engagement dans l'activité est en réponse à un besoin à un certain moment.

C'est aussi pour ça que pour un patient avec qui ça n'a pas fonctionné il y a trois ou deux ans, je vais lui reproposer parce que ça peut être le moment pour lui

Est-ce que vous avez un exemple de cas clinique en tête où vous avez pu voir une évolution de l'estime de soi grâce ou à travers le théâtre ?

J'ai plein d'exemples mais un qui est vraiment significatif c'est la dame dont je vous ai parlé. Là c'est vraiment flagrant, en plus c'était le seul suivi qu'elle avait en extra hospitalier donc au moins en dehors de sa verbalisation que c'était grâce au théâtre, on voit qu'il y a eu évolution alors qu'elle avait que ce suivi là en tout cas au niveau de l'ergothérapie, après elle avait des rendez-vous avec la psychologue. Au départ c'était pas forcément l'amélioration de l'estime de soi mais de tenir sa responsabilité envers les autres membres du groupe mais du coup après cet accomplissement, et au fil des séances elle verbalisaient quelle voyait qu'elle n'était pas en dessous des autres...

Merci beaucoup, vous avez répondu à toutes mes questions. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Un sujet que j'aurais oublié d'aborder et qui vous semble important ?

(réfléchis) j'ai pas la notion...après...non car on a redéfinie ce que c'était addiction pour être sûr qu'on parlait bien de la même chose et voilà...

Merci beaucoup

Résumé : L'activité théâtre en addictologie : l'impact du jeu théâtral sur l'engagement occupationnel et l'estime de soi

Le trouble de l'usage de substances psychoactives représente un enjeu de santé publique étant donné la croissance de la consommation et l'apparition de nouvelles substances sur le marché. L'installation de ce trouble s'effectue de manière progressive, au fil du temps : l'individu se désinvestit de ses occupations de la vie quotidienne, la consommation devenant l'activité principale. En plus d'un désengagement occupationnel, la personne entre dans un cercle vicieux de mésestime de soi. Le théâtre, utilisé comme moyen d'intervention par l'ergothérapeute, est reconnu comme ayant un rôle dans la socialisation et la connaissance de soi. Cependant, son efficacité auprès du public souffrant d'addictions n'a pas été étudiée. L'objectif de cette étude est de déterminer l'impact du jeu théâtral sur l'estime de soi des personnes présentant un trouble de l'usage du produit, afin d'identifier son rôle dans l'engagement occupationnel. La question de recherche se basant sur des critères qualitatifs, trois entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes pratiquant le théâtre en addictologie. Cette enquête met en évidence l'importance du cadre de l'activité ainsi que de la visée du jeu théâtral dans le développement de l'estime de soi, et dans le transfert des acquis permettant l'engagement occupationnel. Compte tenu du faible échantillonnage, les données recueillies ne permettent pas de conclusion générale. Toutefois, elles constituent une piste de réflexion sur l'accompagnement des ergothérapeutes travaillant en addictologie.

Mots-clés : trouble de l'usage, jeu théâtral, ergothérapie, engagement occupationnel, estime de soi

Abstract : Theatre activity in addictology: the impact of theatrical activities on occupational engagement and self-esteem

Substance use disorder is a public health issue given the increase in consumption and the arrival of new substances on the market. The onset of this disorder is gradual, over time : the individual becomes disengaged from his or her daily life activities, as consumption becomes their main activity. In addition to a disengagement from their occupations, adults enter a vicious circle of low self-esteem. Theatre, used as a means of intervention by the occupational therapist, is recognised as having a role in socialisation and self-awareness. However, its effectiveness with those suffering from addiction has not been researched. The aim of this study is to determine the impact of theatre on the self-esteem of people with substance use disorders in order to identify its role in occupational engagement. The research question was based on qualitative criteria, and three semi-structured interviews were conducted with occupational therapists using theatre in addictology. This survey highlights the importance of the framework of the activity as well as the aim of the theatrical activities in the development of self-esteem and in the transfer of the acquired skills allowing for occupational engagement. Given the small sample size, the data collected does not allow for any general conclusion. However, it does provide a basis for reflection on the therapy provided by occupational therapists working in addictology.

Keywords : substance use disorder, theatrical activities, occupational therapy, occupational engagement, self-esteem