

Mémoire d'initiation à la recherche

**Accompagnement en ergothérapie des
personnes présentant un trouble de l'usage de
substances : favoriser la participation
occupationnelle**

RÉAU Maëlle

N° Etudiant : **E23/ 14**

Promotion : 2023 -2026

Sous la direction de **Madame TOUTTAIN Mathilde**

Année scolaire 2025-2026

« De petits pas amènent à de grands changements. » Anonyme

« Cela semble toujours impossible jusqu'à ce qu'on le fasse. » Nelson Mandela

GLOSSAIRE

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

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

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FRC : Fondation de Recherche pour le Cerveau

HDJA : Hôpital De Jour en Addictologie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

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

OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

TCC : Thérapie Comportementales et Cognitives

WHO : World Health Organization

Remerciements

À travers ces quelques mots, je souhaite remercier les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce mémoire.

Tout d'abord je tiens à remercier ma directrice de mémoire Mathilde TOUTTAIN, pour son écoute, ses conseils et sa disponibilité. Merci d'avoir alimenté ma réflexion tout au long de ce travail.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes interrogées pour leur implication et le temps qu'elles ont dédié à la réalisation des entretiens.

Je remercie les référentes pédagogiques de l'IFE de ROUEN : Madame CAJOT, Madame LEBIGRE, Madame QUESNEY, Madame DUGORD ainsi que Monsieur HEREDIA pour leur accompagnement, leurs explications et réexplications et leur écoute, leur réconfort et leur présence tout au long de ces 3 ans.

Je remercie également ma promotion pour les moments de cohésion partagés qui ont tenté de garantir notre équilibre occupationnel. Vous m'avez permis de traverser ces trois années en gardant et retenant le positif. Je remercie tout particulièrement Anna et Marion pour leur soutien et le temps consacré à passer des appels, à écrire des messages, à toute heure. Un petit coup de blues et direction notre café. Voilà, les filles ont l'a rendu notre M Word !

Enfin, je remercie l'ensemble de ma famille.

Merci Amélie et Fred de m'avoir si bien accueillie durant mon dernier stage, 2 mois de chouchoutage pour bien rédiger mon mémoire.

Merci maman pour tes nombreuses relectures, l'année prochaine ça sera à mon tour de t'apporter mes conseils pour ton départ en formation.

Merci papa pour ton soutien sans faille, comme tu le dis si bien : « t'inquiète pas Maëlle ça va bien se passer ».

Merci Sacha pour ton grand intérêt pour ma future profession, ne sois pas triste tu ne pourras bientôt plus dire « en tant que future ergothérapeute ».

Merci Mel (alias la menuisière la plus ergothérapeute). Merci pour toutes ces heures de révisions à marcher sur les quais, on en a fait des kilomètres !

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Travail individuel

Je soussigné(e) Réau Haila atteste :



Ne pas avoir eu recours
à l'IA ☐



Avoir généré ce travail
par l'IA ☐



Avoir utilisé partiellement
l'IA ☒

Si j'ai utilisé l'IA, c'est à des fins de :

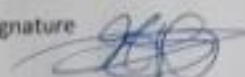
Nom du/des site(s) utilisé(s)

☒ Correction orthographique	<u>Quillbot</u>
☐ Formulations <u>reformulations</u>	<u>Quillbot</u>
☐ Création de titres	
☐ Structuration de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☒ Recherche de bibliographie	<u>Perplexity</u>
☒ Autres : précisez <u>aide</u> <u>réalisation norme APA7</u>	<u>Scribbr</u>

Je certifie avoir vérifié et corrigé l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 20/05/2026

A ROUEN

Signature 



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e BÉAU Maïlle atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étante l'fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à ... ROUEN Le ... 20/05/2026 signature 

i Site Université de Genève <http://www.unige.ch/es/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ii Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

iii Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire

I. Introduction	1
II. Le cadre théorique et conceptuel	3
1. Le trouble de l'usage de substances	3
1.1 Généralités	3
1.1.1 Définition et étymologie	3
1.1.2 L'épidémiologie	3
1.2 Sémiologie	4
1.2.1 Diagnostic du trouble de l'usage de substances	4
1.2.2 Sévérité de l'atteinte du trouble de l'usage de substances	4
1.2.3 Le mécanisme de l'addiction	5
1.3 Les conséquences du trouble de l'usage de substances	6
1.3.1 Répercussions somatiques du trouble de l'usage de substances	6
1.3.2 Répercussions sociales et occupationnelles du trouble de l'usage de substances	7
1.3.3 La baisse de participation occupationnelle	7
2. La participation occupationnelle et ses leviers	8
2.1 De participation à participation occupationnelle	8
2.1.1 Définitions et généralités	8
2.1.2 Définition de l'ergothérapie	8
2.1.3 La participation en ergothérapie	9
2.2 Le modèle de l'occupation humaine (MOH)	9
2.2.1 La participation occupationnelle : première forme d'agir	9
2.2.2 Evaluer la participation occupationnelle : l'outil d'évaluation le MOHOST	12
2.3 L'habitation : un levier pour la participation occupationnelle utilisé en ergothérapie	13
2.3.1 Les composantes de l'habitation : rôles et habitudes	13
2.3.2 L'altération de l'habitation chez les personnes ayant un trouble de l'usage de substances	14
2.3.3 Le système familial : une influence de l'habitation	15
3. L'accompagnement en ergothérapie des personnes présentant un trouble de l'usage de substances au sein d'un Hôpital De Jour en Addictologie (HDJA)	16
3.1. Les structures en addictologie	16
3.1.1 Le secteur libéral	16
3.1.2 Le secteur médico-social	17
3.1.3 Le secteur hospitalier	17
3.2 L'hospitalisation de jour en addictologie	18
3.2.1 Définition et fonctionnement de l'Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA)	18

3.2.2 Les missions de l'Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA)	19
3.3 L'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de substances : la place de l'ergothérapie	20
3.3.1 Les approches thérapeutiques des équipes pluridisciplinaires en addictologie	20
3.3.2 Le rétablissement par la réhabilitation psychosociale	21
3.3.3 Rôle et modalités d'intervention de l'ergothérapeute en addictologie	23
III. Problématisation et présentation des hypothèses de recherche	26
1. Méthodologie de recherche	28
2. La méthode qualitative	28
3. Population ciblée	29
3.1 Les critères d'inclusion et de non-inclusion	29
3.2 La prise de contact	30
3.3 La présentation des échantillons	30
4. L'approche hypothético-déductive	31
5. Technique de l'entretien semi-directif	31
6. Outil : le guide d'entretien	32
7. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche	32
IV. Présentation et analyse des résultats	35
1. Processus d'analyse qualitative	35
2. Analyse verticale	36
3. L'analyse horizontale	42
3.1. Les répercussions du trouble de l'usage de substances	42
3.2 La participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances	43
3.3 Favoriser la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