



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Volition et Addiction

La volition, levier dans le rétablissement d'un équilibre occupationnel satisfaisant



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

Sous la direction de Madame Florence Lachenal-Mokhtari

Héloïse DAVY
Session Juin 2026

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* ».

“L’addiction, c’est tout ce qui vide la vie de son sens tout en la faisant paraître meilleure.” -
C. Pinkola Estés (1992) - *Femmes qui courent avec les loups*

Remerciements

Je souhaitais adresser quelques mots aux personnes qui m'ont accompagnée durant la rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je tiens avant tout à remercier mes parents; mon père pour ses relectures et ses précieux conseils d'universitaire et ma mère pour m'avoir faite découvrir ce merveilleux métier qu'est l'ergothérapie.

J'aimerais exprimer toute ma gratitude à Monsieur Marc Valleur, psychiatre et spécialiste des conduites addictives, qui a aiguillé et guidé ma recherche tout en m'offrant une perspective de l'addiction, différente de celle que j'avais pu explorer en ergothérapie. Je remercie aussi les ergothérapeutes qui ont participé à cette étude.

Il me semble crucial de souligner l'importance de mes amies et futures collègues ergothérapeutes avec qui une entraide est née tout à long de cette dernière année, ainsi que remercier mes amis pour leur écoute pendant ces longues heures où j'expliquais en détails mes recherches et mes apprentissages. De plus, il apparaît comme nécessaire de remercier mon compagnon qui, malgré ses études de commerce, est devenu expert de la volition.

Merci à ma plus proche amie, étudiante infirmière, sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour, puisque mon questionnaire initial est le fruit de nombreuses de nos conversations sur la place de l'ergothérapie au sein d'un de ses lieux de stage en addictologie.

J'exprime toute ma reconnaissance à Madame Zamora et l'équipe pédagogique de l'ADERE qui m'ont encadrée et soutenue pendant ces 3 ans d'études, tout en me poussant à devenir une future professionnelle attentive et consciencieuse.

Enfin, je tiens à tout particulièrement à remercier Madame Lachenal pour m'avoir accompagnée pendant 1 an sur cette rédaction, pour m'avoir guidée, conseillée et encouragée tout au long de ce mémoire.

La volition, levier dans le rétablissement d'un équilibre occupationnel.

L'accompagnement des personnes dépendantes aux opioïdes.

Mots clés : Addiction - Opioïdes - Sevrage - Rétablissement - Volition - Équilibre Occupationnel - Ergothérapie

Résumé :

L'addiction aux opioïdes constitue une rupture de l'équilibre occupationnel en raison des complications cliniques, de l'altération des routines et des rôles sociaux, ect... qu'elle engendre. Ce mémoire de recherche se questionne sur l'impact du soutien de la motivation ou volition selon le Modèle de l'Occupation Humaine dans la prise en charge des personnes dépendantes intégrées dans un processus de sevrage. Il s'agit là d'une étude qualitative composée de trois entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes exerçant dans le domaine de l'addictologie. Les résultats exposent la place centrale de la motivation dans le processus de sevrage tout en soulignant que cette dernière connaît des fluctuations qui la restituent dans une approche holistique et globale. Certains facteurs peuvent engendrer ces variations ce qui induit l'importance du réengagement dans les occupations significantes, l'adaptation de l'environnement et la reconstruction d'un équilibre occupationnel pour favoriser le développement du pouvoir d'agir et ainsi contribuer au rétablissement.

Cette étude met en exergue la place de l'ergothérapie en addictologie notamment dans l'accompagnement du sevrage aux opioïdes en soutenant la volition et le réengagement occupationnel.

Keywords : Addiction - Opioids - Withdrawal - Recovery - Volition - Occupational Balance - Occupational Therapy

Summary :

Opioid addiction is a breakdown of occupational balance due to clinical complications, altered routines and social roles, etc... that it engenders. This research examines the impact of motivation support or volition according to the Model of Human Occupation in the care of dependent people integrated into a withdrawal process. This is a qualitative study consisting of three semi-structured interviews with occupational therapists practicing in the field of addictology.

The results highlight the central place of motivation in the weaning process while emphasizing that it experiences fluctuations that restore it in a holistic and global approach. Some factors can cause these variations, which leads to the importance of re-engagement in meaningful occupations, the adaptation of the environment and the reconstruction of an occupational balance to promote the development of empowerment and thus contribute to recovery.

This study highlights the role of occupational therapy in addictology, particularly in supporting opioid withdrawal by supporting volition and occupational re-engagement.

Glossaire

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies

CJC : Centre des Jeunes Consommateurs

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

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

MTC : Modèle Transthéorique du Changement

OBQ : Occupational Balance Questionnaire

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OEQ : Ordre des Ergothérapeute du Québec

OFDT : Observatoire Français et des Drogues et des Tendances Addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

TAO : Traitement par Agonistes Opioides

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VQ : Volitional Questionnaire

Sommaire

Introduction	1
I. Addictions	3
A. Généralités	3
1. Définitions et mécanisme physiologique de l'addiction	3
1.1 Système de récompense	3
1.2 Dépendance	4
1.3 Addiction	4
2. Pratiques addictives	5
3. Les différents niveaux d'usage	6
B. Addiction aux opioïdes	7
1. Généralités sur les substances psychoactives	7
1. 1. les différents types de substances	7
1. 2. Les opiacés et opioïdes	7
1. 3. Un problème de santé publique	8
2. L'addiction aux opioïdes	9
2. 1. Physiologie	9
2. 2. Effets recherchés	9
2. 3 Syndrome de sevrage	10
2. 4. Conséquences de l'addiction	10
C. Prise en charge de l'addiction aux substances	11
1. Structures et dispositifs	11
2. La pluriprofessionnalité	12
3. Les objectifs de l'accompagnement au sevrage	13
4. Méthodes d'accompagnement lors du sevrage	13
II. Ergothérapie et Addiction	15
A. Ergothérapie et équilibre occupationnel	15
1. L'ergothérapie	15
2. L'équilibre occupationnel	16
3. Le rétablissement	16
B. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	17
1. Explication et objectifs du MOH	17
2. Définition des composantes du MOH	17
3. La dynamique du MOH	18
C. Les impacts des addictions vus par le MOH	19
1. Impacts sur l'être occupationnel	19
2. Impacts sur l'environnement	19
3. Impacts sur la performance et l'équilibre occupationnel	20
III. La volition : un levier pour le sevrage	21
A. Le sevrage : de la prise de conscience au changement	21
1. Le Modèle Transthéorique du changement	21
2. La contemplation ou prise de conscience	22

3. Ambivalence au changement	22
B. Le sevrage et la volition	23
1. Le sevrage : une affaire de volonté ?	23
2. La volonté et la volition au sein du MOH	23
3. Évaluer la volition	24
C. Soutenir la volition et le processus de changement en ergothérapie	25
1. Les facteurs soutenant la volition	25
2. Les facteurs favorisant le processus de changement	26
3. Travailler sur les freins à la volition	26
IV. Problématisation et méthodologie de recherche	27
A. Question de recherche et hypothèse	27
B. Contextualisation de la méthode	28
V. Présentation et analyse des résultats	30
A. Profil des ergothérapeutes	30
B. Axes thématiques	31
1. Le processus de sevrage et le modèle transthéorique du changement	31
2. La motivation	34
3. La volition	37
4. L'ergothérapie et le soutien de la motivation/volition	40
5. L'équilibre occupationnel vers un sevrage durable	43
VI. Discussion	45
A. Liens avec la littérature	45
1. Le processus du sevrage et le modèle transthéorique du changement	45
2. Motivation et volition	46
3. L'ergothérapie et le soutien de la motivation/volition	47
4. L'équilibre occupationnel vers un sevrage durable	49
B. Limites et biais méthodologiques de l'étude	50
C. Intérêts de la recherche	51
Conclusion	53
Bibliographie	55
Sitographie	58
Annexes	61
A. Guide d'entretien	61
B. Formulaire de recueil de consentement	63
C. Mail de sollicitation pour les entretiens	64
D. Retranscription d'un entretien	65

Introduction

L'addiction présente une importante problématique de santé publique. L'exemple suivant, donné par l'Association Addictions France illustre l'augmentation flagrante de la consommation de substances psychoactives. En effet, il est expliqué, qu'en 2023, plus d'un million de Français déclaraient avoir consommé de la cocaïne au moins une fois. Il est souligné que la consommation de cette substance illicite a été drastiquement majorée ces dernières années, jusqu'à doubler.

En réfléchissant au sens des mots "dépendance" et "addiction", nous nous rendons rapidement compte qu'à différents niveaux, nous sommes tous plus ou moins dépendants à quelque chose, que ce soit, le tabac, l'alcool, le téléphone, le sport, le sucre, ect... Il reste évident que toutes ces addictions n'ont pas le même impact sur la santé ou la vie, mais elles modifient toutes l'équilibre occupationnel antérieur à la dépendance, à plus ou moins grande échelle et il convient de comprendre les raisons de cette dépendance (Valleur, 2009). Selon l'OMS, l'addiction est un "état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou des comportements". Le mécanisme de l'addiction repose sur l'activité du système de récompense. Une accoutumance se met en place, entraînant une baisse de dopamine et une dépendance (Aldridge et al, 2007). Nous explorerons la différence sémantique entre "dépendance" et "addiction". Le mésusage de ces termes, souvent confondus, est un point à souligner en raison des définitions qu'ils présentent.

Au delà des conséquences physiologiques et psychiques induites par la consommation de substances, la drogue joue un rôle clé dans la rupture des rôles sociaux, des occupations. La consommation régulière entraîne une perte d'autonomie et une diminution de la qualité de vie. Cette occupation est dysfonctionnelle puisqu'elle prend le pas sur les autres occupations parfois essentielles (manger, dormir, ect...) (Wilcock, 1998). Les répercussions de la dépendance sont multiples qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales (isolement, endettement, malnutrition, ect...). M. Rousset définit l'équilibre occupationnel comme "la juste répartition et proportion dans nos occupations, contribuant ainsi à notre état de bien-être, de stabilité et d'harmonie" (M. Rousset, 2023). Cet équilibre peut être impacté par différents facteurs comme l'environnement, l'économie et nos capacités physiques. L'addiction se présente une rupture dans l'équilibre occupationnel. En revanche, la volonté d'y mettre un terme participe de la réappropriation du pouvoir d'agir mais nécessite un

accompagnement pluridisciplinaire (médicale, sociale, paramédicale, ect...) (Vavassori et al, 2003).

Le Modèle transthéorique du changement (MTC) de DiClemente & Prochaska (1992) présentant les différentes étapes de modification d'un comportement peut être mis en lien avec les étapes du sevrage. Le processus de ce dernier peut être long et doit engager un entourage professionnel conforme aux besoins du patient dans le but de se rétablir dans tous les domaines de la vie impactés par l'addiction. A chaque stade décrit dans le MTC, différents acteurs vont entrer en jeu, pour soutenir le patient dans son changement tout en prévenant les rechutes.

Un entretien avec un psychiatre spécialisé a favorisé le recentrage de mes recherches sur les addictions aux substances psychoactives, notamment les opioïdes (héroïne, oxycodone). La prise en charge du sevrage est établie sur l'alliance thérapeutique et des entretiens motivationnels dans le but d'encourager l'observance et l'adhésion aux soins pour obtenir de meilleurs résultats et rétablir au mieux l'équilibre occupationnel en prévenant les rechutes (HAS, 2006). L'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la prise en charge du patient dépendant et dans son rétablissement. Le tout reste de déterminer quel rôle et selon quels protocoles.

Cette réflexion est née à la suite d'un échange avec une étudiante infirmière qui s'interrogeait sur l'absence d'ergothérapeute dans le centre d'addictologie dans lequel elle effectuait un stage dans le cadre de sa formation. Toutes ces réflexions m'ont poussée à entreprendre davantage de recherches pour comprendre l'impact des addictions, les conséquences psychiques et physiques, le sevrage, les rechutes et les étudier sous le prisme de l'ergothérapie.

De cette phase exploratoire sont donc apparus les questionnements suivants : les ergothérapeutes peuvent-ils accompagner le patient tout au long des différentes phases de sevrage, en suivant le cycle de DiClemente et Prochaska pour un changement viable et un rétablissement de l'équilibre occupationnel ? Pouvons-nous permettre à la personne de nourrir sa volonté de mettre un terme à sa consommation avant de débiter le sevrage puis renforcer cette volonté tout au long de celui-ci, afin qu'il soit durable ? Quelles peuvent être les limites de la volonté dans le cas du sevrage ? Dans quelles mesures l'environnement social impactera-t-il ?

Ces réflexions me mènent donc à la question suivante : ***Comment soutenir, en ergothérapie, les personnes dépendantes aux opioïdes tout au long de leur processus de sevrage ?***

Dans un premier temps, le cadre conceptuel sera établi et décrira l'addiction aux opioïdes; le mécanisme physiologique, le processus de sevrage ainsi que la prise en charge des personnes dépendantes. Nous allierons l'addiction à l'ergothérapie sous le prisme de la volition en intégrant l'hypothèse qu'en "soutenant la motivation, ou la volition selon le Modèle de l'Occupation Humain (MOH), des personnes dépendantes aux opioïdes sur la totalité du processus de sevrages, les ergothérapeutes accompagnent les phases du modèle transthéorique du changement jusqu'à un équilibre occupationnel plus satisfaisant et un sevrage pérenne".

Dans un deuxième temps, une enquête sera menée auprès d'ergothérapeutes et explicitée pour permettre la présentation des résultats obtenus ainsi que leur analyse.

Pour finir, ce mémoire se conclura sur la validation ou la non validation de l'hypothèse de recherche sous le prisme des résultats de données recueillies et du cadre conceptuel.

I. Addictions

A. Généralités

1. Définitions et mécanisme physiologique de l'addiction

1.1 Système de récompense

Avant d'expliquer ce que sont la dépendance et l'addiction, il est nécessaire de faire un point sur la physiologie du cerveau, notamment le système de récompense qui joue un rôle central dans l'addiction. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) explique qu'il s'agit d'un réseau cérébral fondamental qui permet une gestion de notre survie en favorisant des comportements (boire, manger, perpétuer la survie de l'espèce humaine, ect...). Ce système permet de ressentir du plaisir et donc renforce l'envie d'effectuer un comportement ou une action qui procure du plaisir. Il agit sur nos perceptions, nos émotions, nos humeurs et nos sensations. Nous retrouvons des neurotransmetteurs dopaminergiques, sérotoninergique et noradrénergiques qui apportent à notre corps des messages de plaisir, de bien-être lors de certaines actions et qui nous pousse à reproduire ces mêmes actions plaisante.

Dans le cadre des addictions aux substances psychoactives, en fonction de leur composition et de leurs effets, nos émotions, perceptions, ect..., sont ou bien accélérées, ou bien freinées ou atténuées. Le cerveau sécrète naturellement les neurotransmetteurs évoqués ci-dessus.

Certaines substances viennent les imiter et s'accrochent aux récepteurs naturels. Cela libère de la dopamine dans les zones du circuit de la récompense et donc du plaisir. Le cerveau en demande davantage créant un déséquilibre dans le système ce qui rend l'arrêt de la consommation complexe. Le manque se ressent par la diminution de la sécrétion de dopamine.

Enfin, le cerveau peut associer des stimuli extérieurs et environnementaux à la prise de consommation répétée comme des lieux ou des événements. Cela active la libération de dopamine qui induit l'accélération du processus de dépendance, et donc les rechutes donnant lieu à une transition vers l'addiction.

1.2 Dépendance

L'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) décrit le phénomène de dépendance en l'associant à l'apparition d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation. Cet état souvent accompagné de symptômes douloureux amène à consommer à nouveau la substance pour les atténuer. Le cerveau s'étant adapté à la production de dopamine liée à la prise de substance (ou au comportement effectué), se trouve en difficulté lors de l'absence ou de l'arrêt. La dépendance peut être vue comme symptôme de l'addiction.

L'OFDT souligne que lorsqu'il y a dépendance, il ne s'agit pas forcément d'une addiction alors que lorsque quelqu'un est addicté, il est aussi en proie à la dépendance.

1.3 Addiction

Le DSM-5, intègre l'addiction dans la catégorie des "troubles liés à une substance et troubles addictifs". En effet, nous retrouvons dans la définition deux catégories de troubles : les troubles de l'usage d'une substance et les troubles induits par une substance. Chacune de ces catégories présente diverses caractéristiques, critères, ou spécificités. Le DSM-5 expose avant tout les 10 classes de drogues (tabac, opiacés, alcool,...) et précise que ces substances ont comme point commun l'activation directe du système cérébral de récompense qui est impliqué dans le renforcement de comportement ainsi que dans la production de souvenirs. L'activation du système de récompense peut-être si forte que certaines activités de la vie quotidienne s'en voient négligées. La plupart de ces drogues peuvent entraîner une altération des mécanismes cérébraux. Dans la définition, nous retrouvons la notion centrale de plaisir

induit par la substance, aussi nommée “*high*”, ce qui renvoie à la définition donnée par l’OMS.

Dans ce manuel, les troubles de l’usage d’une substance sont présentés comme “l’ensemble des symptômes cognitifs, comportementaux, physiologiques indiquant que le sujet consomme une substance même si ce dernier rencontre des problèmes significatifs liés à sa consommation” (DSM-5). Il est expliqué que les substances engendrent des changements des circuits cérébraux qui peuvent persister au-delà de la désintoxication ce qui peut avoir comme conséquence des rechutes répétées et donc une dépendance perdurant dans le temps.

Les addictions sont souvent entraînées par une recherche de plaisir, un besoin de détente ou pour nourrir une certaine curiosité.

L’OFDT ajoute à la définition la notion de *craving*, ou envie irrépressible de consommer une substance, déclenchée par des stimuli extérieurs et pouvant durer bien au-delà de syndrome de sevrage pendant des années.

2. Pratiques addictives

Dans les travaux de A. Goodman, un psychiatre américain, ainsi que dans le DSM-5, des critères sont mis en avant pour permettre un diagnostic et un état des lieux des symptômes. Les critères se divisent en quatre catégories : “réduction du contrôle (catégorie 1), altération du fonctionnement social (catégorie 2), consommation risquée (catégorie 3) et critères pharmacologiques (catégorie 4)”.

Les critères présentés par le DSM-5 sont les suivants :

- L’individu peut consommer une substance en quantité plus importante ou sur une période plus longue que ce qui était prévu (catégorie 1).
- L’individu peut présenter un désir constant de diminuer sa consommation de substance ou bien de contrôler cette consommation. Des efforts vains d’arrêt de consommation sont présents (catégorie 1).
- La consommation de substance demande à l’individu un temps conséquent tant dans l’obtention de la substance que dans son utilisation ou encore dans la récupération de ses effets (catégorie 1).
- Le *craving* est un critère symptomatique de l’addiction (catégorie 1).
- La consommation peut engendrer une difficulté ou une incapacité à effectuer des tâches cruciales ou des obligations (catégorie 2).

- Les tentatives d'arrêt de consommation sont avortées malgré l'apparition flagrante de problématiques interpersonnelles et sociales liées à la prise de substance (catégorie 2).
- La consommation de substance se fait au détriment de certaines activités sociales, professionnelles ou de loisirs. L'individu se trouve donc à renoncer à ces activités ou bien à en réduire la fréquence ou le temps qui y est consacré (catégorie 2).
- La prise de substance peut se faire en tout temps, quand bien même que la situation se révèle être dangereuse pour l'individu (catégorie 3).
- La conscience des problématiques psychologiques et physiques causées ou exacerbées par la substance n'empêche pas la diminution ou l'arrêt de la consommation (catégorie 3).
- L'individu ressent le besoin d'augmenter la quantité de substance pour obtenir les effets escomptés. Il s'agit là de la tolérance ou de l'accoutumance (catégorie 4).
- La présence d'un syndrome de sevrage dont les symptômes peuvent varier selon la substance consommée (catégorie 4).

L'ensemble des critères ou symptômes permettent d'établir la sévérité de la dépendance. Le DSM-5 expose trois degrés de gravité en fonction du nombre de critères symptomatiques présents chez un patient :

- **Dépendance légère** si le patient souffre de deux à trois symptômes
- **Dépendance moyenne** si le patient souffre de quatre à cinq symptômes
- **Dépendance grave** si le patient souffre de plus de six symptômes.

A cela s'ajoute la réduction ou l'augmentation de la fréquence de consommation ou de la quantité de substance consommée à chaque prise.

Ces critères permettent également de diagnostiquer des addictions non liées à des substances comme par exemple le jeu pathologique (Picard et *al*, 2021).

3. Les différents niveaux d'usage

Les praticiens en psychiatrie incluent parfois l'addiction dans un schéma de dépendance progressif où l'objet de l'addiction prend une place centrale dans la vie de la personne dépendante aux dépens de ses autres occupations parfois même vitales telles que l'hygiène, le sommeil encore l'alimentation (Valleur, 2009).

L'usage des substances se classe donc en trois niveaux dépendant de la fréquence de consommation et des doses consommées, la perte de contrôle associée et les conséquences physiques, psychiques et sociales sur la personne. Ces niveaux sont : **l'usage simple**

(l'individu consomme peu régulièrement sans incidence sur sa vie quotidienne), **l'usage nocif** (l'usage peut être régulier et entraîne quelques conséquences sur l'individu), **la dépendance** qui inclut la tolérance, le sevrage et le craving en plus des conséquences sur l'individu (Pardinielli et *al*, 2017).

La relation de dépendance peut être psychologique, relationnelle ou encore sociale (Picard et *al*, 2021). Elle peut dépendre d'un environnement, d'un contexte tels que les soirées types "électro" où nous retrouvons de nombreuses substances prises dans un but festif.

Il existe de nombreux types de substances utilisées dans divers contextes. Dans le cadre de ce mémoire, un type en particulier semble pertinent à étudier en raison de son impact sur l'équilibre occupationnel et la santé : les opioïdes.

B. Addiction aux opioïdes

1. Généralités sur les substances psychoactives

1. 1. les différents types de substances

Les substances psychoactives existent depuis des siècles mais leur production a atteint un stade industriel depuis une centaine d'année. Elle est florissante et de nombreuses substances ont vu le jour. La MILDECA explique que ces substances psychoactives sont définies par leur action sur le système nerveux central engendrant une dépendance.

L'OFDT classe les substances psychoactives en fonction de leurs effets et de leur impact sur la personne : l'excitation ou le ralentissement du système nerveux central et psychomoteur. Il y a les stimulants ou excitants (cocaïne, amphétamines), les dépresseurs (opioïdes, alcool), les perturbateurs (cannabis) et les nouvelles substances psychoactives.

1. 2. Les opiacés et opioïdes

Les opiacés sont des dérivés naturels de la plante appelée pavot tels la morphine ou encore l'opium. Ils étaient autrefois utilisés essentiellement pour leurs propriétés analgésiques pour réduire les douleurs chroniques ou pour calmer un patient souffrant. L'exemple le plus pertinent semble être la tuberculose traitée à l'aide de certains opiacés qui étaient administrés aux patients tuberculeux pour diminuer leur toux. A la fin de XIXème siècle, des chercheurs ont tenté de créer de nouveaux produits pour palier à la dépendance engendrée par l'utilisation de morphine. Ces dérivés synthétiques d'opiacés sont appelés les "opioïdes". Nous comptons parmi eux l'héroïne, le fentanyl, l'oxycodone, le tramadol, ect...

Aujourd'hui les opioïdes et opiacés sont classés dans une seule et même catégorie : les opioïdes (OFDT).

Ces dernières années, l'Amérique du Nord (surtout les Etats-Unis et le Canada), sont confrontés à une "crise des opioïdes" en raison d'une augmentation des prescriptions d'antidouleurs morphiniques et l'apparition de nouveaux médicaments comme l'Oxycontin®, un antalgique opioïde.

La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne en 2022 que même si l'utilisation d'opioïdes n'égale pas la condition américaine ou anglaise, elle reste en augmentation. Elle précise dans ses recommandations qu'il est nécessaire d'éviter la banalisation de prescriptions de médicaments à base d'opioïdes de type antidouleurs.

Obradovic (2021), explique qu'au cours des vingt dernières années, de nombreuses substances ont vu le jour et leur usage a grandement évolué. Alors que le taux de consommation d'héroïne semble stagner, de plus en plus d'overdoses liées aux traitements de substitution sont répertoriées. De plus, les modes de consommation changent et évoluent (aujourd'hui l'inspiration nasale est plus répandue que l'injection en raison de sa "praticité" pour consommer) ce qui impacte le nombre de personnes touchées par la drogue. En janvier 2025, des cas d'usage détourné de fentanyl, par patch ou voie intraveineuse, ont été signalés à Strasbourg (Addictions France, 2025).

1. 3. Un problème de santé publique

L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) explique qu'en 2023, environ 0,7% des individus des 35 pays de l'OCDE, dont la France, de 15 à 64 ans ont consommé de manière illicite des opioïdes au cours de l'année. En raison de la crise des opioïdes, les taux les plus élevés de consommateurs se trouvent dans les pays d'Amérique du Nord soit les Etats-Unis et le Canada.

L'association Addictions France expose qu'un français sur six se voit prescrire des antalgiques opioïdes chaque année et souligne que de 2011 à 2023, 6 000 décès seraient liés à une surdose d'opioïdes.

La santé publique française semble discrète quant à l'existence de ces opioïdes pour des raisons politiques et cela devient un sujet de plus en plus présent dans la sphère médiatique (Pointeau-Lagadec, 2024). L'auteur souligne que la France est touchée par "l'installation durable d'une toxicomanie de masse", liée au contexte économique et social mondial. L'apparition d'Internet a joué un rôle crucial dans l'expansion du trafic de substances illicites et du mésusage de médicaments. De nouveaux produits de synthèse trouvent une place sur

des cryptomarchés ainsi que sur le *Dark Web* ce qui facilite l'accès. Les discussions concernant les techniques de prise et les lieux d'achat se développent sur les forums ce qui semble banaliser la consommation de substances (Bujon et *al*, 2022).

En raison de l'augmentation des risques liés aux prises d'opioïdes, il est nécessaire de faire de la prévention précoce ainsi que d'accompagner sur le long terme les individus en proie à ces substances (INRS). Les risques sanitaires sont généralement en lien avec le mode de consommation : par voie intraveineuse ou sous-cutané qui peuvent engendrer des infections ou des surdosages. Les opioïdes peuvent aussi être consommés par inspiration nasale ou *sniff* ou en les fumant. Il y a là un coût économique lié aux soins qui doivent être apportés en cas d'infection ou de complications médicales, ainsi que dans les mises en place de dispositifs et d'infrastructures spécialisées en addictologie ou encore pour apporter des traitements de substitution. En plus de cela, la plupart des personnes dépendantes aux opioïdes se trouvent limités dans leur pratique professionnelle que ce soit en raison du syndrome de sevrage ou des dégâts psychiques causés par la substance. Il y a donc en sus un impact sociétal et économique.

2. L'addiction aux opioïdes

2. 1. Physiologie

Les opioïdes se lient aux récepteurs opioïdes naturels de notre cerveau ce qui à pour conséquence l'inhibition de certaines transmissions nerveuses notamment concernant la douleur. Au fil des prises, le cortex préfrontal et le système dopaminergique sont altérés ce qui entraîne une perte de contrôle. Le syndrome de sevrage apparaît en raison du manque de dopamine engendré par l'absence de substance (Brust, 2007). Lorsque l'individu multiplie les prises, le cerveau s'adapte et la libération de dopamine diminue ainsi que le plaisir associé. Il est donc nécessaire d'augmenter la fréquence des prises et/ou la dose de consommation (OFDT). Les effets apparaissent dans un délai court et sont accompagnés d'effets secondaires peu agréables pour l'utilisateur comme des nausées et une somnolence.

2. 2. Effets recherchés

Les opioïdes sont connus pour provoquer une analgésie et une sensation d'euphorie et d'extase semblable à l'orgasme appelée "*rush*" et durant environ une minute (OFDT). Le "*rush*" est suivi d'un soulagement émotionnel, une réduction du stress et de l'anxiété, ect... (Aldridge et *al*, 2007). Certains individus comparent la première prise à la chaleur du ventre

de la mère. Les effets de la première fois offriront un bien-être appréhendé comme inégalable qui sera recherché dans les prises suivantes.

2. 3 Syndrome de sevrage

L'HAS (2006) décrit le syndrome de sevrage comme un ensemble de symptômes lié à la diminution de la substance dans le corps. Le syndrome de sevrage des opioïdes est souvent qualifié de "violent" en raison de l'importance des symptômes mettant à mal l'individu. Parmi ces symptômes se trouvent des signes physiques telles que des douleurs abdominales, des vomissements/ nausées, des tremblements qui apparaissent 6 à 12h après la prise d'opiacés, augmentent pendant 3 jours et régressent petit à petit pendant 8 jours environ. Ces signes sont comparables à un fort état grippal. Au-delà de ces symptômes physiques très présents, la personne va traverser de grandes difficultés psychiques sous forme d'irritabilité ou d'angoisse ainsi qu'être en proie à une sensation de *craving*. Ce sevrage violent est une conséquence de l'hyperactivité noradrénergique due à l'arrêt de la consommation.

2. 4. Conséquences de l'addiction

Les addictions aux substances ont des conséquences sur l'individu notamment sur sa santé. Il s'agit là de substances toxiques qui sont ingérées et assimilées par l'organisme. En plus d'impacter le circuit de la récompense, ce sont des substances toxiques qui augmentent les risques cardiovasculaires, neurologiques et/ou psychiatriques (INRS). De plus, la personne va éprouver des difficultés de concentration, des hallucinations visuelles, de sueurs, des myosis (rétraction de la pupille), une sécheresse buccale, ect... Enfin, la prise de substances entraîne généralement un retrait social, des troubles du sommeil, une malnutrition, sur le court terme une perte des capacités cognitives (attention, mémoire, flexibilité mentale, inhibition, initiative) et sur le long terme des modifications du fonctionnement cérébral ayant une incidence sur le comportement, la vie relationnelle, la vie quotidienne, la vie professionnelle. (OMS, 2004) L'addiction a donc un impact conséquent sur tous les aspects de la vie et lorsqu'un individu est enclin à souffrir d'autres troubles psychiatriques, l'addiction cause une vulnérabilité accrue chez l'individu (Dematteis et al, 2017).

L'addiction et ses conséquences sont un problème de santé publique qui a des impacts au niveau sociétal et individuel. L'addiction occasionne une dégradation de la qualité de vie, une altération des fonctions, une perturbation des habitudes, un désengagement des occupations antérieures, une rupture avec l'environnement sociale. Ainsi, il est nécessaire d'accompagner les personnes dépendantes dans leur processus de sevrage, leur rétablissement. Le sevrage

étant compliqué à vivre et à maintenir dans le temps, il est nécessaire que cet accompagnement englobe différents domaines de la vie et fasse appel à des compétences professionnelles diversifiées dont celles des ergothérapeutes.

C. Prise en charge de l'addiction aux substances

1. Structures et dispositifs

Lorsqu'une personne présente le souhait de réduire sa consommation, de l'arrêter et de s'informer, elle peut se renseigner sur divers sites internet mis en place pour accompagner les personnes dépendantes à une substance ou en proie à des conduites addictives. Les sites comme "Drogues info service" ou encore "Drogues.gouv.fr", ect..., en plus d'apporter de nombreuses informations, offrent la possibilité de contacter un service téléphonique d'aide ou encore d'orienter vers des structures adaptées à la problématique de l'individu.

Il existe plusieurs dispositifs et structures pour accompagner les personnes souffrant d'une dépendance liée aux substances :

- Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) - pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif de produit ou bien une addiction
- Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD) - pour les personnes qui ne souhaitent pas mettre un terme à leur consommation et qui présentent des risques
- Centres des Jeunes Consommateurs (CJC) - pour les jeunes consommateurs ou leurs proches
- des services hospitaliers spécialisés (comme par exemple les services d'addictologie)
- des équipes mobiles
- des soins résidentiels après arrêt (familles d'accueil, centres thérapeutiques résidentiels, centres thérapeutiques communautaires, soins de suites et de réadaptation en addictologie, des associations, groupe d'auto-support)
- salles de *shoot* (Haltes soins addictions)

Le secteur médico-social et sanitaire spécialisé en addictologie assure pluridisciplinarité, accompagnement personnalisé, gratuité et possibilité d'anonymat. Dépendamment des endroits, les prises en charges médicales, psychologiques, sociales et éducatives s'effectuent

en s'articulant entre elles Les personnes sont accueillies pour obtenir des informations, de la prévention, des idées d'orientation pour le patient et son entourage.

De nombreuses missions de prévention sont aussi déployées que ce soit dans les établissements scolaires, dans des infrastructures hospitalières ou encore dans des festivals de musique. Ces missions permettent de toucher un grand nombre d'individus et de leur donner un point d'accroche vers un potentiel sevrage à l'aide de flyers, échanges et informations sur les contacts des structures et professionnels pouvant les accompagner en cas de besoin.

2. La pluriprofessionnalité

Le gouvernement français, en raison des problématiques nées du trafic et de la consommation de drogues en France, a créé un organisme visant à prévenir les conduites addictives, améliorer la prise en charge des personnes dépendantes, coordonner les différentes actions des professionnels de santé et des ministères : la MILDECA. Cet organisme précise que la pluriprofessionnalité est cruciale pour accompagner les individus sur le long terme en permettant des prises en charge individualisées et centrées sur la personne pour lui assurer sécurité et soutien. Les services d'addictologie se composent de divers professionnels qui ont chacun un rôle à jouer dans la prise en charge.

Les psychologues et psychiatres axent leur prise en charge sur les entretiens, les psychothérapies individuelles ou groupales et peuvent écouter et accompagner les proches, dans le but de soutenir psychiquement les personnes dépendantes.

Les médecins addictologues et infirmiers vont mettre en place des traitements de substitution, des entretiens motivationnels, des groupes d'éducation thérapeutique ou psychoéducation pour permettre, au delà de l'abstinence, de rétablir un bien-être physique et psychique.

Les psychomotriciens travaillent sur la relation corps-esprit à travers des ateliers psychocorporels et des entretiens.

Les assistants sociaux vont informer et orienter les personnes dépendantes dans une réhabilitation en facilitant les accès aux droits, soutenant les personnes et leurs proches tout en mettant en place un projet de vie.

L'ergothérapeute accompagne la reconstruction d'un équilibre occupationnel satisfaisant sans substance, et la stabilité des habitudes de vie. Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), l'approche tient compte des forces, valeurs, intérêts, ressources et contexte de vie du patient.

3. Les objectifs de l'accompagnement au sevrage

L'addiction touchant de nombreux domaines de la vie, il est nécessaire d'accompagner le patient pour l'aider au mieux à maintenir un état de vie satisfaisant en toute sécurité. Les objectifs définis par l'HAS, pour permettre un sevrage durable et une prise en soin complète, se réalisent en deux temps. À court terme, les professionnels de santé se voient travailler davantage sur la douleur physique et psychologique et ils tentent de trouver des stratégies pour la soulager. Ils vont, en collaboration avec le patient, établir différents objectifs progressifs tels que la diminution de la consommation, l'arrêt complet, l'accompagnement à la réductions des risques, ect... Ces objectifs vont devoir être classés et mis en place sur le long terme. Ces professionnels peuvent aussi faire face à des situations particulières comme la grossesse ou la précarité et vont devoir s'y adapter pour mettre en place une prise en soin individualisée. L'HAS ajoute l'importance de la réinsertion sociale puisque les liens sociaux sont entravés par l'addiction du patient (HAS, 2006).

La prise en charge s'axe donc sur le traitement des symptômes (douleurs, vomissements, dépression respiratoire, ...), les différentes complications comme les infections, une potentielle comorbidité et la réduction des risques (MILDECA, 2024). Il est crucial de permettre au patient de comprendre qu'il est acteur de son processus de sevrage; les professionnels vont avoir pour rôle d'accompagner et de renforcer l'agir du patient en diminuant les symptômes ainsi qu'en identifiant, avec le patient, ses ressources et en soutenant son désir de changement et sa motivation (Delile, J.-M et *al*, 2019).

La Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) est un dispositif visant à accompagner les personnes dans leur consommation tout en tentant de les préserver des risques liés à cette même consommation comme le VIH ou les hépatites, ect... Ce dispositif est né de la collaboration de médecins, infirmiers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens,...

4. Méthodes d'accompagnement lors du sevrage

Diverses stratégies sont mises en place dans cet accompagnement. Nous retrouvons les entretiens motivationnels, le soutien et la réhabilitation psychosociale, les thérapies cognitivo-comportementales, la réduction des risques, le soutien au quotidien notamment dans les habitudes de vie. Il est possible de contacter "drogue-info-service" par téléphone au besoin pour des informations, des conseils ou une réorientation.

Il est nécessaire d'inclure tous les domaines de la vie du patient dans la prise en charge sous un modèle biopsychosocial (Pedinielli et *al*, 2017). Ce modèle demande de prendre en charge le patient de façon holistique c'est-à-dire que s'intéresser à lui en son intégralité en incluant sa santé physique et mentale ainsi que son environnement physique, social et économique. Cela nécessite donc de se pencher sur l'environnement du patient pour permettre une perpétuation des possibles bienfaits apportés par les professionnels de santé hors des murs de la structure. De plus, nous avons précédemment expliqué que les stimuli extérieurs tels que l'environnement ont un impact sur la libération de dopamine dans le circuit de la dépendance, ce qui nous pousse d'autant plus à accompagner le patient vers une modification, si celle-ci est réalisable, d'un environnement défaillant pour éviter le risque de rechute.

Comme dit précédemment, les objectifs de prise en charge se font en co-construction avec le patient, il faut donc s'attarder sur ce que celui-ci désire et sur ses besoins. Il est crucial de prendre en compte son état actuel ainsi que ses projections concernant son rétablissement comme, par exemple l'abstinence ou bien la consommation plus sécuritaire. Il est donc nécessaire de comprendre que l'accompagnement du sevrage repose sur trois éléments : l'individu (son histoire, ses objectifs/ sa motivation, ses faiblesses/ ressources), le produit consommé et ce qu'il engendre chez l'individu (syndrome de sevrage, *craving*,...) ainsi que le contexte social et environnemental (Delile, J.-M et *al*, 2019).

Au-delà des dispositifs, il existe plusieurs traitements de substitution visant à atténuer les symptômes des opioïdes notamment l'héroïne. Nous retrouvons la buprénorphine ou encore la méthadone. Leur but est d'offrir une alternative de consommation plus "saine" pour recouvrer une meilleure qualité de vie. Ces traitements sont prescrits sur avis médical en fonction des demandes formulées par le patient ainsi que de ses objectifs et la délivrance est contrôlée pour éviter au mieux les abus.

Accompagner une personne addictive dans son processus de sevrage s'inscrit dans des dispositifs, des équipes, répond à des objectifs et utilise des méthodes spécifiques, certains recommandées par l'HAS. Nous allons maintenant explorer de manière plus précise comme un accompagnement en ergothérapie, ayant pour objectif un équilibre occupationnel jugé satisfaisant par la personne dépendante, soutient la motivation de la personne, contribue au sevrage et à son maintien dans le temps.

II. Ergothérapie et Addiction

A. Ergothérapie et équilibre occupationnel

1. L'ergothérapie

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit l'ergothérapie comme un domaine de la santé, du paramédical, intervenant dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale d'un individu, de tout âge, rencontrant des difficultés dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne, qui peuvent être ou sont en proie à une situation de handicap chronique ou temporaire.

L'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) précise que l'objectif, au-delà d'aider le patient à accomplir les activités qui lui sont importantes, est de maintenir une qualité de vie satisfaisante. L'ergothérapeute se verra évaluer les difficultés de la personne (psychique ou bien physique), l'environnement dans lequel il vit et effectue ses activités, ses occupations ainsi que son autonomie pour, par la suite, établir un plan d'intervention adapté et individualisé.

Il s'agit donc là d'une profession centrée sur la personne, dont l'approche holistique prend en charge le patient dans sa globalité : personne, occupation et environnement.

L'occupation, une notion cruciale de cette profession, est définie comme “ les activités quotidiennes que font les gens en tant qu'individus, dans les familles et les communautés pour occuper leur temps et donner un sens et un but à leur vie” (ANFE). Les occupations sont classées en trois groupes : les soins personnels (toilette, manger, ...), les loisirs (sport, dessin, regarder la télévision, ...) et les activités productives (travailler). Nous parlons donc ici de besoins, d'envies, de devoirs qui régissent la vie des individus.

R. Twinley expose l'idée que certaines occupations, bien que significantes et répondant aux besoins de la personne, sont nocives pour la santé, illégales ou encore antisociales. Elle place les occupations sous le prisme de leur sens ou de ce qu'elles procurent à l'individu, plus que sous le bénéfice qu'elle apporte à la santé de ce dernier (Twinley, 2012). Dans le cadre de l'addiction, cette notion semble cruciale puisque la consommation, même si néfaste et destructrice, est porteuse de sens.

2. L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel, comme expliqué dans l'introduction, est défini par M. Rousset comme la "juste répartition et proportion dans nos occupations, contribuant ainsi à notre état de bien-être, de stabilité et d'harmonie". Elle explique aussi qu'il s'agit d'un processus dynamique qui évolue en fonction de nos diverses occupations, qui peut connaître des déséquilibres et des réajustements tout au long de notre vie (Rousset, 2023). L'équilibre occupationnel est décrit comme Wilcock comme subjectif, dépendant des expériences de la personnes et de son histoire de vie (Wilcock et al, 1997).

Puisque l'addiction entraîne une réduction ou une désorganisation des occupations, elle peut induire un déséquilibre occupationnel, lui aussi subjectif. Différents outils ont été créés pour identifier et évaluer l'équilibre occupationnel comme l'Occupational Balance Questionnaire (OBQ). Ce questionnaire évalue 13 items tels que la "Satisfaction du temps passé dans la vie quotidienne" ou encore "l'Équilibre entre occupations obligatoires / volontaires" et permet de coter la satisfaction de la répartition et proportions des occupations effectuées dans la vie quotidienne (Ung, 2019). En d'autres termes, l'équilibre occupationnel satisfaisant, démontre pour l'ergothérapeute un bon état de santé.

Lors d'un déséquilibre occupationnel, l'envie de retrouver une stabilité dans les occupations peut constituer un levier dans le rétablissement de l'équilibre.

3. Le rétablissement

Le rétablissement est désigné par J.F. Pelletier (2021) comme un "processus personnel, unique à chacun". Ce concept peut se rapprocher de l'épanouissement et non de la guérison. Il ne s'agit pas là d'éradiquer les troubles mais plutôt de s'épanouir même en présence de ces derniers. Il expose l'idée que les individus sont acteurs de leur rétablissement et qu'un soignant ne peut "les" rétablir. Ce professeur en psychiatrie s'appuie sur 10 principes pour diriger le rétablissement : "l'espoir, l'autodétermination, les chemins multiples, l'holisme, le soutien des pairs, les relations sociales, le rôle de la culture, la prise en charge des traumatismes, le rôle des proches et le respect" (Pelletier, 2021)

La réhabilitation psychosociale, aidant les personnes souffrant de troubles psychiques sévères à retrouver un stabilité et un équilibre satisfaisant au sein de leur environnement. Cette notion vise à favoriser leur rétablissement en s'appuyant se leurs ressources, leurs capacités et l'estime de soi. Le rétablissement comporte 4 dimensions : la dimension clinique (prise en charge des symptômes), la dimension sociale (axée sur la situation de la personne visant à

favoriser l'intégration dans leur environnement), la dimension fonctionnelle (travail sur les capacités) et enfin le rétablissement personnel (dimension subjective). Il est donc pertinent de se pencher sur l'ensemble de ces dimensions pour mettre en place une prise en charge holistique favorisant un rétablissement durable (Bon et *al*, 2018).

En addictologie, le rétablissement ne se résume pas à la réduction de la consommation ou à l'abstinence, il s'agit d'un processus qui implique la reconstruction de la vie quotidienne dans toutes ses sphères (financière, sociale, sanitaire, ect...). Ce concept se fonde sur le pouvoir d'agir de la personne, ses expériences et une prise en charge holistique (Camus et *al*, 2025).

Le modèle de l'occupation humaine permet de décrire la spécificité de champs de compétence et d'intervention de l'ergothérapie mais également de comprendre comment la personne est engagée.

B. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

1. Explication et objectifs du MOH

Le Modèle de l'Occupation Humaine élaboré par G. Kielhofner est un modèle conceptuel général en ergothérapie. Le MOH décrit comment les individus choisissent et organisent leurs occupations en fonction de leur environnement et du sens qu'ils accordent à ces occupations. Ce modèle explique qu'il n'y a "occupation humaine" que sur la base de trois notions qui interagissent entre elles : l'être occupationnel, l'agir occupationnel et l'environnement (social, physique, économique, ...) dans lequel se déroule l'occupation (Taylor, R. et *al*, 2023). Le MOH est dit holistique c'est-à-dire, qu'il est centré sur la personne dans un contexte donné pour permettre une analyse complète de l'occupation (Morel-Bracq et *al*, 2017).

2. Définition des composantes du MOH

Le MOH est composé de différents éléments qui mettent en lumière le processus de réalisation de l'occupation humaine que Mignet explique en 2016 en s'appuyant sur les travaux et les propos de G. Kielhofner.

Tout d'abord nous retrouvons les composantes de la personne :

- la volition : motivation intrinsèque qui pousse à agir sur son environnement. Elle comprend les valeurs (ce qui est important pour la personne), les centres d'intérêts (activités satisfaisantes), la causalité personnelle (sentiment d'efficacité).

- l'habituatation : organisation et intériorisation de comportement dans un environnement donné. Elle comprend les habitudes acquises et les rôles que nous intégrons au sein de la société et dans notre vie personnelle.
- la capacité de performance : les aptitudes physiques, psychiques et cognitives qui nous permettent d'agir. Cette capacité de performance est aussi subjective et décrit les ressentis de la personne face à ce qu'elle produit ou effectue.

Comme précédemment indiqué, le MOH intègre la personne dans son environnement et l'occupation s'inscrit donc dans cet environnement. Il s'agit donc là d'une composante du modèle, qu'il soit physique ou social.

Kielhofner, à travers les propos de Mignet (2016), décrit la dynamique du MOH en présentant l'agir sous le prisme de trois niveaux d'action :

- la participation occupationnelle : engagement de la personne dans ses occupations.
- la performance occupationnelle : l'ensemble des tâches réalisées soutenant la participation.
- les habiletés : actions faites dans le but de réaliser l'activité.

3. La dynamique du MOH

Nous avons donc l'être (la personne), l'agir et l'adaptation occupationnelle. L'adaptation occupationnelle est le résultat de l'accumulation des occupations réalisées qui mettent en place une identité occupationnelle ainsi que des compétences occupationnelles qui permettent à l'individu de s'adapter pour effectuer de nouvelles occupations.

Voici ci-dessous, le schéma illustrant ce modèle conceptuel.

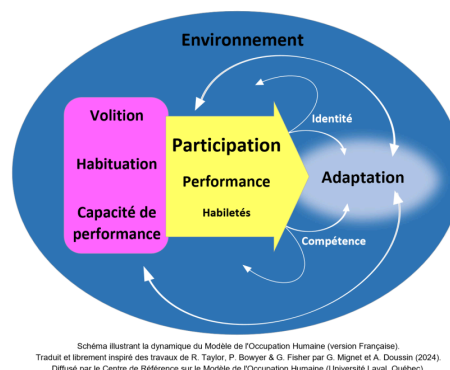


Figure 1 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (2008)

Le MOH permet de placer l'individu dans un contexte et un environnement précis en identifiant ce qui le pousse à agir et lui permet de mettre en place des actions. Un parallèle peut s'effectuer avec les concepts de rétablissement et de processus de changement puisque dans la dynamique du modèle, le rétablissement peut être vu comme une réorganisation de l'équilibre occupationnel. L'addiction a des conséquences sur les composantes du MOH comme la volition, l'habitation ou encore la participation. Le rétablissement implique la réappropriation de ses occupations à travers la redécouverte d'intérêts ou la reconstruction des rôles sociaux induisant la résurrection d'une identité et un accroissement de la capacité de performance à travers un processus de changement (Camus et *al*, 2025).

C. Les impacts des addictions vus par le MOH

1. Impacts sur l'être occupationnel

En reprenant les composantes de la MOH, nous comprenons que l'addiction impacte plusieurs aspects de la personne en elle même. La volition, ses valeurs et intérêts, se trouve restreinte et exclusivement tournée vers la consommation, au dépend des occupations et activités de vie quotidienne autrefois significantes pour la personne. L'estime de soi se voit diminuée ainsi que son sentiment d'efficacité. Puisque les intérêts sont centrés autour de la prise de substance, l'habitation (c'est-à-dire ses rôles sociaux et les habitudes) est désorganisée. Les symptômes du syndrome de sevrage ou encore les effets de la consommation impactent la capacité de performance en altérant les habiletés motrices, cognitives ou émotionnelles ainsi que l'estime de soi qui est marquée par une perception négative et une stigmatisation. Dans le cadre des addictions cette capacité de performance subjective est très impactée par la consommation, le plaisir qui en découle, la souffrance liée au sevrage et les sensations de manque.

2. Impacts sur l'environnement

L'addiction touche de nombreux aspects de la vie notamment l'environnement, qu'il soit physique, financier ou encore social. Le psychiatre C. Olievenstein définit l'addiction comme "la rencontre entre un produit, une personne et son environnement (Venisse et *al*, 2012).

L'environnement physique peut-être détérioré au fil du temps par le désinvestissement du lieu, les occupations étant tournées vers la consommation et non plus vers l'entretien du domicile, la précarité induite par les difficultés financières en lien avec le coût des consommations, ect...

L'environnement social, lui est particulièrement impacté. De nombreux exemple de la pop culture, comme la série *Euphoria*, le film *Requiem for a dream* et tant d'autres, illustrent et décrivent la descente aux enfers des proches. L'addiction place la personne dans un isolement parfois profond, mêlant détérioration des liens et des relations entre la personne et son entourage, perte d'emploi ou déscolarisation, stigmatisation et marginalisation puisque la consommation ronge petit à petit les activités de vie quotidienne (Inserm, 2020). L'association Addictions France explique qu'il est nécessaire d'apporter un soutien aux proches qui doivent accepter et composer avec l'addiction même s'ils ne sont pas les consommateurs. Ces proches permettent de lutter contre l'isolement de la personne dépendante, à travers leur présence et leurs conseils qui apportent, parfois, des clés pour entrer dans le processus de sevrage.

L'environnement, comme explicité plus tôt, peut devenir un stimuli important qui renforce ou maintien l'addiction. Cela constitue donc une atteinte sévère de la participation occupationnelle en raison d'un désengagement dans le reste des occupations significantes entraînant un déséquilibre occupationnel.

3. Impacts sur la performance et l'équilibre occupationnel

La performance occupationnelle de la personne diminue donc en qualité et en efficacité, l'individu se trouve dans l'incapacité d'effectuer ses occupations et activités de vie quotidienne de manière structurée ce qui joue un rôle dans l'altération de l'agir.

L'addiction présente une rupture de l'équilibre occupationnel. Cette "occupation dysfonctionnelle" va prendre le dessus sur les autres occupations de l'individu. (Wilcock, 1998). En effet, la prise de substance ou encore le comportement addictif sont des occupations prenant une place excessive dans la vie quotidienne au dépens des habitudes de vie (soins personnels, loisirs,...). Cette occupation donne un sens à l'individu mais reste néfaste. L'addiction apparaît ainsi comme un facteur de déséquilibre occupationnel ou une tentative pour combler un déséquilibre préexistant à travers une occupation significative,

offrant identité et sentiment d'appartenance tout en occultant les autres occupations (Twinley, 2012).

III. La volition : un levier pour le sevrage

A. Le sevrage : de la prise de conscience au changement

1. Le Modèle Transthéorique du changement

Le modèle transthéorique de changement, présente le changement en différentes phases qu'il faut traverser pour modifier un comportement problématique. Un lien entre ces étapes et celles du sevrage peut être établi puisque la dépendance est une habitude dite problématique dans la mesure où elle nuit à la personne. Ces stades peuvent être représentés sous la forme du cercle ci-dessous.

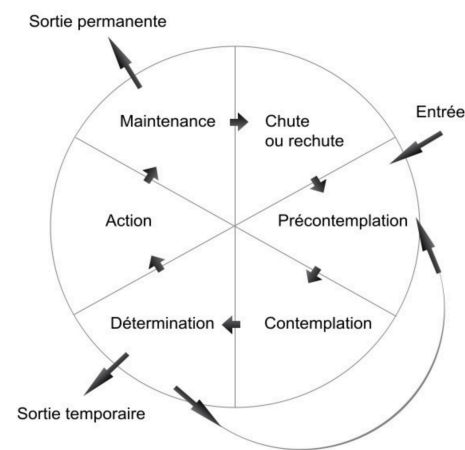


Figure 2 : Le cycle de Di Clemente et Prochaska

En premier lieu, le patient n'a pas conscience de sa situation et du problème qu'elle présente; c'est la *Précontemplation*. Il n'y a, à ce stade, aucun souhait ou projet de changement. Puis vient la *Contemplation*, le patient prend conscience du problème mais se trouve face au dilemme entre le changement de comportement et la situation dans lequel il est et a l'habitude d'être. La *Détermination* ou *Préparation* introduit la phase de planification du changement. Le patient sait qu'il doit/veut changer et commence à mettre en place des moyens pour cela à travers la recherche de solutions. L'*Action* représente le changement de comportement établi par le patient. Ce stade est suivi par la *Maintenance*, c'est-à-dire la conservation du nouveau comportement instauré ou bien la *Chute* ou *Rechute* qui, quant à elle, est la reprise du

comportement antérieur (Di Clemente et *al*, 1992). A chaque stade décrit par Di Clemente et Prochaska, différents acteurs vont entrer en jeu, pour soutenir le patient dans sa procédure de changement.

2. La contemplation ou prise de conscience

La prise de conscience de sa propre dépendance constitue la première étape du sevrage (Vavassori et *al*, 2003).

La *Précontemplation* est présentée comme la phase d'ignorance et de déni face à un comportement problématique et négatif. L'individu ne conscientise pas les conséquences négatives de son comportement, ce qui représente une entrave à son entrée dans un parcours de soin. À contrario, la *Contemplation* marque l'indécision au regard d'un changement potentiel. La personne prend conscience des inconvénients que lui apportent son comportement mais en discerne aussi les avantages. Ainsi, apparaît la volonté de changer. Ce stade, souvent long peut être désigné comme "contemplation chronique" ou "phase de procrastination" (Benyamina, 2016).

3. Ambivalence au changement

Après cela, un dilemme s'impose : surmonter cette dépendance ou se laisser porter par celle-ci. Il est évident que cela présente de réels défis mais la volonté joue un rôle clé pour lutter contre les addictions. En psychologie, l'idée de balance décisionnelle soutient cette volonté de changement en présentant les divers éléments d'une part favorables à la situation dans laquelle se trouve le patient, ici l'addiction, et d'autre part favorables aux changements de comportement (ici le sevrage). Les avantages et inconvénients des deux situations vont être discutés avec le patient pour lui permettre un recul sur sa condition et de consolider l'*insight* c'est-à-dire la conscience et la perception de son trouble. Il est dit, en psychologie, que la compréhension de son addiction permet de s'engager davantage dans ses traitements et soutient la motivation (De Sousa, C et *al*, 2011).

Vouloir se sevrer signifie vouloir se réengager dans ses occupations et y éprouver du plaisir et du bien-être. Ici, l'entretien motivationnel peut sembler être un point de départ au sevrage puisque le thérapeute et le patient vont faire un état des lieux des désirs et valeurs du patient

tout en les intégrant au processus de changement et donc permettre un engagement dans celui-ci (De Sousa, C et *al*, 2011).

B. Le sevrage et la volition

1. Le sevrage : une affaire de volonté ?

Pour de nombreux chercheurs, la volonté, la motivation est la clé de voute de la prise en charge globale des personnes en proie à une dépendance aux substances. Elle constitue un facteur nécessaire dans le changement de comportement. Les addictions incluent aussi une volonté fluctuante, dû au contexte de vie ainsi qu'une souffrance, détresse psychologique qui peuvent impacter le sevrage (Dematteis et *al*, 2017). L'idée de volonté n'est pas seulement présente dans l'arrêt de leur prise de drogues. En effet, les personnes tentant de se procurer leur "dose" peuvent faire preuve de grande volonté. La différence entre les deux situations, prise de drogue et sevrage, se fait par ce qui est ressenti par le patient. En essayant d'acquérir ses produits, la personne écoute ses "besoins" physiologiques, alors qu'en voulant se sevrer, elle y résiste. L'adage "On ne saurait faire boire un âne s'il n'a soif", prend ici tout son sens. Il est incontestable que contraindre quelqu'un à se sevrer semble une solution stérile. Il est évident que cela présente de réels défis mais la volonté joue un rôle clé pour lutter contre les addictions.

Comment mobiliser, nourrir, soutenir, renforcer la volonté des personnes dépendantes qui souhaitent se sevrer pour que cette dernière tienne dans le temps, se pérennise et évite de potentielles rechutes ?

2. La volonté et la volition au sein du MOH

Le MOH nous offre un concept intéressant pour le sujet de ce travail d'initiation à la recherche : la volition. La volition se définit comme la motivation intrinsèque d'une personne, ce qui la pousse à agir (Kielhofner, G., 2008). Elle dépend de trois composantes : les valeurs (ce qui est significatif pour la personne), les intérêts de l'individu (ce qu'elle apprécie effectuer) et ses déterminants personnels (son sentiment d'efficacité) (Morel-Bracq et *al*, 2017) . Elle est le moteur de l'engagement d'un individu dans ses occupations.

Kielhofner souligne que la volition permet à la personne de s'engager ou non dans une activité. La personne va expérimenter une activité, interprète ce qu'elle a produit pour ensuite anticiper et faire des choix. C'est ce qui s'appelle le processus volitionnel (Mignet, 2016).

3. Évaluer la volition

La volition s'évalue à l'aide d'un outil nommé le Volitional Questionnaire ou VQ. Cet outil est défini par l'Université de Laval au Québec comme "l'évaluation spécifique de la motivation de la personne telle que définie par le concept de volition du MOH". À l'aide de 14 items différents représentant des comportements observables lors d'une activité associés au contexte environnemental. Nous regardons la spontanéité des comportements de l'individu ainsi que la nécessité ou non d'une aide de l'ergothérapeute pendant la réalisation de l'activité. L'ergothérapeute utilise cet outil pour observer la volition sous tous ses angles, notamment sous le prisme de trois stades : "exploration des compétence à accomplissement". Cet outil et sa cotation permettent de voir à quel stade se situe le patient et donc d'établir un plan d'intervention spécifique axé sur le Processus de remotivation.

La cotation se fait à partir de chaque item ("fait preuve de curiosité", "poursuit l'activité jusqu'à la fin", ...) et se cote à l'aide de cinq points : P - passif (=1), H - hésitant (=2), I - impliqué (=3), S - Spontané (=4), N/O - aucune occasion de l'observer. Le total représente l'intensité de la volition du patient.

Il est dit, par des ergothérapeutes, que cet outil permet d'avoir des informations sur la volition, d'observer les facteurs favorisant ou non de la volition en fonction de l'environnement, d'analyser et réévaluer la volition pour identifier les potentiels changements.

En réalisant ce questionnaire dans divers contextes/environnements, nous pouvons comprendre d'où sont issues les variations volitionnelles (De las Heras et *al*, 2007).

Le processus volitionnel peut être aussi analysé. Nous observons la réflexion que la personne a de ses expériences occupationnelles et du retour qu'elle donne dessus. Trouve-t-elle cette occupation signifiante, se sent-elle bien lorsqu'elle la réalise ? ect... Ce processus peut aussi être observé pour analyser comment le patient vit sa consommation et quel recul il a sur ses autres occupations.

C. Soutenir la volition et le processus de changement en ergothérapie

1. Les facteurs soutenant la volition

Identifier la volition d'un individu et l'évaluer est bien plus que pertinent en ergothérapie dans le cadre de l'addiction, maintenant reste à savoir comment la faire perdurer sur l'ensemble du processus de sevrage dans le but de prévenir les rechutes. Puisqu'il s'agit d'un concept constitué de différentes composantes il faut interroger les intérêts, les valeurs de la personne. Il apparaît comme nécessaire d'être capable d'observer et d'évaluer ces composantes dans différents contextes. Ainsi l'idée de l'outil tel le VQ semble pertinent pour avoir une vision objective et factuelle de la volition d'un individu dans une tâche précise. L'HAS recommande aussi, très fréquemment dans le cadre de l'addiction, d'utiliser l'entretien motivationnel pour accompagner la personne dans l'expression de ses valeurs et de ses envies tout au long du sevrage et donc de mettre en exergue de potentielles fluctuations de la motivation (HAS, 2024).

Le soutien de la volition doit prendre en compte plusieurs éléments pour mettre en place un plan d'intervention individualisé. En premier lieu, il est important de s'interroger et d'identifier ce qui est signifiant pour la personne pour laisser apparaître ses intérêts et ses valeurs et ainsi proposer des objectifs et des activités qui ont du sens pour la personne. Cela permettra aussi de redonner du sens aux activités de vie quotidienne ayant été délaissées au profit de la consommation. Cet objectif favorisera le réengagement de l'individu dans ses activités et retrouvera un équilibre occupationnel.

Puisque nous avons identifié et analysé les valeurs et les intérêts, il semble pertinent de considérer l'impact du renforcement du sentiment d'efficacité, troisième composant de la volition. La valorisation des productions et des actions entreprises par la personne dépendante contribue à une augmentation de l'estime de soi et donc favorisera le maintien de la volition et de l'engagement.

Il reste crucial de mettre en exergue les limites potentielles de la volition. Cette dernière peut-être fluctuante et influencées par des facteurs parfois extérieurs comme l'environnement, le syndrome de sevrage ou les capacités cognitives de l'individu. La pluridisciplinarité prend alors tout son sens puisqu'elle inscrit l'individu dans une prise en charge holistique en articulant les différentes interventions, médicales, psychologiques, ergothérapiques, ect..., sans submerger la personne. Les différents professionnels vont agir dans un but commun d'accompagnement de la personne dépendante dans son processus de

sevrage. L'ergothérapeute s'axera davantage sur l'autonomie et l'engagement dans les activités significatives mais nécessitera l'aide d'autres acteurs pour évaluer les obstacles et les éléments facilitant le processus de changement et le maintien du sevrage.

2. Les facteurs favorisant le processus de changement

Le processus de changement reste long et demande une graduation progressive pour atteindre les objectifs que s'est fixés la personne au cours de son sevrage. La volition semble pouvoir jouer un rôle important dans l'engagement vers ce processus et tout au long de celui-ci. La volition, permettant à l'individu d'évaluer quelles activités lui sont significatives et donc de reprendre des occupations pour tendre vers l'équilibre occupationnel cadrant, varié et construit de routines plus structurantes et saines.

La notion d'équilibre occupationnel apparaît comme un facteur important pour maintenir la réduction ou l'arrêt de consommation. En redonnant du sens aux occupations, l'ergothérapeute favorise la mise en place de routines qui prendront le pas sur la consommation dans la vie quotidienne et qui amélioreront la qualité de vie tout en offrant des alternatives à la prise de substance dans des contextes propices à la consommation.

L'environnement, que nous avons précédemment évoqué en soulignant l'impact négatif que celui-ci peut avoir sur la personne dépendante s'il est néfaste, peut devenir un facteur favorisant le changement s'il est soutenant et sécurisant.

3. Travailler sur les freins à la volition

Au sein du MOH nous retrouvons d'autres concepts, expliqués plus tôt, qui peuvent présenter des obstacles à la volition. En effet, nous avons l'environnement, qui lorsqu'il est inadapté, place le patient dans une difficulté à trouver la volition nécessaire pour se battre contre l'addiction. Si un patient se trouve dans un milieu ou un lieu où la consommation de substances est banalisée et omniprésente, alors il sera complexe de maintenir son sevrage. Par exemple, lors de soirées électro où les individus "*prodent*" beaucoup (mots pour désigner l'action de consommation), il rencontrera de grandes difficultés à dépasser le *craving* encouragé à la vue de ses pairs qui eux, n'ont pas nécessairement cette envie d'arrêter. La théorie de l'auto-détermination expose l'idée que chaque individu se trouve dans le besoin d'être "maître de ses comportements", c'est-à-dire libre de choisir et d'agir. Cette théorie reprend trois besoins fondamentaux de l'être humain : l'autonomie (la capacité de faire librement), la compétence (être efficace au sein de son environnement) et l'appartenance

sociale. Si l'environnement social répond à ces besoins alors la motivation est auto-déterminée et donc l'individu se voit en accord avec la prise en soin. En revanche, lorsque les facteurs sociaux portent atteinte à l'expression de l'autonomie, de la compétence et de l'appartenance sociale, la motivation est dite "non-autodéterminée" ce qui altère le développement psychologique et impacte la prise en charge. Le patient peut se montrer résistant à l'idée de maintenir son nouveau comportement (De Sousa, C et *al*, 2011).

De plus, l'habitude construite autour de la consommation est un frein puisque la prise de substance est intégrée dans une routine et fait partie intégrante de l'équilibre occupationnel actuel du patient. La violence du sevrage des opioïdes est elle aussi une entrave à la volition. Il semble difficile d'accepter que nous allons traverser des jours entiers de souffrance physique et psychique et d'être prêt à les vivre.

Pour finir, lorsqu'un individu est désigné par la société comme un "drogué" ou un "toxico", au-delà de la violence de cette stigmatisation qui le pousse à se terroriser dans cette désignation, la société peut donner l'impression d'abandonner, de mettre de côté cet individu qui semble ne pas rentrer dans les cases. Cela a pour impact, chez les personnes souffrant d'addiction, un rejet de cette même société et un port presque automatisé de cette étiquette de "drogué" (Offenstein, 2016).

Il est donc crucial de se pencher sur le contexte de vie complet des personnes pour permettre une prise en charge plus effective.

IV. Problématisation et méthodologie de recherche

A. Question de recherche et hypothèse

Question de recherche : Comment soutenir, en ergothérapie, les personnes dépendantes aux opioïdes tout au long de leur processus de sevrage ?

Hypothèse : En soutenant la motivation, ou la volition selon le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), des personnes dépendantes aux opioïdes sur la totalité du processus de sevrage, les ergothérapeutes accompagnent les phases du modèle transthéorique du changement jusqu'à un équilibre occupationnel plus satisfaisant et un sevrage pérenne.

B. Contextualisation de la méthode

Lors de mes recherches j'ai pu découvrir le parcours de soins des personnes souffrant d'addictions aux substances illicites. Il existe, en France, de nombreuses institutions jouant un rôle crucial dans l'accompagnement des personnes addictes. En faisant quelques recherches et en discutant avec mon maître et ma référente de mémoire, j'ai fait le choix de restreindre mon champ d'analyse à un type de substances psychoactives : les opioïdes. Il semble effectivement plus pertinent de s'intéresser à des substances comme l'héroïne en raison du sevrage particulièrement violent qui accompagne la dépendance. De plus, les dispositifs d'aide paraissent davantage complets au vu de la mise en place de la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD), apparue à la suite de nombreuses complications liées à des partages d'aiguilles, ect... Pour finir, il semble plus probable de rencontrer des personnes dépendantes à l'héroïne dans ce genre de structure plutôt que des individus en proie à l'addiction à des substances stimulantes comme les amphétamines. Les amphétamines telles que l'ecstasy sont principalement utilisées dans des contextes très particuliers comme celui de la fête, notamment dans les soirées appelées "raves". Le cerveau va associer cet environnement à la prise de substance et donc les *cravings* (envie irrépressible de consommer) se feront moins ressentir en dehors de ce contexte, ce qui impacte aussi mon choix concernant les opioïdes qui, eux, n'ont pas de "réel contexte" de prise.

La démarche de recherche pour ce travail d'initiation s'inscrit dans les démarches hypothético-exploratoire. C'est à travers l'exploration des différentes pratiques professionnelles mises en place par les plusieurs ergothérapeutes au sujet du soutien de la volition/ motivation dans le cadre du sevrage aux opioïdes, que je répondrai à ma question de recherche et que je confronterai les points exposés dans mon hypothèse. Il s'agit là d'une recherche qualitative axée sur des données subjectives inscrites dans un contexte précis et spécifique à chaque ergothérapeute interrogé. L'analyse des informations recueillies me permettra d'allier à la théorie, des concepts propres au terrain d'expertise des ergothérapeutes en addictologie et de potentiellement m'ouvrir à de nouvelles problématiques.

Concernant la population d'intérêt, nous retrouvons des ergothérapeutes exerçant dans le domaine de l'addictologie, prenant en charge des individus dépendants aux opioïdes et engagés ou ayant été engagés dans un processus de sevrage.

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion	Critères d'exclusion
Ergothérapeutes diplômés	Ergothérapeutes n'exerçant pas ou n'ayant jamais exercé en addictologie	Ergothérapeutes exerçant dans une structure qui privilégie la réduction des risques (type CAARUD)
Ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé dans une structure de prise en charge d'individus en proie à l'addiction aux substances	Autres professionnels de santé	Ergothérapeutes n'intervenant pas dans un processus de sevrage
Ergothérapeutes intervenant auprès d'individus engagés ou ayant été engagés dans un processus de sevrage	Ergothérapeutes exerçant à l'étranger	

Comprendre les enjeux liés au sevrage nous permet d'analyser ce qui motive une personne à s'engager dans un rétablissement et ce qui est susceptible de jouer un rôle de frein dans ce sevrage et d'engendrer des rechutes. Il est important de souligner l'importance de la notion de processus de sevrage qui est à inclure absolument au sein de la recherche, ce qui exclue par extension les structures ayant pour but une consommation plus sécuritaire et non un arrêt ou une diminution de la consommation comme les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues).

Le recrutement des ergothérapeutes se fera sur la base du volontariat à partir d'une prise de contact avec des structures en addictologie type CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou services hospitaliers, ainsi qu'en contactant des ergothérapeutes par le biais de stages ou de professeurs. Pour éviter tout biais méthodologique, le sujet d'étude ne sera pas partagé en amont, les détails concernant la volition et les données théoriques ne seront partagés que lors du recueil de données.

Pour recueillir les données nécessaires pour ce travail, l'outil le plus pertinent me semble être un entretien semi-directif et effectué en visioconférence. En effet, cet outil me permet d'explorer les différentes pratiques professionnels à travers un corpus de représentations et d'expériences d'ergothérapeute en suivant une trame précise et commune de questions ouvertes centrées sur mon sujet pour assurer une cohérence des réponses entre les divers

entretiens. Le guide d'entretien sera réalisé en amont et validé par ma maître de mémoire. Nous y aborderons les outils utilisés mais aussi les spécificités de l'ergothérapie en addictologie, les leviers occupationnels de la volition ou encore les limites rencontrées par les individus dépendants comme les rechutes ou l'impact de l'environnement. L'entretien en visioconférence me permettra de projeter un powerpoint regroupant et expliquant les concepts du Modèle de l'Occupation Humaine tels que la volition, ainsi que la grille d'évaluation du Volitional Questionnaire afin de fluidifier la compréhension des concepts clés de ma recherche et d'illustrer mes propos à l'aide d'un outil d'évaluation normé et spécifique à l'ergothérapie. Ces entretiens se réaliseront sur une plateforme sécurisée type Pexip pour assurer une sécurisation des données. Aucun élément permettant l'identification de la structure ou encore de la personne ne sera mentionné. Une note concernant les modalités de passation, les objectifs et le droit de quitter l'étude, sera partagée aux participants avant la réalisation des entretiens. Dans les transcriptions, les participants se verront attribuer un code alphanumérique pour les différencier (E1, pour ergothérapeute 1,...) et conserver leur anonymat.

L'enquête se réalisera sur une temporalité de 2 mois et se composera d'au moins 4 entretiens pour me permettre d'élaborer un guide, de prendre contact avec des ergothérapeutes de planifier et réaliser les entretiens, de les retranscrire, dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche de 3ème année d'ergothérapie. Cette temporalité m'offrira l'opportunité de recueillir des données suffisamment approfondies et me laissera le temps d'établir une analyse qualitative de mon corpus de données.

V. Présentation et analyse des résultats

A. Profil des ergothérapeutes

Diverses ergothérapeutes ont accepté de participer à cette enquête. Les entretiens ont donc été réalisés par visioconférence dans le courant du mois de mars 2026. Pour joindre les ergothérapeutes, il m'a fallu prendre contact avec différentes structures d'addictologie, ainsi que d'explorer diverses pages internet pour trouver des professionnels travaillant dans ce domaine.

Voici un tableau de présentation des ergothérapeutes interrogées :

Ergothérapeutes	Année d'obtention du diplôme	Nombre d'années en addictologie	Structure(s) en addictologie	Temps de l'entretien (en minutes)
E1	2025	2 mois de stage + prise en charge avec diverses personnes dépendantes	HDJ + Association d'accompagnement pour des personnes porteuses d'un handicap	57:27
E2	2017	1 an 2 ans 5 ans	Pédopsychiatrie Services de cure en addictologie (HDJ + hospitalisation en temps plein) Psychiatrie adolescence	39:59
E3	2009	3 ans 8 ans	HDJ Centre de jour	41:13

Il est pertinent de souligner la date de diplomation des ergothérapeutes en raison des biais sémantiques qui seront observés dans l'analyse des résultats. En effet, les concepts comme la volition qui ont été vus en cours durant mes années d'études ne sont pas mis en pratiques par les ergothérapeutes ayant été diplômés au delà d'une dizaine d'années.

B. Axes thématiques

Suite à mes recherches, j'ai pu observer l'émergence de divers thèmes et j'ai ainsi orienté mon guide d'entretien sur ces derniers. Nous pouvons donc regrouper les informations données par les ergothérapeutes au cours des entretiens sous le prisme des thèmes mis en exergue par le cadre conceptuel.

1. Le processus de sevrage et le modèle transthéorique du changement

Afin de mieux comprendre comment se déroule un sevrage aux opioïdes, notamment pour avoir une vision propre au terrain, j'ai fait le choix de demander au début de l'entretien, une description du sevrage. Il me semblait pertinent d'observer ce que les professionnels de santé pouvaient en dire et surtout qu'est-ce qui en ressortait. Cela me permettrait d'obtenir une illustration plus claire, moins théorique du sevrage.

Code	Extraits des entretiens
E1	“ Mais au début, le processus est compliqué . Souvent, ils ne veulent pas changer ou ils ne comprennent pas pourquoi on leur demande de changer. Il y a un peu cette phase de déni, ce truc de “mais non, je n'ai pas besoin de tout ça, des soins”. Mais en même temps, à contrario, ils te disent que ça ne va pas dans leur vie, que l'addiction les rend malheureux, mais ils n'ont pas besoin de sevrage. Donc ça, c'est le début. Après, progressivement, ils commencent à se dire que “je vois les autres et je me dis que ça serait cool que j'arrête”. (...) Mais du coup, souvent, ils reviennent , en fait. C'est-à-dire qu'ils vont avoir ce truc de... “Ah, j'ai envie de changer”. Ah, ils rechutent . Donc, ils reviennent au début. Et souvent, c'est beaucoup des allers-retours comme ça.”
E2	“Souvent quand on travaille en addicto', quand même, ce sont des patients qui reviennent . Ça peut arriver que certains ne reviennent pas et arrivent à maintenir dès la première fois qu'on les voit en abstinence, mais c'est plutôt rare.”
E3	“C'est très long . Parce que pour arriver à une addiction, ça ne se fait pas du jour au lendemain, en fait. Ça se passe en année. C'est un chemin super long , super tortueux et complexe . Et du coup, pour retrouver un autre chemin qui permet de retourner vers un mode de vie où on n'a pas nécessairement besoin de produit, c'est pareil. C'est un chemin aussi super long, super tortueux, super complexe, qui peut parfois faire pas mal de boucles .”

De cette description ressort, dans chaque entretien, l'idée du temps. En effet, le sevrage est présenté comme un processus long, complexe et non linéaire, parsemé de rechutes. La notion de répétition et de longue temporalité du sevrage fait ainsi consensus entre les trois entretiens. À la suite de cette question, il m'a semblé pertinent d'illustrer le processus à l'aide du modèle transthéorique du changement, observé au cours de mes recherches. Au regard des réponses données et de l'aspect non linéaire, presque cyclique du processus de sevrage, le parallèle apparaissait approprié. Il fallait dans un premier temps identifier s'il s'agissait là d'un modèle connu des ergothérapeutes interrogées, pour savoir s'il était réellement mis en pratique ou bien s'il ne restait que purement théorique et peu exploité dans le milieu de la santé et de l'addictologie. Concernant les différentes phases du modèles, les ergothérapeutes observent bien la similarité avec le processus vécu par les personnes dépendantes.

Code	Extrait des entretiens
E1	“Oui, globalement, les phases de la chute-rechute , précontemplation , tout ça, ça, oui. Euh... En fait, souvent, c'est ça, dans le sevrage. C'est-à-dire qu'en fait, ils arrivent à maintenir à un moment donné... En fait, souvent, la précontemplation , contemplation , détermination , action , c'est assez vite. Ça se passe plutôt vite. C'est pas ça qui est le plus long. Euh... Le plus long, c'est plutôt l'étape entre la... La... Oui. La chute et, tu sais, revenir à la précontemplation .”
E2	“Donc, effectivement, ces deux premières phases , c'est rare que les patients soient déjà

	hospitalisés, en tout cas moi, dans ce que j'ai connu dans ces deux premières phases, parce qu'on ne faisait pas d'hospitalisation sous contrainte. (...) Donc, on a pu avoir quelques personnes, quand même, effectivement, qui arrivaient avec une certaine, même carrément, un déni assez massif des difficultés, ou d'autres qui pouvaient être dans ces phases de précontemplation , de “tiens, quelque chose ne va pas, mais qu'est-ce que ça peut bien être ?” Cela dit, puisque, de toute façon, le sevrage était imposé dans les murs assez vite, on passait aux phases de “tiens, donc, visiblement, les choses ne vont pas bien quand je ne consomme plus, donc c'était bien ça le problème”. La phase de détermination . Donc là, de ce que je comprends du modèle conceptuel, c'est le moment où, comment dire, on est à une croisée des chemins, soit ça tient et on passe à l' action , soit ça ne tient pas et on sort du cycle-là”
E3	“Ah oui, Prochaska , oui. Mes collègues infirmiers, ils l'expliquent aux patients. De toute façon, c'est totalement en lien. Après, moi, je me base pas dessus, je l'ai en tête. Vu que mes collègues infirmiers s'en servent pas mal, je m'en sers pas particulièrement, forcément, moi, pour les patients. Mais après, ils l'ont tous en tête, les patients, ils le savent bien, des fois, eux-mêmes, ils peuvent le dire où est-ce qu'ils en sont. Après, l'idée, c'est de pouvoir aussi, ça, ça les rassure souvent pour ce modèle-là, aussi, de se dire, “oui, OK, ça fait partie... Là, je suis à cet endroit-là, je suis en rechute , c'est OK”, en fait, ça fait partie du processus. Et l'idée, quand ils arrivent à l'hôpital de jour, c'est que la rechute , elle soit de moins en moins violente et de moins en moins profonde pour qu'il y ait moins de remontées derrière. Donc, ça peut mettre du temps et ça fait partie du soin, en fait, qu'il y ait des chutes .”

Nous comprenons que même s'il n'est pas systématiquement utilisé par les ergothérapeutes, le MTC est intégré et conscientisé et leur permet d'adapter en conséquence la prise en charge en fonction de la phase dans laquelle se trouve le patient.

Pour la première phase, celle de la *Précontemplation*, les ergothérapeutes expliquent principalement qu'elles ne sont pas en lien avec les patients puisque les structures dans lesquelles elles travaillaient ne mettaient en place des hospitalisations qu'à la demande du patient et non sous contrainte ce qui induit que le patient avait conscience de sa situation. Concernant la *Contemplation*, elles axent leur prise en charge sur des entretiens, la création d'un lien et d'une relation thérapeutique de confiance pour comprendre quelles sont les problématiques principales du patient et ainsi définir des objectifs individualisés. La prise en soin durant la phase de *Détermination* permettra la mise en place des objectifs et la planification de ces derniers pour engendrer une diminution progressive de la consommation. L'*Action* s'oriente vers la recherche de stratégies pour cette réduction de la consommation, l'exploration d'activités significatives pour le patient et parfois l'introduction à des thérapies cognitives et comportementales pour soutenir le changement. L'étape du *Maintien* apparaît comme la plus complexe à vivre pour les patients. Les ergothérapeutes vont accompagner les patients dans la projection dans l'avenir et co-construire un projet de sortie et/ou un projet de vie plus largement. Il reste tout de même crucial de travailler sur la rechute en elle-même et

ce par quoi elle pourrait être engendrée comme les émotions négatives telles que la contrariété, l’environnement ou encore les angoisses. Il est particulièrement important de concevoir la rechute, puisqu’il est très fréquent que les patients en traversent. Il faut en déceler les signes avant-coureurs pour permettre un retour dans le processus le plus rapidement possible, ce qui est le plus difficile.

Il me semble tout de même crucial de souligner qu’E1 avait énoncé le MTC avant que la question ne soit posée ce qui démontre de sa connaissance du modèle et du parallèle pouvant être fait pour décrire le processus de sevrage et donc adapter la prise en charge en fonction des stades traversés par les individus.

2. La motivation

Assez sommairement dans les entretiens, deux des ergothérapeutes viennent à évoquer l’idée de motivation. Il était évident que mon guide d’entretien s’axe en grande partie sur ce concept en raison de ma problématique, mais je n'avais pas imaginé que cette notion puisse être anticipée et induite naturellement par les professionnelles interrogées. Dès les questions sur le processus de sevrage, cette notion semblait émerger.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Et pour ça, c'est là où l'ergo intervient beaucoup, c'est qu'ils proposent encore des occupations significantes, donc beaucoup d'évaluations de style MOHOST, même MCRO, tu vois, pour essayer de comprendre qu'est-ce qui motive la personne, qu'est-ce qu'elle aime.”
E2	“Donc, effectivement, ces deux premières phases, c'est rare que les patients soient déjà hospitalisés, en tout cas moi, dans ce que j'ai connu dans ces deux premières phases, parce qu'on ne faisait pas d'hospitalisation sous contrainte. Il faut que la personne soit motivée .”
E3	x

E1 et E2 introduisent l’idée de la motivation sous le prisme soit de l’hospitalisation qui est un choix du patient et donc qui naît de la motivation ou encore l’importance de la motivation dans la prise en charge. Nous pouvons déduire de cela, que la motivation prend place plus ou moins importante dans le sevrage.

C’est ainsi que la question suivante est posée “Que vous évoque la notion de motivation dans un processus de sevrage ? Sur quoi repose-t-elle ?”.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Deux choses importantes je pense facteur intrinsèque et extrinsèque c'est-à-dire que la motivation dépend énormément de nous nos envies en tant que personne nos croyances, nos expériences ce qu'on aime, ce qu'on aime pas quel est son accord à telle chose ou pas et l'extrinsèque parce que souvent les personnes qui souffrent d'addiction qui consomment tout ça elles peuvent avoir une motivation intrinsèque très forte c'est-à-dire des valeurs très fortes, des croyances très fortes et là-dessus il n'y a aucun problème juste par contre l'environnement n'est pas motivant (...) tu peux avoir de très belles motivations etc mais être confronté à tes démons c'est un peu politique dit comme ça mais c'est vrai ça c'est vraiment les deux gros trucs à prendre en compte, c'est ça facteur intrinsèque et extrinsèque de la motivation”
E2	“Je trouve qu'elle est compliquée, cette notion, parce que, bien sûr que oui, il faut de la motivation. Et souvent, ce que moi je pouvais dire, c'est qu'il faut une motivation, mais il faut une motivation qui soit intrinsèque, il faut pas que ce soit juste pour quelqu'un d'autre, pour une raison extérieure. Mais là où je trouve que c'est une notion qui est difficile, c'est que bien souvent, le public, en général, a tendance à attribuer l'addiction à juste un manque de motivation. Et je trouve que la motivation va vite de paire avec la culpabilité, en tout cas dans l'expérience que j'ai eue avec les patients dont je me suis occupée. Parce qu'il y a vite cette idée de “si je n'y arrive pas, c'est que je manque de motivation et donc, c'est ma faute”. Et je trouve que c'est pas facile, parce que c'est pas une notion qui est à mettre complètement de côté, parce que ça joue vraiment, mais il n'y a pas que ça.”
E3	“Alors, la motivation, oui, on nous en parle souvent avec les fameux entretiens motivationnels, ça permet des fois, on peut faire des balances motivationnelles avec eux, notamment, quand des fois, ils sont dans cette phase de pré-contemplation, de contemplation (...) Après, des fois, le psychique, le cognitif est tellement abîmé par les produits et les années de conso que des fois, malheureusement, même ça, ça suffit plus. La motivation intrinsèque, elle n'est plus toujours très présente. Quand on a des années de produit qui ont un peu grillé à différents étages, on arrive sur des lacunes, sur des handicaps cognitifs que la motivation ne suffira pas à pouvoir mobiliser quelque chose chez la personne. En tout cas, la motivation intrinsèque des fois n'est plus trop présente et des fois, même la nôtre ne suffira pas non plus.”

E1 explore la notion de motivation sous le prisme des facteurs intrinsèques et extrinsèques ce qui correspond d’une part à ce que la personne possède en elle, ce qui lui est propre, comme ses valeurs, ses croyances, ses expériences de vie et ses envies et d’autre part l’environnement, ce dans quoi baigne et vit la personne en soulignant l’importance de l’environnement social qui représente un pilier principal dans le maintien du sevrage et qui, lorsqu’il est néfaste ou instable, joue un rôle clé dans la rechute potentielle . La motivation n’est donc pas seulement dépendante de l’individu mais est aussi en interaction avec son environnement.

E2 répond davantage en expliquant la complexité du concept de motivation et de l’ambivalence qu’elle induit par la sensation de culpabilité qui peut découler par le sentiment de responsabilité individuel qu’elle entraîne lorsqu’il est établi que seul la motivation

importe dans le processus de sevrage. Elle précise qu'il ne s'agit pas d'un unique levier et que les rechutes peuvent être engendrées par les pathologies et les troubles associés à la consommation. L'addiction et les rechutes apparaissent donc comme multifactorielles et il semble nécessaire de placer la personne dépendante dans son contexte ce qui peut s'aborder à l'aune de l'approche biopsychosociale.

Enfin, E3 verbalise aussi cette idée d'impacts cognitifs que peuvent avoir les substances mais s'exprime également sur les outils utilisés pour identifier la motivation comme l'entretien motivationnel ou la balance motivationnelle.

Les définitions apportées par les ergothérapeutes laissaient déjà apparaître les réponses à d'autres de mes questions notamment sur ce qui concerne les limites et les freins à la motivation. Nous comprenons que l'environnement défavorable, l'isolement social, les troubles cognitifs sont des obstacles à la motivation. E1 et E3 ajoutent l'idée que lorsque la personne n'est pas à l'initiative de l'hospitalisation, cela joue sur la motivation et ainsi le maintien du sevrage, tandis qu'E2 souligne l'importance de prendre en charge le patient de manière holistique pour ne pas que le sevrage soit vain.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Il y en a, qui sont là par obligation de soin de l'Etat. Donc le problème, c'est qu'ils ont pas choisi le soin. ”
E2	“Si on n'a pas les moyens de prendre en charge la personne dans son ensemble , en fait, agir juste sur l'addiction ne va pas nous mener bien loin.”
E3	“Quand ils ne sont pas leur demandeur de soin , quand ils viennent avec une demande de soin de quelqu'un d'autre qui n'est pas la leur, ça joue vachement.”

La motivation se présente comme fragile face à certains facteurs tels qu'ici, le niveau d'implication et d'adhésion de la personne dépendante dans son parcours de soin qui dessine un frein dans le maintien du sevrage.

E2, qui évoque la notion d'une prise en charge centrée sur la personne, laisse apparaître le rôle fondamental de la pluridisciplinarité pour pallier aux obstacles et aux limites de la motivation. Il semble donc crucial de ne pas traiter l'addiction comme seule problématique, mais d'explorer différents domaines de vie de l'individu sous le regard de plusieurs professionnels et diverses champs de compétences.

Concernant les facteurs favorisant la motivation, les ergothérapeutes évoquent l'environnement soutenant, les relations sociales. Alors que l'environnement pouvait se

présenter comme un frein, il peut aussi être un levier favorisant la motivation s'il est sécurisant. L'entourage se voit soutenir l'engagement de la personne et le maintien du sevrage. E2 et E3 s'expriment également sur l'apparition flagrante de changements qu'ils soient physiques ou autres, qui motive les patients à persévérer dans leur diminution de la consommation ou de maintenir leur abstinence. Les changements et la réappropriation de l'identité personnelle de la personne dépendante lui permet de donner du sens à son processus de sevrage et donc d'engager sa motivation dans le maintien de la réduction de consommation ou d'abstinence.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Beaucoup l' entourage social , les relations sociales”
E2	“Beaucoup l' environnement autour (...) Et c'était un des gros facteurs de motivation aussi des personnes, c'était de constater qu'un changement un peu plus global s'opérait”
E3	“Quand ils constatent des changements qui leur conviennent (...) qui ont pu montrer qu'ils n'étaient pas seulement toxico ou drogués qu'ils étaient quelqu'un d'autre que ça”

La motivation intrinsèque mentionnée par les trois ergothérapeutes, peut sémantiquement se rapprocher du concept de volition explicité dans le cadre théorique de cette étude puisqu'elle est définie comme la “motivation intrinsèque qui pousse à agir sur son environnement”.

3. La volition

Ainsi découle le concept de volition, clé de voute de ma recherche. Il a tout d'abord été pertinent de demander à chaque ergothérapeute de définir la volition pour observer les connaissances de chacune sur cette notion. Le terme de volition leur était familier et elles l'ont décrit différemment. E1, récemment diplômée, a explicité diverses idées, donné des exemples démontrant une aisance à manipuler ses connaissances en lien avec ce concept. Pour E2 et E3, les définitions furent plus brèves, E3 souligne aussi que cette notion n'était pas encore étudiée lorsqu'elle était étudiante et qu'au contraire le terme d'aboulie était utilisé.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“C'est l'ensemble des expériences qu'on a eues dans notre vie, positives ou négatives, qui va influencer la manière dont on choisit de participer ou non à une occupation (...) C'est les expériences positives et ce sentiment de compétence que tu as qui font que tu vas choisir de t'engager ou non dans une occupation ”

E2	“Pour moi la volition, elle est vraiment du côté de l'élan, de l' élan à faire quelque chose ”
E3	“C'est marrant parce que quand j'étais en études il n'y avait pas encore ce concept là mais par contre on parlait à l'opposé d' aboulie . La volition, pour moi, il y a de l'envie et de l' engagement, l'envie de faire quelque chose ”

Les différentes définitions démontrent qu'il s'agit d'un concept connu par les ergothérapeutes, bien que utilisé et traduit de façons variées en fonction des professionnels. L'évolution des modèles et des concepts ergothérapiques est aussi soulignée dans ces définitions notamment par E3, diplômée en 2009, qui verbalise l'absence de la volition lors de ses études.

Consciente que nous abordions un sujet très précis, j'avais fait le choix d'exposer un diaporama comportant le schéma du MOH ainsi que la définition de la volition, donnée par Kielhofner. J'avais, évidemment pour éviter tout biais, attendu que les ergothérapeutes répondent à la question avant de projeter ma diapositive. La définition nous a permis de souligner les distinctions entre volition et motivation.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Je ne trouve pas qu'il y ait beaucoup de différence (...) la motivation, ça serait poussé par un désir, une impulsion , un truc un peu sur un coup de tête, alors que la volition, c'est lié aux expériences et aux choix, donc c'est réfléchi . (...) La motivation c'est l' élan que tu vas avoir à faire quelque chose, et la volition c'est avec tout ce qui s'est passé dans ma vie, mes expériences, j'ai envie de faire ça ou pas.”
E2	“Pour moi, oui. Il y a des différences, même si elles sont assez ténues, parce que vraiment, la volition, en plus telle que définie là, on part vraiment de l' intérieur . Les intérêts de la personne peuvent être communs à d'autres choses, mais les valeurs de la personne, son sentiment d'efficacité , c'est vraiment quelque chose qui vient de l'intérieur, là où les motivations , comme je disais tout à l'heure, elles peuvent être causées par des facteurs externes et auquel cas on tient moins sur la durée.”
E3	“Avec la définition la motivation intrinsèque c'est celle qui vient de la personne pour la volition mais comme je disais tout à l'heure la motivation des fois elle vient plus de la personne soit il n'y en a plus à ce moment là mais on peut peut-être la réanimer mais déjà elle arrive à venir jusqu'à nous donc il y a un début de quelque chose”

Pour E1, la distinction se fait par la réflexion apportée par la volition, en lien avec le vécu personnel de l'individu, de ses expériences. La motivation se rapproche de l'impulsion presque instinctif.

E2 s'exprime davantage sur l'aspect intrinsèque et propre à la personne de la volition et les facteurs extrinsèques qui ont une incidence sur la motivation. E2 souligne la durabilité plus courte du maintien du sevrage si la motivation est extrinsèque.

Enfin, E3 dessine le lien entre motivation intrinsèque et volition. Elle appuie néanmoins l'idée que la motivation permet, même lorsqu'elle est fragile, de se réengager dans le sevrage. Des réponses données, plusieurs éléments ressortent : l'internalisation de la volition, provenant de la personne et de son histoire de vie; l'aspect extrinsèque de la motivation parfois semblable à un élan dans l'agir et finalement la distinction entre ces deux notions quelque peu floues qui ne s'opposent pas mais ne sont pas tout à fait identiques.

Ainsi il me semblait pertinent d'interroger les ergothérapeutes sur les différentes composantes de la volition, soit le sentiment d'efficacité, les intérêts et les valeurs et par la suite identifier si elles utilisaient un outil d'évaluation de la volition tel que le volitional questionnaire.

L'exploration de l'histoire de vie à travers des entretiens et la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) permet, pour E1, de laisser apparaître les intérêts, les valeurs et le sentiment d'efficacité. E2 reprend l'idée de l'exploration de l'histoire de vie à travers des entretiens et explique avoir mis en place un questionnaire considérant ces éléments et induisant une auto-évaluation de l'état actuel ainsi qu'une réévaluation de cet état au cours du sevrage. E3 évoque l'entretien et des cartes de valeurs et précise qu'il peut arriver que les personnes n'aient plus d'intérêt ni de sentiment d'efficacité au début de leur hospitalisation.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Quand tu reprends l' histoire de vie , tu questionnes le sens et les croyances, et du coup, ça répond aux valeurs , aux intérêts . Et le sentiment d'efficacité , c'est... Tu peux poser direct la question, dire... “Est-ce que vous vous sentez efficace, aujourd'hui, pour faire ça ?” En fait, ça peut être, par exemple, via la MCRO , avec le rendement occupationnel.”
E2	“Déjà, je faisais systématiquement un entretien avec les personnes qui arrivaient, histoire de pouvoir faire un point sur leur histoire de vie , voir comment les personnes se racontaient, elles, et voir ensemble quels pouvaient être leurs objectifs. (...) Et petit à petit, on avait mis en place avec ma collègue un questionnaire , histoire de pouvoir approfondir un petit peu plus. Alors, je ne l'ai plus, malheureusement. Mais un questionnaire dans lequel on posait la question, “listez par exemple trois raisons qui vous poussent à arrêter”. Les centres d'intérêt , c'est une question que je pose en systématique, je peux m'appuyer dessus ou pas, ça dépend. Et donc, je dirais que dans un premier temps, c'était vraiment le questionnaire et l' entretien qui permettaient ça.”
E3	“Les valeurs il y a la réhabilitation psychosociale qui a sorti des cartes de valeurs (...) Les intérêts en faisant la MCRO (...) les valeurs restent toujours là même si des fois ils peuvent dire ça c'est celle avant que je consommais ça c'est celle que je consomme mais

	les intérêts , les sentiments d'efficacité des fois ils arrivent et il n'y a même plus ça donc il n'y a plus trop de motivation de la personne il n'y a plus grand chose”
--	---

Les trois ergothérapeutes s’alignent sur l’exploration de l’histoire de vie à travers des entretiens pour identifier et évaluer les composantes de la volition. L’expérience de la personne se voit au centre de la prise en charge pour permettre de déceler ses intérêts et ses valeurs et ainsi mettre en place des objectifs adaptés.

Les professionnelles indiquent utiliser des outils pour faciliter l’accès à ces composantes, qu’ils soient normés comme la MCRO ou non à l’image de l’entretien. Cela démontre d’une adaptation au patient, mettant en place différents outils sans reproduire une prise en charge identique pour chaque personne.

Enfin, E3 souligne l’altération des composantes de la volition en début du processus de sevrage notamment les intérêts et le sentiment d’efficacité. Les valeurs semblent tout de même être préservées et peuvent donc être utilisées comme levier dans la restauration des autres éléments de la volition.

4. L’ergothérapie et le soutien de la motivation/volition

Il est évident, que l’entièreté de mes questions était orientée vers la prise en charge du sevrage en ergothérapie et que de nombreuses clés de réponses m’ont été transmises tout au long de l’entretien. J’ai tout de même fait le choix d’intégrer, au sein de mon guide d’entretien, des questions précises sur l’ergothérapie sous le prisme de la motivation et de la volition au cours du sevrage.

Ma toute première question s’axait donc sur chaque pratique des ergothérapeutes pour comprendre comment elles soutenaient la volition et la motivation de leurs patients.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“C'est beaucoup d'activités... Enfin, je dis activités, mais... Je vais parler même d' occupations signifiantes , qui vont être graduées, adaptées dans le temps, l'espace et le matériel . Parce que si c'est trop dur, il n'y aura pas de volition. Si c'est trop facile, il n'y aura peut-être pas de volition non plus. Donc ça rejoint un peu le <i>flow</i> , ça, ce concept-là. S'il est pas dans un environnement où il a du soutien , il fera pas.(...) Tu vois, c'est rassurer sur l'environnement physique, social, beaucoup, et puis adapter l'activité et graduer progressivement , pas trop vite.”
E2	“Bon, alors déjà, le fait de comparer , de rappeler les premiers questionnaires où ce qu'on se disait au début de la prise en charge, ça permet à la personne de constater le chemin qu'elle a fait , ce qui soutient quand même de ce côté-là. Sinon, pour soutenir...

	Moi, j'ai tendance quand même à faire beaucoup de rappels , quand même, même verbaux, à la personne (...) pointer du doigt ce qui change en positif et ce qui se renforce, ça pouvait influencer positivement, donc surtout, je dirais principalement du côté de constater l'efficacité. ”
E3	“Alors ça va dépendre en individuel ça va être par du feedback pas mal l'idée. (...) donc l'idée c'est qu'on puisse se retrouver régulièrement entre la date où on a posé l'objectif et la date où on va réévaluer pour qu'eux puissent continuer à faire et petit à petit souvent je les vois de moins en moins parce qu'ils ont de moins en moins besoin que je sois présente régulièrement (...) Aussi pour maintenir la motivation moi j'aime bien faire des ateliers qui vont durer sur plusieurs temps qui vont demander un engagement (...) L'idée, c'est vraiment de travailler le lien à l'autre , comment je fais avec l'autre. (...) Parce qu'en individuel, là, ça va être vraiment au cas par cas, je vais vraiment m'adapter. Mais pour le groupe, ça va être vraiment de faire un diagnostic de groupe et de trouver ce qui les anime , en fait. Ce qui est le dénominateur commun que je peux trouver à ces gens-là. Et du coup, je vais axer mon média là-dessus, pour faire en sorte que ça matche à fond, et qu'ils aient envie et que ça se maintienne.”

Les ergothérapeutes expliquent qu’elles soutiennent la volition et la motivation à travers des activités adaptées à l’individu en les graduant au cours de la prise en charge (E1). Les activités s’axent à travers des objectifs SMART et doivent donc être réévaluées dans le temps (E3). L’activité devient ainsi un outil thérapeutique visant à soutenir l’engagement.

E2 et E3 soulignent l’importance du *feedback* positif pour justifier auprès des personnes dépendantes les efforts fournis et les avancées vécues au cours du sevrage. Cela permet aussi d’intensifier le sentiment d’efficacité et de compétence de l’individu.

E3 expose les effets des médiations de groupe sur l’engagement du patient et sur son lien à l’autre qui est travaillé pour un but commun et un accomplissement groupal.

E1 exprime aussi la considération qu’il faut porter à l’environnement tant physique que social pour que ce dernier soit soutenant et qu’il engage une motivation en dehors de l’institution hospitalière pour un maintien du sevrage. La volition et la motivation doivent donc être explorées au sein d’un contexte propre à la personne pour assurer un maintien du processus de sevrage.

Pour comprendre comment le maintien se fait lorsque la personne n’est plus hospitalisée, il faut appréhender le retour à domicile et surtout les activités de vie quotidienne sous le sens que la personne lui confère et ainsi l’accompagner dans cette recherche de sens.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Eh ben... C'est pas... C'est pas toujours simple . C'est compliqué, même, ça. Parce que ça peut être très facile de les motiver ou de les volitionner , je sais pas si ça se dit, mais

	voilà, à une activité à l'HDJ, par contre, reprendre leurs occupations à eux (...) Donc, typiquement, nous, on a fait des visites à domicile , et pas que, même des interventions à domicile (...) Donc après, des fois, il faut juste prioriser certains objectifs. ”
E2	“En travaillant vraiment autour de... de nommer les choses . Dans un premier temps, c'est beaucoup moins qu'il fait en médiation, en essayant déjà de recentrer sur les ressentis , même parfois les ressentis corporels. (...) Donc moi, j'axais vraiment autour de... autour de ce que la personne ressent , de ce qui peut lui faire plaisir , de ce qui fait aussi pas plaisir, mais qui est quand même supportable , pour travailler quand même aussi sur la notion de contrainte. ”
E3	“Ça, c'est souvent le nerf de la guerre, les AVQ. Je fais des visites à domicile , parfois. Rien que ça, des fois, ça les motive à reprendre des activités de la vie quotidienne (...) Donc ça peut relancer. (...) Ils savent comment faire. Ça vient pas là, le problème. C'est vraiment le starter qui bloque . Ils l'ont pas. Et le fait qu'il y ait quelqu'un qui vienne, de relancer une routine , ça va permettre de le maintenir, ce starter-là. (...) Ça va les rebooster , même si c'est qu'une fois par mois. Mais souvent, ça commence par une visite à domicile de ma part. Parce que je vais réussir à ce qu'ils aient assez confiance , pour que je puisse aller chez eux. Après, c'est un travail de plusieurs mois, juste de pouvoir aller chez eux. Parce que c'est pas du jour au lendemain qu'on y va. Mais ça, une visite à domicile, c'est super enrichissant et intéressant. ”

Les ergothérapeutes explorent l'intérêt d'une visite à domicile dans l'intervention directe dans l'environnement de la personne et l'accompagnement dans ses activités de vie réelles. La volition doit donc être assimilée à une situation de vie réelle. Ici, l'individu se voit encadré dans la mise en place de routines comme le ménage et l'initiative de l'action en tant que telle pour se réapproprier ses occupations et son environnement (E1 et E3). E3 évoque le rôle de l'ergothérapeute comme déclencheur de l'activité, permettant l'initiative dans l'engagement et l'activité. Cela permet la restructuration d'un cadre sécurisant et offre à l'ergothérapeute un point de vue particulièrement enrichissant de la façon dont la personne investie son temps et son environnement (E3).

E2 aborde davantage la notion de plaisir qu'il faut inclure dans les occupations pour engendrer un engagement dans leur réalisation. Il s'agit donc là d'un levier thérapeutique que l'ergothérapeute peut exploiter.

Pour conclure sur le soutien de la volition et la motivation en ergothérapie, j'ai fait le choix d'explorer le renforcement du sentiment d'efficacité puisqu'il s'agit là d'une composante de la volition qui peut être travaillée tout au long de la prise en charge, à travers diverses médiations.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“ Ça rejoint toujours un peu ce que je t'ai dit sur proposer des activités adaptées et avec un niveau de défi qui est progressif . C'est-à-dire peut-être pour, dans un premier temps, proposer quelque chose de très simple et progressivement augmenter la difficulté. Donc c'est de la graduation , c'est de l'adaptation . ”
E2	“Le sentiment d'efficacité, on le travail, j'y ai répondu tout à l'heure, en nommant beaucoup les choses dans un premier temps, puis en incitant la personne progressivement à se rendre compte par elle-même . ”
E3	“En tout cas, est-ce que j'y arrive ? Je ne sais pas, mais j'espère que oui. Je ne les questionne pas là-dessus. Mais quand ils me disent qu'ils sont satisfaits de ce qu'ils arrivent à faire , ou qu'on réévalue avec la MCRO et qu'ils sont beaucoup plus satisfaits de ce qu'ils n'arrivaient pas à faire dans un premier temps, je me dis que ça fonctionne. Mais après, je ne l'évalue pas assez souvent pour dire que ça fonctionne tout le temps.”

Les ergothérapeutes font le choix de soutenir le sentiment d'efficacité à l'aide d'activités graduées, dont le niveau de difficulté évolue progressivement dans le temps (E1). Le sentiment d'efficacité se crée alors grâce à l'expérience et la réussite. Au delà de l'adaptation et de la graduation exposées par E1, E2 souligne l'importance de la verbalisation des réussites pour que l'individu prenne conscience de ses capacités, de ses efforts, ou des changements. E3 expose davantage l'indicateur d'évolution du sentiment d'efficacité qui peut être évalué à travers des la MCRO ou encore avec la satisfaction du patient quant à ses réussites. L'évaluation du sentiment d'efficacité apparaît donc comme subjective et s'établit à l'aide d'observations cliniques.

Tout ce qui est exprimé dans cette partie des entretiens semble tendre vers un engagement durable dans les occupations et ce qui me mène à questionner le concept d'équilibre occupationnel.

5. L'équilibre occupationnel vers un sevrage durable

Pour finaliser mes entretiens, j'ai fait le choix d'aborder le sujet de l'équilibre occupationnel. L'idée de ces deux questions finales était de mettre en exergue l'impact de l'addiction sur les occupations des personnes dépendantes. Mes trois interlocutrices sont en accord pour dire qu'elles ont observé ce principe de déséquilibre occupationnel chez leurs patients. Elles nuancent tout de même en expliquant qu'il peut y avoir équilibre et déséquilibre au même moment (E1), qu'il peut y avoir équilibre occupationnel mais qu'il est souvent considéré comme insatisfaisant par la personne si elle fait le choix du sevrage (E3) ou encore en précisant la place que prend la consommation dans la vie quotidienne (E2).

De plus, E1 aborde la notion de *dark occupation*, ces activités signifiantes qui sont mauvaises pour la santé ou qui sont juridiquement condamnables.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“Peut-être que nous, on le voit comme un déséquilibre occupationnel du fait qu'ils passent leur temps à consommer, donc ils font pas autre chose, donc ils font pas leurs occupations signifiantes de manière habituelle et satisfaisante. Mais comme je t'ai dit, pour les gens qui veulent pas changer peut-être que ça leur convient très bien, et du coup, c'est pas du tout un déséquilibre, c'est un équilibre. Du coup, tu vois, c'est un peu paradoxal. Après, ça rejoint un peu tout ce qui est dark occupation , dark side des occupations. Quand on fait une occupation qui, pour nous, a du sens, qui nous fait du bien, mais qui, en fait, n'est pas foncièrement bonne pour la santé, voire jugée criminelle, etc. En fait, ça va être très subjectif.”
E2	“Oui énormément. Bien souvent, de toute façon, les consommations prennent de plus en plus de place jusqu'à prendre toute la place ”
E3	“Oui, tous. En tout cas, ils sont tous insatisfaits de leur équilibre occupationnel ”

L'occupation, bien que néfaste, peut être considérée par la personne comme signifiante et donc persévérée dans la réalisation de cette occupation. L'équilibre occupationnel est donc subjectif, dépend de la personne et de ses ressentis et il est nécessaire pour l'ergothérapeute d'identifier le sens que l'individu donne à ce dernier et à ses occupations pour pouvoir adapter la prise en charge et ne pas perturber l'équilibre du patient si celui-ci lui convient. Cependant si la personne n'est pas satisfaite de son équilibre occupationnel, cela peut présenter un levier d'engagement vers un processus de sevrage et une reconstruction d'un équilibre plus sain et meilleur pour elle.

Après cela, reste à déterminer en quoi un travail sur l'engagement et l'équilibre occupationnel peut favoriser la durabilité du sevrage.

Codes	Extrait des entretiens
E1	“ L'équilibre occupationnel, c'est construit à base d'habitudes et de routines. (...) Donc, travailler effectivement des rituels qui sont signifiants , qui apportent du plaisir , qui sont pas compliqués à mettre en place aussi. Faut pas que ça demande beaucoup d'efforts, faut pas que ça nécessite de l'énergie, parce que pareil, l'addiction, c'est certes la motivation, les trucs cognitifs, mais aussi la gestion de l'énergie qui peut être compliquée. Donc, faut proposer des rituels qui sont satisfaisants et pas énergivores, et des choses simples à mettre en place.”
E2	“En travaillant sur l'équilibre occupationnel, on met en place une vie quotidienne qui a du sens , qui permet de canaliser les sentiments de vide , les sentiments d'angoisse, la

	tristesse, toutes les choses qui poussent à la consommation, qu'on les fera pas disparaître, évidemment, mais le fait de mettre en place un cadre avec la personne par cet équilibre occupationnel, un cadre qui tient, qui est rassurant, des repères, ça permet vraiment, à mon sens, de diminuer les risques de rechute .
E3	“C’est essayer des occupations qui vont permettre de maintenir un bien-être , en fait, une santé au quotidien .”

À travers leurs réponses les ergothérapeutes exposent le rôle de l’équilibre occupationnel dans la diminution des risques de rechute par le cadre structurant qu’il apporte à la vie quotidienne. L’intérêt de la mise en place de routines ne se joue pas dans le fait de combler le vide ressenti et laissé par l’absence de prise de substance par du temps mais bien d’incorporer au quotidien des activités porteuses de sens peu coûteuses en énergie (E1 et E2). Cela s’articule avec un accompagnement et des repères pour viser une réduction et/ou une gestion des sentiments négatifs tels que la frustration (E2). Il semble crucial pour E1, que les occupations, au delà d’être significatives, permettent à la personne d’éprouver d’un plaisir en dehors de la prise de consommation. À cela s’ajoute l’impact que l’équilibre occupationnel aura sur la santé de l’individu (E3). Nous pouvons retenir l’importance des activités accessibles et adaptés aux capacités de l’individu tout en lui conférant la notion de plaisir qui alimentera son engagement et ainsi son maintien dans le processus du sevrage.

VI. Discussion

Avant de confronter l’hypothèse aux résultats ayant été obtenus au cours des entretiens, il peut être bénéfique de rappeler que l’hypothèse était la suivante : en soutenant la motivation, ou la volition, des personnes dépendantes aux opioïdes sur la totalité du processus de sevrage, les ergothérapeutes accompagnent les phases du modèle transthéorique du changement jusqu’à un équilibre occupationnel plus satisfaisant et un sevrage pérenne.

A. Liens avec la littérature

1. Le processus du sevrage et le modèle transthéorique du changement

Les ergothérapeutes décrivent le processus du sevrage comme long, non-linéaire et complexe. Cela semble fatalement faire écho au schéma présenté par Prochaska et DiClemente : un cycle comportant différentes phases pouvant mener à la sortie temporaire ou

permanente vers un changement (Di Clemente et al, 1992). Les rechutes et le renouvellement du cycle ainsi que les différentes phases sont mis en évidence par les professionnelles interrogées ce qui démontre une présence de ce phénomène dans le quotidien des personnes dépendantes. Le MTC apparaît, alors évoqué par le psychiatre sollicité dans la partie exploratoire, un modèle fréquemment utilisé par les professionnels de santé en addictologie, que ce soit implicite ou explicite. Les ergothérapeutes n'intègrent ou n'observent pas naturellement chaque phase du modèle dans la prise en charge, mais trois stades émergent tout de même. La phase initiale est plutôt verbalisée comme celle du déni ou de l'ambivalence face à l'envie de réduire ou d'arrêter la consommation, s'apparente aux phases de *Précontemplation* et/ou de *Contemplation* du MTC. Les patients n'ont pas pleinement conscience de leur situation ou ils ne comprennent pas que la consommation est un pan de la problématique que présente leur situation. Les ergothérapeutes soulignent néanmoins, que les individus dépendants qu'elles accompagnaient avaient déjà traversé cette phase puisque les structures où elles exerçaient ne prenaient pas en charge sous contrainte. Lors de la conscientisation de la substance comme problème ou obstacle à une qualité de vie satisfaisante, les ergothérapeutes peuvent observer un engagement progressif vers le changement et donc la réduction de la consommation, ce qui concorde avec la *Détermination* et/ou l'*Action* dépendamment de l'implication de la personne dépendante. Ce sont dans ces deux étapes que les ergothérapeutes mettent en place des médiations et des séances. Enfin, le dernier stade, et le plus fréquent, présenté par les ergothérapeutes et exposé dans le MTC est la rechute qui constitue la boucle et le retour vers les premières étapes. Les éléments exprimés par les ergothérapeutes soulignent l'importance de la rechute dans l'intégration du processus de changement comme le faisaient Prochaska et DiClemente dans le MTC en illustrant le processus sous la forme d'un cycle qui peut se répéter. Les ergothérapeutes vont donc s'adapter à chaque stade que le patient traverse, sans le situer formellement dans le MTC et sans avoir une trame claire des actions à mettre en place dépendamment du stade mais principalement en étant à l'écoute de ses besoins et de ses envies tout en graduant progressivement les objectifs et les activités.

2. Motivation et volition

Les résultats présentés démontrent une complexité de distinction entre les deux concepts. Les ergothérapeutes parviennent tout de même à exprimer quelques nuances. La motivation apparaît comme un élan, presque une pulsion qui permettrait de se mettre en

action. La volition, quant à elle, est définie comme plus réfléchie, faisant écho à l'histoire de vie, aux expériences passées ainsi qu'aux valeurs et aux intérêts de la personne. Cela renvoie à la définition de la volition de Kielhofner, c'est-à-dire la motivation qui pousse une personne à agir au sein de son environnement, comprenant ses valeurs, ses intérêts et son sentiment d'efficacité (Kielhofner, 2008; Morel-Bracq, 2017). La volition s'apparente alors à une notion plus forte que la volonté ou la motivation ponctuelle, il s'agit d'un processus de réflexion interne construit sur les expériences vécues et l'interprétation que la personne fait de celles-ci.

Les ergothérapeutes indiquent que la motivation extrinsèque, induite par des facteurs externes comme, par exemple l'hospitalisation judiciaire, est plus fragile et permet plus difficilement de maintenir un sevrage durable. Cette idée rejoint la théorie de l'auto-détermination expliquant l'importance de l'autonomie en lien avec le choix d'agir. Il apparaît comme nécessaire que la personne se sente compétente, libre ou comme appartenant à un groupe social pour s'engager volontairement dans une occupation. À contrario, si la motivation se voit être imposée par des éléments externes à l'individu ou bien si elle dépend d'un contexte précis, alors la motivation diminue et la volonté de s'engager s'amenuise (De Sousa, 2011).

Enfin, les résultats démontrent que la volonté d'engagement dans le processus de changement fluctue progressivement en s'apparentant aux différentes phases du MTC (Di Clemente et al, 1992). Alors que la motivation apparaît comme plus instable, influencée par des facteurs externes; la volition semble être un facteur davantage pertinent dans le soutien de l'engagement sur le long terme puisque plus stable et fondée sur des éléments propres à la personne (Dematteis et al, 2017).

Les résultats apportent à l'hypothèse une nuance : soutenir la motivation est insuffisant, mais explorer la volition comme un levier intrinsèque dans l'engagement occupationnel semble favoriser la durabilité du sevrage.

3. L'ergothérapie et le soutien de la motivation/volition

Les ergothérapeutes, interrogées sur leur pratique professionnelle, indiquent soutenir la motivation/volition à travers diverses perspectives : explorer l'histoire de vie et le vécu de l'individu; identifier ses valeurs, ses intérêts et ses objectifs; mettre en place des occupations significantes; renforcer l'estime de soi à l'aide de feedbacks et adapter l'environnement au besoin. Cela rejoint les recommandations évoquées dans le cadre théorique : identification et évaluation de la volition à travers ses composantes (valeurs, intérêts) à l'aide d'entretiens

(HAS, 2024). Ainsi, des activités significantes et adaptées pourront être proposées ou encore du sens pourra être apporté aux activités de vie quotidienne entravées par la consommation tout en valorisation des actions mises en oeuvres pour renforcer le sentiment d'efficacité (De Sousa, 2011; Kielhofner, 2008).

Les résultats mettent en exergue l'utilisation d'outils comme la MCRO ou les cartes de valeurs qui permettent d'évaluer les différentes composantes de la volition. Cela souligne l'importance de l'utilisation d'outil pour identifier et objectifier certains éléments comme la volition ou les sources de motivation dans plusieurs contextes tout en observant une évolution en réévaluant ces éléments à divers instants de la prise en soin. Malgré l'utilisation d'outils évoquée par les ergothérapeutes; le VQ, présenté comme l'outil principal de l'évaluation de la volition, ne semble pas être fréquemment utilisé par les professionnelles. En effet, ce questionnaire ayant pour but d'évaluer les variations de la volition dans une tâche précise, ne semble que peut utilisé sur le terrain ce qui creuse un écart entre la théorie et la réalité clinique (De las Heras et *al*, 2007).

La notion de "zone de défi optimal" apparaît implicitement dans les résultats obtenus. Les ergothérapeutes évoquent l'adaptation et la graduation des activités proposées aux patients. Il existe différentes zones de l'exercices qui permettent au patient d'apprendre dans un juste niveau de difficulté. Si l'exercice est perçu comme trop simple par le patient, celui-ci s'ennuie, se démotive et donc n'apprend rien; si l'exercice est trop complexe, le patient échoue et se démotive aussi. L'engagement se voit alors impacté, pouvant briser un pan de la relation thérapeutique. Cela fait écho au concept de participation occupationnel, s'apparentant à l'engagement, qui dépend de "l'inter-influence", l'interaction de l'individu, de sa volition, de sa capacité de performance, de ses habitudes et de son environnement (Kielhofner, 2008; Morel-Bracq, 2017). Une personne s'engage dans un activité quand elle se sent en capacité de l'effectuer.

Enfin, les ergothérapeutes exposent l'importance de la pluridisciplinarité dans la prise en charge des personnes dépendantes pour permettre une approche globale et holistiques en couvrant toutes les dimensions nécessaires : psychologiques, sociales, médicales, ... (MILDECA, 2024; HAS, 2006; Delile, J.-M et *al*, 2019). Les résultats soulignent le partage d'expériences avec les patients, les divers champs de compétences des professionnels offrant une meilleure compréhension de l'individu et de ses problématiques.

Les résultats semblent soutenir l'hypothèse de cette étude tout en y intégrant l'importance d'une prise en charge individualisée, adaptée et holistique tout au long du processus de sevrage.

4. L'équilibre occupationnel vers un sevrage durable

Les entretiens ont permis de mettre en avant le déséquilibre occupationnel vécu par les personnes dépendantes, qui s'abandonne dans l'addiction au dépend de leurs obligations, de leurs loisirs, de leurs rôles, ect... Toutefois une nuance émerge dans les entretiens avec E1 et E3; l'équilibre occupationnel est une notion subjective et ce qui peut nous sembler être un déséquilibre, ne peut ne pas en être un pour la personne concernée. Cela rejoint les idées de Wilcock qui soulignait la subjectivité de cet équilibre en lien avec l'histoire de vie et le vécu de l'individu (Wilcock et *al*, 1997). Le sens attribué à la consommation qui engendre ce déséquilibre s'inscrit dans les écrits de Twinley qui explorent le concept de *dark occupation*, occupation signifiante mais néfaste (Twinley, 2012).

Il est expliqué, dans les entretiens, qu'une prise en charge axée sur les occupations significatives induit la constatation de changements, la reconstruction d'une identité au delà de l'assignation au terme de "toxico" ou encore la redécouverte de sens dans les activités de vie quotidienne (AVQ). Cette prise en charge permet un renforcement de la motivation, un réengagement dans les occupations et soutient le maintien au sevrage à travers la réappropriation de l'identité et la constatation de changements. Cela fait écho à la définition du rétablissement qui ne le décrit pas que comme l'abstinence ou la réduction mais qui inclue l'identité, la participation sociale ou encore le pouvoir d'agir (Camus et *al*, 2025).

Enfin, sous le prisme du MOH, la personne dépendante interagit avec son environnement et il exerce une influence qui maintient les habitudes qu'elles soient saines ou non. Il joue un facteur crucial dans le sevrage notamment lorsqu'il n'est pas "motivant" (E1) (Kielhofner 2008; Morel-Bracq, 2017).

Ainsi un équilibre occupationnel satisfaisant participe à la durabilité du sevrage, sans supprimer les rechutes, mais en favorisant la réappropriation de l'identité personnelle, le réengagement dans les occupations significatives, la création de routines, ect... dans le but de créer un cadre sécurisant et de tendre vers une meilleure qualité de vie.

Les résultats, au regard du cadre conceptuel, permettent de partiellement confirmer l'hypothèse. L'ergothérapie apparaît comme un levier pertinent dans le maintien du sevrage notamment à travers le soutien de la volition/motivation. Les réponses des ergothérapeutes soulignent l'importance du réengagement dans les occupations significatives, de la reconstruction de l'identité et d'habitudes et ceux tout au long des différentes phases du MTC.

Toutefois, il est nécessaire d'apporter des nuances. En effet, les résultats démontrent que la volition est un facteur favorisant la durabilité du sevrage, mais est insuffisante seule. Le maintien du sevrage dépend de plusieurs éléments comme l'environnement, les pathologies ainsi que la qualité de la prise en charge. La rechute, intégrée dans le processus de changement, n'est pas à concevoir comme un échec de la prise en soins mais plutôt comme une étape du processus.

Enfin, les résultats démontrent la considération qui doit être apportée à la pluridisciplinarité pour offrir aux patients une prise en charge holistique et globale.

B. Limites et biais méthodologiques de l'étude

Malgré tout le travail fourni et la bonne volonté apportée à cette recherche, il convient d'accepter que celle-ci comporte des limites ainsi que des biais méthodologiques qu'il apparait comme nécessaire d'explicitier.

Tout d'abord, la limite principale que présente cette recherche est le caractère très restreint de l'échantillon d'individus interrogés. En effet, il fut complexe de trouver plus de trois interlocuteurs pour mes entretiens, en raison du temps imparti et du peu d'ergothérapeutes exerçant dans le domaine de l'addictologie. Cet échantillon ne peut donc ne pas être généralisable à la majorité ni être totalement représentatif des pratiques ergothérapeutiques. La méthodologie employée pour entrer en contact avec les ergothérapeutes mériterait d'être retravaillée pour permettre d'accroître l'échantillon et ainsi de posséder davantage de matière pour alimenter la discussion de cette étude.

L'idée de temporalité amène aussi à des limites puisqu'elle contraint la recherche dans un cadre précis, comportant des échéances ce qui a créé, chez moi, une frustration en raison de mon ambition d'illustrer au mieux le processus du sevrage qui lui est usuellement long et périlleux. De plus, la loi Jardé induit des entretiens exclusivement avec des professionnels de santé, et ampute la recherche du point de vue individuel et à l'évidence plus précis des patients sur leur propre processus de sevrage. L'individualisation de la prise en charge centrée sur un être humain, intérêts, ses croyances, ses valeurs et tout ce qui le compose, ne peut être pleinement retranscrite et exemplifiée à travers les entretiens.

Cette étude se place dans une perspective unilatérale, n'interrogeant que des ergothérapeutes, ce qui donne lieu à une opinion implantée dans un champ de compétences singulier et ergothérapeutique.

Les enquêtes qualitatives, notamment effectuées à l'aide d'entretiens, incluent fréquemment le biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire le souhait de renvoyer une image sérieuse, assurée ou encore professionnelle et de se montrer de façon positive ce qui peut induire des réponses que l'interlocuteur attend. Il reste évident que mon statut d'étudiante n'ayant de connaissance que la théorie, me confronte à un manque d'expérience qui, lors des échanges, peut rendre ma compréhension incomplète.

De surcroît, j'ai fait le choix d'inscrire ma théorie et mon étude dans le champ du MOH et de ne me pencher que sur le VQ qui permet d'évaluer la volition, occultant les autres outils qui auraient pu être analysés et pertinent dans le cadre de ce mémoire à l'image du MOHOST, cité dans un entretien.

Enfin, il aurait été pertinent de cibler davantage la population et d'explorer la sociologie de consommateurs ainsi que les facteurs ayant entraîné la prise de consommation comme les psychopathologies, les traumatismes, ect...

C. Intérêts de la recherche

Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'addictologie, domaine peu exploré dans le syllabus de nos trois années de formation. En effet, je n'ai été confrontée à l'addictologie qu'au sein d'un stage en psychiatrie pédiatrique et j'ai été particulièrement déconcertée par l'absence d'ergothérapie dans ce service. Les professionnels présents déploraient, explicitement, cette absence qui, de leur point de vue, semblait impacter la prise en charge des personnes dépendantes. Cet événement, couplé au peu de littérature ergothérapique en lien avec l'addiction, m'a paru illustrer la pertinence de l'intégration de mon étude dans la dynamique de développement de l'ergothérapie. Cela a été notamment souligné par E1 au cours de notre entretien : "C'est tellement propre à chacun et il y a des choses qu'on contrôle pas aussi dans l'addiction et... C'est pour ça qu'il faut plus de recherches".

Enfin, il apparaît approprié de mettre en exergue le contexte actuel de la crise des opioïdes qui a été exposé dans le cadre conceptuel et qui fait chaque jour couler un peu plus d'encre. Bien que les Etats-Unis soient plus impactés par cette épidémie, la France est progressivement touchée par l'addiction aux opioïdes. Chaque année, l'OFDT et l'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) réalise un bilan des prescriptions de traitements par agonistes opioïdes (TAO), c'est-à-dire une substitution d'opioïdes pour traiter la dépendance, ou encore un compte rendu des décès en lien avec la prise de médicaments et de substances. Le bilan de l'OFDT (2025) explique

qu'en 2024, 171 000 individus se sont vu prescrire un TAO en France. Ces traitements sont, en 2023, en lien avec près de la moitié des décès dûs à l'usage d'une substance psychoactive. Il peut sembler pertinent de souligner que le Grand Est est la région la plus concernée par la prise de TAO puisque cela corrobore avec l'apparition du fentanyl dans les salles de *shoot* de Strasbourg en janvier 2025. L'enquête DRAMES analyse et compare les statistiques des décès liés à la consommation par année. Pour 2023, dernier bilan accessible à ce jour, le nombre de décès dû à l'utilisation d'un TAO continue d'amplifier, la consommation de nouvelles substances ou de substances plus "classiques" comme la cocaïne, la kétamine ou la MDMA poursuit son augmentation et induit donc davantage de décès tandis qu'à contrario, le taux de consommation d'héroïne réduit. Ces données font valoir la pertinence de ma recherche lui donnant un aspect profondément ancré dans l'actualité.

Conclusion

Alors que les enjeux de santé publique que constitue l'addiction aux opioïdes émergent au fil du temps et se multiplient, l'ergothérapie s'inscrit de plus en plus dans le domaine de l'addictologie. L'addiction, occupation dysfonctionnelle, bien que signifiante pour l'individu, représente une activité peu saine, voire destructrice. Cela s'apparente à une *dark occupation*. Le déséquilibre occupationnel que présente l'addiction en amenuisant l'engagement dans les activités significantes, perturbant les rôles sociaux et désorganisant les habitudes de vie, impute à l'ergothérapeute un rôle à jouer dans la perspective de sevrage.

Le sevrage, processus complexe et non linéaire, ne signifie pas seulement l'arrêt de la consommation mais s'apparente plutôt au rétablissement c'est-à-dire la reconstruction du quotidien à travers des routines, la réappropriation de l'identité, le réengagement dans des occupations significantes, ect... Le Modèle Transthéorique du Changement décrivant le processus du changement met en évidence l'engagement dans le sevrage et les fluctuations de motivation, l'ambivalence au changement ainsi que l'intégration des rechutes au processus comme phase et non comme échec.

Par conséquent, ce travail de recherche souligne la place de l'ergothérapie qui s'avère pertinente dans l'accompagnement du sevrage, par son approche holistique, son travail sur les occupations significantes, les habitudes de vie et l'engagement occupationnel ou son soutien dans la recherche d'un équilibre occupationnel satisfaisant.

Le questionnement initial de cette étude, fondé sur l'idée reçue que l'abstinence d'une substance se ferait sous l'unique prisme de la volonté, inscrivait la volition du Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner, comme levier dans la prise en charge ergothérapique en addictologie. Les résultats ont démontré que la volition, et ses trois composantes (valeurs, intérêts et sentiment d'efficacité), agissent comme moteur du changement, permettent un engagement dans les soins, favorisent la participation occupationnelle en apportant du sens aux occupations et confèrent à l'individu le rôle d'acteur principal de son rétablissement. Les ergothérapeutes se voient accompagner les personnes à travers les différentes phases du MTC, parfois implicitement, et adaptent leur prise en charge en fonction de l'histoire de vie du patient.

Toutefois, les entretiens ont aussi permis de comprendre que la motivation/volition est insuffisante par sa seule présence pour induire un rétablissement et un équilibre occupationnel satisfaisant. En effet, le maintien du sevrage dépend de plusieurs facteurs notamment l'environnement, le syndrome de sevrage, les *cravings*, les pathologies, ect... La

pluridisciplinarité apparaît donc comme crucial pour englober les domaines de la vie et de la personne impactés par l'addiction et ses symptômes.

Dès lors, l'hypothèse se présente comme à demi validée puisque le soutien de la motivation/volition semble participer à l'accompagnement du maintien du sevrage à travers les différentes phases du MTC pour tendre vers un rétablissement et un équilibre occupationnel satisfaisant. Il est, toutefois, nécessaire de mettre en place une approche holistique, globale, individualisée et centrée sur la personne.

Enfin, cette étude permet d'ouvrir des perspectives sur le processus de remotivation créé par de las Heras, Llerena et Kielhofner. Ce processus est un protocole visant à soutenir l'engagement à long terme en accompagnant les fluctuations de la volition à travers trois phases : l'exploration, le développement des compétences et l'accomplissement à travers la valorisation des actions entreprises. La première phase, semblable à l'entretien motivationnel, s'axe sur la recherche d'intérêts, la reconnaissance des valeurs et l'étude des objectifs. L'ergothérapeute a pour rôle d'accompagner la réussite à l'aide de *feedback* positifs afin de renforcer le sentiment d'efficacité et de découvrir de nouvelles activités et créer de potentiels intérêts. La volition apparaît un processus dynamique et fluctuant qui s'analyse et induit une adaptation du professionnel (Offenstein, 2016). Ce processus de remotivation semble particulièrement pertinent dans le cadre de cette étude pour accompagner les variations de la volition et soutenir l'engagement tout au long du sevrage.

Bibliographie

- Aldridge, S. & Carter, R. (2007). *Maîtriser vos dépendances*. Broquet.
- ANFE. (2026, 20 janvier). *Règles professionnelles* - ANFE. <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>
- ANFE. (2025, 25 juillet). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Benyamina, A. (2016). 36. Modèle transthéorique du changement. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina *Traité d'addictologie*, p. 311-314). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0311>.
- Bon, L. et Franck, N. (2018). Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin. PSN, 16(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>.
- Brust, J.-C.-M. (2007). *Aspects neurologiques de l'addiction*. Elsevier Masson.
- Bujon, T. et Dècle, P. (2022). « Strong as fentanyl, safe as marijuana » : sociologie de l'émergence d'un opioïde de synthèse sur les cryptomarchés. *Psychotropes*, 28(2), 71-92. <https://doi.org/10.3917/psyt.282.0071>.
- Camus, M., Leservoisier, C., Longbottom, S., accompagnateur à l'écriture : Rullac, S. (2025). Parcours de soins et rétablissement en addictologie : comment le savoir expérientiel renouvelle les accompagnements du Travail social ? *Écrire le social*, 7(1), 103-120. <https://doi.org/10.3917/esra.007.0103>.
- CIM-11. (2025). *Troubles dus à l'utilisation de substances ou à des conduites addictives*. Consulté le 10 octobre 2025, à l'adresse <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#1602669465>
- Coelho, C., Montègue, S., Rolland, B., & Peyron, E., (2023, 25 avril). *Santé Mentale*, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie. Numéro 231 – octobre 2018. <https://www.santementale.fr/revue/numero-231-octobre-2018/>
- Delile, J.-M. et Morel, A. (2019). Chapitre 38. Sevrages et traitements. Dans A. Morel et J. Couteron *Addictologie : en 47 notions* 3éd., p. 505-523. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0505>.
- Dematteis, M. & Pennel, L. (2017, 19 décembre). *Santé Mentale*. Troubles bipolaires et addictions : la double peine. <https://www.santementale.fr/2017/12/troubles-bipolaires-et-addictions-la-double-peine/>

- De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A. et Guichard, J.-P. (2011). Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions The link between motivations and insight in the management of addictions. *Psychotropes*, 17(3), 145-161. <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0145>.
- DSM-5 (5e édition). (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (pp. 631-775). Elsevier Masson. https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/DSM-5_Manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf
- INPES. Drogues et dépendance : le livre d'information. (2006).
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation* (4e éd.). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- Mignet, G. (2016). Dossier : Les modèles conceptuels, au fondement de nos pratiques. *La Revue Française de l'Ergothérapie : ergOTHérapies*, 62, 25-33.
- Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. Dans *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Obradovic, I. (2021). Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France (2000-2020). *Psychotropes*, 27(3), 35-64. <https://doi.org/10.3917/psyt.273.0035>
- OMS. Neurosciences : Usage de substances psychoactives et dépendance. (2004). Bibliothèque de l'Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/neuroscience-f.pdf>
- Offenstein, É. (2016). Chapitre 15. Accompagner le changement. Dans E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 241-263). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0241>
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec. *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Pelletier, J. F. (2021). *Se rétablir en santé mentale : Fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance*. Elsevier Masson.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (Traduction de l'américain dirigée par Morel-Bracq, M.-C.). De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515?lang=fr>

- Pointeau-Lagadec, E. (2024). L'histoire des drogues en France : un nouvel état des lieux. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 71-4(4), 85-110. <https://doi.org/10.3917/rhmc.714.0085>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Protais, C. & Milhet, M. (2025). La RdRD dans tous ses états : les pratiques d'accompagnement en CSAPA et CAARUD. *Psychotropes*, 31(1), 19-42. <https://doi.org/10.3917/psyt.311.0019>
- Rousset, M. (2023). *Comment « bien » s'occuper ? Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel*. ANFE.
- Taylor, R., Bowyer, P., & Fisher, G. (2023). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* (6e éd.). Lippincott.
- Twinley, R. (2012). The dark Side of occupation : A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40808337/Twinleyhttp_authorservices.wiley.com_bauthor_onlineLibraryTPS.asp_DOI_10.1111_1440-1630-libre.pdf?1450451230=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe_dark_side_of_occupation_A_concept_fo.pdf&Expires=1778871495&Signature=Pl-Npqy8Wx8VVII7Rb6H7a5WKpGReEO~UsVOtxK3FSDeZuhOvWSp~NsfakakkKPF8Q82sFmAkHA7qz5PILD~J1Hdx1~6PjvKFaXLnft6df~7TURIJQgSaCwXhwwzP33yV4nLKMMvO0nM4kjIUEF3ibUuFhwqyEOK~47aooDywd9ENfUpNKe1qQswoO3B9Ok~CtmACemI6n16tsyD3tb0YWEQBUujNeggCFkysUSr5gRx~3tggfz04MBxG0mPUkCmHKeQZzE3LKyAAhpCLBFMwIVeEJ-WUxPldqNB1tY~h6bF6UWUXT-i9mhgV4xiIvi7wIXT3hkPDGcERIVbX9qrw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Ung, Y. (2019, février). Sciences de l'occupation : De la théorie à la pratique le concept d'équilibre occupationnel : application des connaissances en ergothérapie. *Le Monde de L'Ergothérapie*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Mai2019_42.pdf
- Valleur, M. (2009). La nature des addictions. *Psychotropes*, 15(2), 21-44. <https://doi.org/10.3917/psyt.152.0021>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd.). Dunod.

- Vavassori, D., Harrati, S., & Favard, A.-M. (2003). Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition. *Psychotropes*, 9(2), 83-101. <https://doi.org/10.3917/psyt.092.0083>
- Vénisse, J-L., Grall-Bronnec, M., (2012) Prévenir et traiter les addictions sans drogue. Un défi sociétal, Elsevier Masson SAS
- Wilcock, A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 65.

Sitographie

- *Addiction aux médicaments antidouleur : où en est-on de la crise des opioïdes en France ?* Association Addictions France <https://addictions-france.org/actualites/addiction-aux-medicaments-antidouleur-ou-en-est-on-de-la-crise-des-opioides-en-france-12472/> Consulté le 29 novembre 2025
- *Addictions. Effets sur la santé et la sécurité - Risques* - INRS. Consulté le 10 octobre 2025 à l'adresse <https://www.inrs.fr/risques/addictions/effets-sante.html>
- *Addictions* · Inserm, La science pour la santé. (s. d.). Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/> Consulté le 29 mars 2026
- Agence Régionale de Santé Ile-de-France. *Consultez la liste des établissements médico-sociaux de prise en charge des conduites addictives à Paris (75)*. (2023, 27 octobre). <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/consultez-la-liste-des-etablissements-medico-sociaux-de-prise-en-charge-des-conduites-addictives>
- *Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2023*. (s. d.). Dans addictovigilance.fr. Consulté le 23 avril 2026, à l'adresse https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
- *Drogues et addictions*. OFDT - Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives En France. Consulté le 10 octobre 2025 à l'adresse <https://www.ofdt.fr/drogues-et-addiction>
- *Entretien motivationnel*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel Consulté le 6 avril 2026

- Feng, C. (2025). Traitements par agonistes opioïdes en France Bilan 2025. Dans *OFDT*. Consulté le 13 avril 2026, à l'adresse <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2026-02/note-bilan-tao-2025.pdf>
- *Guide : Nouvelles substances psychoactives, Nouveaux produits de synthèse, nouvelles utilisations.* (2024). NPS Psychoactive. https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/Brochure_NPS_2024.pdf
Consulté le 29 janvier 2026
- *Héroïne et opioïdes - Synthèse des connaissances.* OFDT - Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives En France. Consulté le 10 octobre 2025 à l'adresse <https://www.ofdt.fr/heroin-et-opioides-synthese-des-connaissances-1729>
- <https://www.drogues-info-service.fr> Consulté le 6 décembre 2025
- <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/sujets-particuliers/drogues-illicites-et-substances-toxiques/opio%C3%AFdes> Consulté le 20 octobre 2025
- https://www.oecd.org/fr/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/full-report/illicit-drug-use_80272510.html Consulté le 6 février 2026
- *MILDECA. Qu'est-ce qu'une drogue ?* Consulté le 10 octobre 2025 à l'adresse <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-droque>
- *MILDECA, Le dispositif de soins en addictologie.* Consulté le 10 octobre 2025. <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
- *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés.* (2006, 19 juillet). HAS. Haute Autorité de Santé. Consulté le 10 octobre 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_272062/fr/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiaces
- *Quand l'addiction touche les proches.* (s. d.). Association Addictions France Quand l'addiction touche les proches Consulté le 20 mars 2026
- *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.* (s. d.). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution Consulté le 4 février 2025
- *VQ | outil d'évaluation | CRMOH | Ulaval.* (2024, 7 mars). Centre de Référence du Modèle de L'occupation Humaine. Consulté le 10 octobre à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/>

- *Drogues et addictions, chiffres clés 2025*. (s. d.). Consulté le 3 mai 2026
<https://addictions-france.org/actualites/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-11453/>
- <https://crmoh.ulaval.ca/modules-dintervention/processus-de-remotivation/> Consulté le 20 mai 2026

Annexes

A. Guide d'entretien

Situation professionnelle :

- Pouvez vous décrire votre parcours professionnel en ergothérapie, notamment votre parcours en addictologie ?
- Dans quel type de structure travaillez vous ? Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans cette structure ?
- Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du sevrage des personnes dépendantes aux opioïdes ?

Processus de sevrage et phases du MTC :

- Comment décririez-vous le processus de sevrage des personnes dépendantes aux opioïdes ?
- Au cours de ce processus, observez-vous des phases de changements semblables à celles présentées dans le Modèle Transthéorique du Changement de Prochaska et Di Clemente ?
- Comment vous adaptez-vous à ces différentes phases ?

La motivation :

- Qu'est ce qu'évoque pour vous pour la notion de motivation dans un processus de sevrage ? Sur quoi repose-t-elle ?
- D'après vos connaissances et votre expérience, comment identifiez vous l'absence ou le manque de motivation chez les personnes que vous accompagnez ?
- D'après vos connaissances et votre expérience, qu'est ce qui soutient la motivation des personnes lors du processus de sevrage ?
- D'après vos connaissances et votre expérience, qu'est ce qui limite, freine la motivation des personnes lors du processus de sevrage ?
- Comment travaillez-vous avec les autres professionnels pour palier à ces difficultés, à ces limites ?

Volition :

- Connaissez-vous le concept de volition ? Comment le définiriez-vous ?
- Dans votre pratique, observez-vous une distinction entre motivation et volition ?
- Comment identifiez-vous les intérêts, les valeurs et le sentiment d'efficacité des personnes ?
- Utilisez-vous un ou des outils pour évaluer la volition, comme par exemple le VQ ?

Ergothérapie et soutien de la motivation/volition :

- Dans votre pratique, comment soutenez-vous la motivation et/ou la volition ?
- Dans votre pratique comment accompagnez-vous la personne dans le but de redonner du sens à leurs AVQ ?

- Dans votre pratique, travaillez vous le renforcement du sentiment d'efficacité ? Si oui, comment ?

Équilibre occupationnel et sevrage durable :

- Dans votre pratique, observez-vous un déséquilibre occupationnel chez ces personnes ?
- D'après vos connaissances et votre expérience, en quoi un travail sur l'engagement et l'équilibre occupationnel peut-il favoriser la durabilité du sevrage ?

Fin :

- Avez-vous des choses à ajouter ?

B. Formulaire de recueil de consentement



Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre accord (consentement) concernant votre participation et la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet d'initiation à la recherche intitulé "Volition et Addiction : La volition, levier dans le rétablissement d'un équilibre occupationnel satisfaisant" mené par *Héloïse DAVY*, étudiante de formation en ergothérapie à l'ADERE, situé au 52 rue de Vitruve, 75020 Paris, et dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e) _____

Cochez une ou plusieurs cases:

- ☐ Accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- ☐ Autorise l'étudiant à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.
- ☐ Autorise l'étudiant à prendre des photographies et/ou filmer et exploiter les photographies et les vidéos enregistrées de mon image et de mes propos uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, pour en faciliter la transcription et l'analyse

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié du temps de réflexion nécessaire pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans aucune conséquence sur moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude, et demander la destruction des supports de fixation d'images et de sons, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence, en contactant l'étudiante *Héloïse DAVY*.

L'étudiante menant cette étude dans le cadre de fin d'étude s'engage à :

- garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant unique et non nominatif aux données recueillies me concernant,
- stocker de manière sécurisée les données recueillies,
- conserver les données recueillies seulement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'issue de la soutenance de son mémoire,
- utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude,
- détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de sa soutenance de mémoire.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors de ce cadre est interdite.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à _____, le _____

Signature du participant

Signature de l'étudiante

C. Mail de sollicitation pour les entretiens

Davy Héloïse
92 100 Boulogne Billancourt
heloisedavy5@gmail.com
0613160422

Objet : sollicitation pour un entretien dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie.

Madame, Monsieur

Actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche que je réalise au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie ADERE.

Ma recherche s'intéresse au sevrage dans le cadre d'addictions aux opioïdes. Je souhaiterai échanger avec des ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en addictologie et échanger sur leur pratique en lien avec l'accompagnement au sevrage.

Ces échanges, de 45 min à 1 h, se dérouleront en visio conférence et à votre convenance. Les données recueillies seront exclusivement utilisées à des fins universitaires et la participation est donc anonyme.

Je vous remercie pour l'attention portée à ma demande.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

DAVY Héloïse

D. Retranscription d'un entretien

(00:00 - 39:59)

HEL Parfait. Avant tout, merci beaucoup d'avoir accepté l'entretien. On commence ?

E2 Ok.

HEL Parfait. Alors, première question. Pouvez-vous décrire votre parcours professionnel en ergothérapie, notamment votre parcours en addictologie ?

E2 Donc, mon parcours en ergothérapie, j'ai été diplômée en 2017, en juillet 2017. J'ai travaillé un an dans une clinique où on était une grosse équipe d'ergothérapeutes avec plusieurs services différents, et j'ai travaillé du coup à la fois dans un service de crise de pédopsychiatrie et à la fois dans un service addicto psy qui faisait plutôt du sevrage. Donc, on traitait à la fois des dépendances produits et en même temps tout ce qui était des conduites alimentaires, notamment. Ensuite, donc là, j'ai travaillé un an. Après ça, je suis partie... J'ai travaillé deux ans dans un service d'addictologie, service de sevrage, service de cure, pour les postes de cure pour le coup, les patients allaient ailleurs. J'étais à la fois sur du temps plein et sur de l'hôpital de jour. J'y suis restée deux ans, quelque chose comme ça. Et là, ça fait maintenant cinq ans que je suis partie en psychiatrie de l'adolescent. Donc, pour le coup, on peut avoir des patients avec des profils addicts actuellement, mais c'est pas nous qui nous occupons des sevrages, etc.

HEL Ok. Dans quel type de structure avez-vous travaillé ? Ça, vous me l'avez dit. Et quel est le rôle de l'ergothérapeute dans cette structure ?

E2 Je dirais que le rôle de l'ergothérapeute était assez similaire à chaque fois. C'est-à-dire, on était assez peu, globalement, assez peu sur les activités de vie quotidienne, enfin sur en tout cas des mises en situation écologique, assez peu. Ça peut arriver, mais c'est pas le centre. Le centre, ça va plutôt être de faire de la médiation et donc, en fait, d'essayer de travailler sur le fait de reprendre du plaisir, principalement autrement qu'en consommant, et aussi de récupérer de l'estime de soi. En tout cas, j'ai été vraiment beaucoup dans de la médiation avec cet objectif-là, et quelques activités écologiques, mais assez peu. Plutôt autour de la cuisine, notamment. Et sinon, pas tellement de passation de bilans, de choses comme ça.

HEL Ok. Quel est pour vous le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du sevrage des personnes dépendantes aux opioïdes ?

E2 Je pense que dans le moment du sevrage, que ce soit aux opioïdes ou d'autres substances d'ailleurs, le moment du sevrage est un moment qui est vraiment difficile à traverser pour les personnes. Je veux dire, sur le plan somatique, sur le plan psychique, il se passe beaucoup de choses, c'est très difficile. Et donc, dans un premier temps, je dirais que la place de l'ergothérapeute, c'est déjà au tout tout début d'être dans... Prendre du

plaisir à faire autre chose. Pour certains patients, c'était même juste faire un peu de diversion. Et dans un premier temps, c'est peut-être même ça, en fait. Mettre autre chose dans la journée et commencer vraiment, petit à petit, à prendre du plaisir à quelque chose. Parce que pour tout ce qui est confiance en soi, ça prend beaucoup plus de temps. Mais je dirais qu'au tout début, c'est ça.

HEL Ok. Comment est-ce que vous décrieriez le processus de sevrage des personnes dépendantes aux opioïdes ?

E2 C'est un peu facile cette question. Le processus de sevrage... En tout cas, nous, la manière dont ça se passait quand j'étais vraiment... Les deux ans où j'étais en addictologie, comment ça se passait ? Les personnes arrivaient, on commençait le sevrage directement. Et à vrai dire, l'ergothérapeute, surtout dans le cas des sevrages aux opioïdes, l'ergothérapeute n'intervenait pas dans les premiers jours parce que souvent, les personnes étaient physiquement pas du tout en état de faire des séances. Et donc, le tout premier temps du sevrage était vraiment plus du nursing de la part des infirmiers et des aides-soignants. Et ensuite, lorsque la personne avait passé ses premiers jours plus difficiles, là, on pouvait commencer petit à petit à mettre en place des activités. Moi, j'ai beaucoup fonctionné avec la volonté de la personne. On avait des médecins qui prescrivaient l'ergothérapie à tout le monde en systématique. Et ensuite, on faisait un peu comme ça. Et donc, surtout dans les premiers temps, moi, je suis vraiment allée vers ce qui faisait envie même un tout petit peu à la personne. Et ensuite, je pouvais aller sur des choses un petit peu plus challengeantes. Du coup, je dirais que les trois grandes étapes, c'était ça. Dans un premier temps du nursing, on se remet un peu physiquement. Puis après, je commence à aller voir sur quelque chose de très axé, plaisir, détente, on ne se prend pas trop la tête. Et ensuite, on va commencer à aller taper un petit peu plus dans le dur en termes d'objectifs. C'était souvent à ce moment-là aussi, au moment où on peut rajouter un peu de contraintes, que les patients, chez nous, commençaient un suivi de TCC, histoire de travailler avec eux sur, cognitivement, les mécanismes de la dicto. Nous, en temps plein, on était vraiment sur un sevrage total. En hôpital de jour, on pouvait avoir quelques personnes en consommation contrôlée. Mais ce n'était pas dans le cas des opioïdes, c'était dans le cas de l'alcool.

HEL Au cours de ce processus, observez-vous des phases de changement, semblables à celles présentées dans le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente ?

E2 Je regarde ce modèle, du coup. Oui, pour le coup, souvent quand on travaille en addicto, quand même, ce sont des patients qui reviennent. Ça peut arriver que certains ne reviennent pas et arrivent à maintenir dès la première fois qu'on les voit une abstinence, mais c'est plutôt rare. Donc, effectivement, à l'entrée... Alors, pour le coup, je ne suis pas sûre des définitions de la pré-contemplation-contemplation.

HEL Je vais vous faire un petit brief rapide. La pré-contemplation, c'est quand on ne se rend pas forcément compte de notre situation. On sait que ça ne nous convient pas forcément, mais on ne sait pas à cause de quoi c'est dû. Et la contemplation, ce serait plutôt le moment où on réalise que c'est plus ce qu'on veut, mais qu'on ne change pas non plus. On se dit que j'ai envie de changer ça, ça, ça, mais on n'agit pas.

E2 Donc, effectivement, ces deux premières phases, c'est rare que les patients soient déjà hospitalisés, en tout cas moi, dans ce que j'ai connu dans ces deux premières phases, parce qu'on ne faisait pas d'hospitalisation sous contrainte. Il faut que la personne soit motivée. Alors, parfois, on avait des personnes qui venaient motivées par des facteurs extérieurs, parce qu'un conjoint, une conjointe met la pression des enfants, parce qu'il y a un jugement qui approche. Donc, on a pu avoir quelques personnes, quand même, effectivement, qui arrivaient avec une certaine, même carrément, un déni assez massif des difficultés, ou d'autres qui pouvaient être dans ces phases de pré-contemplation, de "tiens, quelque chose ne va pas, mais qu'est-ce que ça peut bien être ?" Cela dit, puisque, de toute façon, le sevrage était imposé dans les murs assez vite, on passait aux phases de "tiens, donc, visiblement, les choses ne vont pas bien quand je ne consomme plus, donc c'était bien ça le problème". La phase de détermination. Donc là, de ce que je comprends du modèle conceptuel, c'est le moment où, comment dire, on est à une croisée des chemins, soit ça tient et on passe à l'action, soit ça ne tient pas et on sort du cycle-là, c'est ça ?

HEL En fait, oui, c'est ce moment-là. Le moment où on est en train de choisir ce qu'on veut faire, de prévoir comment on va s'arrêter, et donc on sort temporairement de l'addiction. Et ensuite, il y a l'action où là, on va vraiment mettre en place les choses pour changer. Et là, maintenant, c'est là où on va réussir à garder ce cap et ne pas rechuter.

E2 Oui, OK. Dans les premiers temps du sevrage, les patients sont très, en tout cas nous, étai^{ent} très protégés du monde extérieur. On était une structure qui était un peu excentrée, on était au fond d'un grand parc, il n'y avait pas de permission dans les premiers temps. Donc, c'est vrai que ça permettait d'avoir un début de réalisation, d'essayer de travailler sur, déjà un peu théoriquement, souvent la TCC commençait à se mettre en place à ce moment-là, de commencer à travailler. OK, "concrètement, vous allez sortir, vous allez avoir des permissions au début de quelques heures, puis après avec une nuit. Comment on va travailler sur le fait que vous allez revenir dans votre milieu habituel, que les tentations vont être présentes". Donc, effectivement, cette phase-là, vous pouvez avoir aussi dans ce moment-là des personnes, dès cette phase-là, qui rechutaient, parce qu'on est dans du sevrage, mais ça peut arriver que des substances circulent quand même dans l'institution, ça s'est déjà arrivé plusieurs fois. Les actions mises en place, j'ai souvenir notamment d'une personne, un monsieur, qui mettait vraiment en place les actions de la TCC et notamment commençait à anticiper le fait qu'il allait sortir et donc faisait des sorties, prenait des petites permissions de quelques heures où il allait s'exposer. Il allait se poser dans un café en sachant qu'il n'avait plus qu'une heure de permission et donc il allait s'exposer pour se confronter, mettre en place ce qu'il avait appris dans la TCC, puis revenir, débrief^{er}, puis refaire ça un peu plus longtemps. Donc, c'était assez intéressant. Bon, c'est un monsieur pour qui ça n'a pas nécessairement tenu. Donc, en fait, il a vraiment fait tout le cycle, pour le coup. Il a réussi à maintenir un petit peu pendant qu'il était à l'extérieur. Puis finalement, il y a eu un faux pas qui a amené carrément... À l'époque, nous, en tout cas, on parlait, les psychologues et les psychiatres, plutôt que de parler de rechute, parlaient de faux pas, dans un premier temps, de dire que ça ne veut pas forcément dire qu'il va y avoir une rechute. Dans le cas de ce monsieur, il a été réhospitalisé chez nous en suite. Et après coup, il y a eu un séjour de post-cure, et là, pour le coup, ça a tenu. Donc lui, c'était dans le cas d'une addiction à l'alcool. Mais dans le cas d'addiction aux opioïdes, je n'ai pas vu cette technique-là exactement, parce que l'exposition n'est pas la même. L'alcool est quand même

omniprésent dans la société, donc il y a des moyens de s'exposer plus légèrement, on va dire. Dans le cas des opioïdes, bien souvent, ça passait quand même... Le fait de maintenir le fait de ne plus consommer, ça passait quand même souvent par changer l'entourage. Pour certaines personnes, c'était même carrément changer de lieu de vie, temporairement ou plus définitivement, histoire de vraiment rompre avec ces habitudes-là.

HEL Ok. Et comment est-ce que vous vous adaptez à ces différentes phases dans la prise en charge ?

E2 Je dirais qu'une des phases d'adaptation, notamment, c'est à quel point on parle ou pas des consommations. Bien souvent, dans les premiers temps, c'est un sujet, en tout cas en ergothérapie, qui n'est pas beaucoup abordé. Moi, j'ai tendance à aller sur les sujets, notamment sur ces sujets qui peuvent être difficiles, j'ai tendance à y aller dans un premier temps que si la personne introduit le sujet. Mais donc, bien souvent, dans les premiers temps, je dirais que la grosse différence, c'est qu'il y a une espèce de tabou autour de ça, il y a cette espèce de crainte que le fait d'en parler puisse déclencher des envies. Donc, les consommations sont très peu évoquées. Et petit à petit, soit la personne, soit moi, au bout d'un moment, j'amenais ce sujet-là, concrètement, parce que le monde extérieur ne va pas faire semblant que ça n'existe pas. Et donc, c'était des sujets qui revenaient de plus en plus en séance sur... "OK, mais qu'est-ce que ça vous apportait ? Est-ce qu'il y a des choses aujourd'hui qui peuvent vous apporter ça d'une autre manière ?" Donc, ce genre de choses, de parler beaucoup plus concrètement de ce que l'addiction a été, de ce que la substance avait comme objectif, et de la vie d'après. Parce que donc, je faisais peu, j'avais pas tellement les moyens de faire de mise en situation écologique. Donc, j'essayais au moins de pouvoir aborder le sujet, faire un peu des sortes de projections avec les personnes, à quoi va ressembler maintenant votre vie de tous les jours sans ces substances-là.

HEL OK. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion de motivation dans un processus de sevrage ?

E2 Je trouve qu'elle est compliquée, cette notion, parce que, bien sûr que oui, il faut de la motivation. Et souvent, ce que moi je pouvais dire, c'est qu'il faut une motivation, mais il faut une motivation qui soit intrinsèque, il faut pas que ce soit juste pour quelqu'un d'autre, pour une raison extérieure. Mais là où je trouve que c'est une notion qui est difficile, c'est que bien souvent, le public, en général, a tendance à attribuer l'addiction à juste un manque de motivation. Et je trouve que la motivation va vite de paire avec la culpabilité, en tout cas dans l'expérience que j'ai eue avec les patients dont je me suis occupée. Parce qu'il y a vite cette idée de si je n'y arrive pas, c'est que je manque de motivation. Et donc, c'est ma faute. Et je trouve que c'est pas facile, parce que c'est pas une notion qui est à mettre complètement de côté, parce que ça joue vraiment, mais il n'y a pas que ça. Et ça, c'était aussi une discussion que j'avais extrêmement souvent avec des patients, de rappeler que la addiction reste une maladie, qu'il y a des choses, et puis c'est aussi le but de la TCC, de rappeler qu'il y a des choses qui se passent au niveau du cerveau, etc. Et que donc, c'est pas uniquement une affaire de motivation. Et qu'en fait, la motivation joue, oui, mais tout comme elle joue pour moi chez toute personne qui a une pathologie, quelle qu'elle soit. Il y a toujours une affaire de motivation quelque part, mais c'est pas forcément le... Tout ne repose pas là-dessus, en tout cas.

HEL D'après vos connaissances et votre expérience, comment identifiez-vous l'absence ou le manque de motivation chez les personnes que vous avez accompagnées ?

E2 Je dirais qu'un gros facteur pour identifier le manque de motivation, c'est le plus simple, j'ai envie de dire, c'est quand même le fait que les personnes ne viennent plus en séance déjà. Souvent, cette perte de motivation, elle est... En tout cas, moi, je l'ai rencontrée au global dans les soins. D'un seul coup, la personne lâche un peu tout, est moins observante de ses rendez-vous, peut avoir beaucoup plus de propos autodévalorisants. "De toute façon je n'y arriverai pas. Et puis, ce que je fais, ça sert à rien". Parfois, ça se fait au retour de permission qui était compliqué. "De toute façon, là, j'ai consommé pendant la perte, donc c'est bien la preuve que ça marche pas. À partir du moment où je vais sortir, ça va être de nouveau très compliqué". Il y a aussi tout un enjeu dans l'addiction, il y a de gros enjeux sociaux. Et beaucoup de personnes pouvaient perdre la motivation en lien avec leur situation sociale, en disant que "de toute façon, là, le boulot, c'est très compliqué. Et j'ai, avec l'assistante sociale, on a fait des CV, on a cherché, mais je vois pas d'autre boulot à faire. Donc, en fait, quand je vais sortir, ça va me revenir la même chose. En ce moment, ma situation à la maison est comme ci, comme ça. Donc, ça va pas..." Bien souvent, je voyais beaucoup de facteurs extérieurs qui jouaient sur cette motivation.

HEL D'après vos connaissances et votre expérience, qu'est-ce qui soutient la motivation des personnes lors du processus de sevrage ?

E2 Donc, beaucoup l'environnement autour. Même si le sevrage, en tout cas, nous, tel qu'on le faisait, coupait temporairement de l'environnement, ça reste très important. Le fait d'avoir un système de soutien à l'extérieur, ça joue énormément sur la motivation. Et le fait aussi que la personne voit des effets bénéfiques. Ça, pour le coup, ça entretient la motivation qui peut venir d'elle-même de constater qu'il y a des choses qui changent, de constater aussi les effets; passer les premiers jours du sevrage, qui sont extrêmement difficiles somatiquement, constater ensuite qu'il y a des choses qui changent, il y a des capacités physiques qu'on récupère petit à petit. C'était une structure dans laquelle on avait un animateur sportif. Et c'était un des gros facteurs de motivation aussi des personnes, c'était de constater qu'un changement un peu plus global s'opérait, et qu'on n'était pas que sur du sevrage, et que même pour certains, on recommençait à bouger, à prendre goût à ça. Et donc, c'était des choses de constater que le séjour, l'hospitalisation de sevrage, finalement, permettait d'enclencher plus que juste le sevrage, et concernait plus que juste la substance, et qu'en fait, on venait de travailler sur d'autres choses. Pareil avec le suivi psychologue, de voir qu'en fait, ça permettait de débloquer des choses et de travailler sur d'autres choses. Donc je dirais, constater les bénéfices dans plusieurs sphères de la vie, et quand même un système de soutien à l'extérieur. Nos patients les plus isolés étaient ceux qui étaient les plus à risque de rechute, les plus isolés ou avec un système pas soutenant, un système où tout le monde consomme, etc. On n'était pas très optimiste pour ces personnes-là.

HEL Et donc, à contrario, vous avez un peu répondu, mais qu'est-ce qui limite et freine la motivation des personnes ?

E2 Eh bien voilà, le fait d'être isolé, de ne pas avoir de système de soutien, ou un système défaillant, et d'avoir beaucoup de risques d'exposition qu'on ne peut pas contrôler, donc si tous les amis consomment, si la consommation est présente au travail, dans le couple, c'est des choses qui sont difficiles. Je dirais que c'est beaucoup ça. Et puis aussi, s'il y a des comorbidités qui ne sont pas prises en compte, ça joue aussi quand même pas mal. Beaucoup de nos patients avaient des comorbidités. L'addicto reste une branche quand même de la psychiatrie, mais beaucoup de patients avaient d'autres pathologies à côté. Et le fait, je pensais notamment par rapport aux opioïdes, à un jeune homme qui était schizophrène, et le fait que cette partie-là soit très peu prise en compte par son entourage lui-même était vachement dans le déni de ça, ça faisait que c'était très difficile d'agir sur cette pathologie qui elle-même rendait sa prise en compte du monde, et donc sa prise en conscience de ses consommations et de son addiction très compliquée. Donc il peut y avoir aussi une grosse partie des comorbidités qui jouent. Si on n'a pas les moyens de prendre en charge la personne dans son ensemble, en fait, agir juste sur l'addiction ne va pas nous mener bien loin.

HEL Comment travaillez-vous avec les autres professionnels pour pallier à ces difficultés et ces limites ?

E2 C'était particulier dans cette structure, parce que c'était beaucoup, chaque professionnel travaillait de son côté. Alors on avait beaucoup de temps de mise en commun, beaucoup de temps de réunion, on rediscutait des choses, etc. Mais sinon, c'était vraiment les ergothérapeutes entre eux, et puis ceux-ci, ceux-là. Donc bon, malheureusement, assez peu de travail en équipe dans le concret de la prise en charge, ce qui était assez dommage, à mon sens. C'est vrai qu'on était un petit service, peut-être pour ça. Ça se faisait malheureusement très peu.

HEL Connaissiez-vous le concept de volition ? Comment le définiriez-vous ?

E2 Oui, je le connais ce concept. Est-ce que je serais capable de le définir ? Probablement, ça fait quelque temps. Je dirais que le concept de volition, je l'aurais placé assez proche de la motivation, mais avec des petites différences. Pour moi, la volition, elle est vraiment du côté de l'élan, de l'élan à faire les choses. Je ne sais pas si je saurais le définir plus clairement que ça.

HEL Là, j'ai une petite définition.

E2 La pousse à agir et qui repose sur les valeurs, les intérêts et le sentiment d'efficacité.

HEL Dans votre pratique, est-ce que vous observez une distinction entre la volition et la motivation ?

E2 Pour moi, oui. Il y a des différences, même si elles sont assez ténues, parce que vraiment, la volition, en plus telle que définie là, on part vraiment de l'intérieur. Les intérêts de la personne peuvent être communs à d'autres choses, mais les valeurs de la personne, son sentiment d'efficacité, c'est vraiment quelque chose qui vient de l'intérieur, là où les motivations, comme je disais tout à l'heure, elles peuvent être causées par des facteurs externes et auquel cas on tient moins sur la durée. On a énormément de personnes qui viennent avec

pour motivation. “Mon compagnon, ma compagne va se séparer de moi si j'arrête pas de consommer. Mes enfants ne veulent plus me parler, il faut que j'arrête de consommer”. Le travail, ça tient pas bien, il faut que j'arrête de consommer. Et tout ça, ça peut être des bonnes motivations, mais ça aide à donner de l'impulsion. Par contre, ensuite, pour maintenir l'effort sur la durée, il va vraiment falloir trouver un intérêt qui vienne de la personne, parce que sinon, au bout d'un moment, ce que veulent les autres, ça tient pas indéfiniment, ça n'a pas suffisamment de force, notamment face au craving, etc. Dans un moment de craving, ce que veulent les autres, c'est un peu annexe. Là où pour le coup, partir, et notamment avec le sentiment d'efficacité, c'est quelque chose qui renforce beaucoup, positivement, le fait de maintenir une abstinence.

HEL Et comment est-ce que vous identifiez les intérêts, les valeurs et les sentiments d'efficacité des personnes que vous prenez en charge ?

E2 Au fur et à mesure. Déjà, je faisais systématiquement un entretien avec les personnes qui arrivaient, histoire de pouvoir faire un point sur leur histoire de vie, voir comment les personnes se racontaient, elles, et voir ensemble quels pouvaient être leurs objectifs. En fait, on passait en revue ce qui se passait dans leur vie quotidienne. Et donc, oui, d'accord, votre objectif, c'est d'arrêter de consommer, c'est ce pourquoi vous êtes là. “Mais maintenant, si on essaie de regarder un peu votre vie dans son ensemble, qu'est-ce qui accroche, qu'est-ce qui pose problème ?” Et petit à petit, on avait mis en place avec ma collègue un questionnaire, histoire de pouvoir approfondir un petit peu plus. Alors, je ne l'ai plus, malheureusement. Mais un questionnaire dans lequel on posait la question, “listez par exemple trois raisons qui vous poussent à arrêter”. Les centres d'intérêt, c'est une question que je pose en systématique, je peux m'appuyer dessus ou pas, ça dépend. Et donc, je dirais que dans un premier temps, c'était vraiment le questionnaire et l'entretien qui permettaient ça. Et ensuite, après, ça se faisait beaucoup par le biais de discussions. Et à la fin, au moment de la sortie, en fait, on leur refaisait passer le même questionnaire qu'à l'entrée, et on voyait avec eux les différences dans les réponses. Il y avait beaucoup d'auto-évaluation de l'état actuel aussi. Et donc, on leur montrait les deux feuilles ensuite, et on comparait avec eux. “Voilà, regardez, je ne sais pas, vous aviez coté les types de soirs à 2 sur 10 à l'époque, là vous le cotez à 6 sur 10”. Et souvent, c'était quelque chose d'assez porteur pour les personnes que de se rendre compte, déjà de constater qu'il y avait eu une progression qui devient un petit peu plus tangible, dans le sens où, vraiment, là, on n'a rien changé. Enfin, c'est littéralement leurs écrits au moment où ils sont rentrés.

HEL Utilisez-vous un ou des outils pour évaluer la volition ? Comme par exemple le... Ouh là, si ça veut bien fonctionner, le VQ.

E2 Donc non, on n'utilisait pas le VQ directement, mais le questionnaire, c'était une de nos stagiaires qui l'avait formalisé, et elle s'était basée dessus, me semble-t-il. En tout cas, on avait un système de... On avait certaines questions qui étaient vraiment ouvertes, mais on avait aussi des systèmes d'échelle, de d'accord, pas du tout d'accord, oublier un peu beaucoup, donc ce genre de choses.

HEL OK. Hop. Dans votre pratique, comment soutenez-vous la volition et ou la motivation ?

E2 On soutient ça... Bon, alors déjà, le fait de comparer, de rappeler les premiers questionnaires où ce qu'on se disait au début de la prise en charge, ça permet à la personne de constater le chemin qu'elle a fait, ce qui soutient quand même de ce côté-là. Sinon, pour soutenir... Moi, j'ai tendance quand même à faire beaucoup de rappels, quand même, même verbaux, à la personne, de dire, je sais pas, au tout début, vous vouliez faire que telle activité, le reste, vous m'avez dit, ça me prend la tête, je me sens pas capable de faire ça, etc. Si je vous avais dit au tout début que vous alliez finir par faire ça, par mener à bien tel projet, on faisait pas mal aussi de projets de co-groupes où on travaillait tous ensemble autour d'un objet commun qui avait pour objectif d'être affiché ensuite dans l'institution, qui permettait aussi de montrer, "regardez, vous êtes capables de tenir des objectifs, de travailler en groupe, d'avoir un retour ensuite sur ce que vous faites". Donc voilà, moi, je m'appuyais énormément sur les médiations qu'on faisait et pointer la progression et réexpliquer, mettre un peu du sous-titre, réexpliquer que telle médiation où on fait de la mosaïque, en fait, le but, c'est pas de faire de la mosaïque comme ça, c'est que, "regardez, vous travaillez vachement plus sur la patience, vous êtes beaucoup plus précis, même là, dans vos gestes, vous avez beaucoup moins de tremblements qu'au tout début", et en fait, tout ça, pointer du doigt ce qui change en positif et ce qui se renforce, ça pouvait influencer positivement, donc surtout, je dirais principalement du côté de constater l'efficacité. C'est pas mal de faire des rappels, parce que les personnes ne se rendent pas forcément compte du chemin qu'elles font, oublient le point où elles étaient quand elles sont arrivées.

HEL OK. Dans votre pratique, comment accompagnez-vous la personne dans un but de redonner du sens à ses occupations ?

E2 Eh ben, en travaillant vraiment autour de... de nommer les choses. Dans un premier temps, c'est beaucoup moins qu'il fait en médiation, en essayant déjà de recentrer sur les ressentis, même parfois les ressentis corporels. Par exemple, si on fait de l'argile, "ça fait quoi comme sensation sur les mains ? Est-ce qu'il y a des odeurs ? Est-ce qu'il y a des choses comme ça ?" Vraiment de partir du tout tout basique pour ensuite, progressivement, de séance en séance, puis c'était des séances en groupe, de travailler sur... "OK, mais là, vous vous sentez comment ?" Et c'est un truc, c'est frustrant, c'est pas frustrant, ça fait plaisir. Et en fait, progressivement, les personnes, par elles-mêmes, parlaient un petit peu plus de ce que ça leur faisait sentir et de... "Tiens, ça va, finalement, surtout quand la sortie est approchée. Ah ben, j'aime particulièrement faire telle activité, peut-être qu'on pourrait se renseigner, voir si ça existe près de chez moi. Ah ben oui, maintenant que je consomme plus, je vais avoir vachement de temps libre, il va falloir que j'en fasse quelque chose, j'ai découvert que j'aimais bien faire ça, ou avant j'aimais bien faire ça, j'avais plus le temps". Donc moi, j'axais vraiment autour de... autour de ce que la personne ressent, de ce qui peut lui faire plaisir, de ce qui fait aussi pas plaisir, mais qui est quand même supportable, pour travailler quand même aussi sur la notion de contrainte. Et... Et voilà. Et donc, pourquoi pas, avec certaines personnes, ça a pu m'arriver de chercher un peu autour de chez eux, "qu'est-ce qu'il y a qui pourrait exister, qui pourrait vous permettre de maintenir telle ou telle activité ou de reprendre telle activité qui vous plaît".

HEL OK. Hop là. Dans votre pratique, travaillez-vous le renforcement du sentiment d'efficacité ? Si oui, comment ?

E2 Oui. Le sentiment d'efficacité, on le travail, j'y ai répondu tout à l'heure, en nommant beaucoup les choses dans un premier temps, puis en incitant la personne progressivement à se rendre compte par elle-même. "Est-ce que vous vous souvenez comment c'était au tout début ? Est-ce que..." Voilà.

HEL Dans votre pratique, observez-vous un déséquilibre occupationnel chez les personnes ?

E2 Oui, énormément. Bien souvent, de toute façon, les consommations prennent de plus en plus de place jusqu'à prendre toute la place. Et donc, il y a aussi une grosse part d'angoisse au moment du sevrage de... "Je me retrouve face à tout ce temps vide, qu'est-ce que je vais en faire ?" Parce que le risque avec le vide, ça génère de l'angoisse, et donc après, on a très envie de consommer pour apaiser ce truc-là. Et donc, petit à petit, c'est l'idée aussi de retrouver une forme d'équilibre, pour que ça ne soit pas non plus le travail qui prenne toute la place de ce que les consommations ont libéré, qui n'est pas une bonne solution non plus. Et donc, de retravailler avec la personne. Il va y avoir des choses qui vont être contraignantes, ce qu'il va falloir faire quand même, mais il faut aussi qu'il y ait des choses qui fassent plaisir. Il faut qu'il y ait des choses, juste les soins de base aussi, qu'il faut maintenir. Oui, bien souvent, c'est très, très déséquilibré à l'arrivée des personnes en sevrage.

HEL OK. D'après vos connaissances et votre expérience, en quoi un travail sur l'engagement et l'équilibre occupationnel peut-il favoriser la durabilité du sevrage ?

E2 Ben, justement, en travaillant sur l'équilibre occupationnel, on met en place une vie quotidienne qui a du sens, qui permet de canaliser les sentiments de vide, les sentiments d'angoisse, la tristesse, toutes les choses qui poussent à la consommation, qu'on les fera pas disparaître, évidemment, mais le fait de mettre en place un cadre avec la personne par cet équilibre occupationnel, un cadre qui tient, qui est rassurant, des repères, ça permet vraiment, à mon sens, de diminuer les risques de rechute.

HEL OK. Et dernière question, avez-vous des choses à ajouter ?

E2 Eh ben, pas spécialement. J'espère surtout que ça a été clair et que mon expérience remontait pas trop loin.

HEL Merci beaucoup d'avoir participé.

E2 Pas de soucis.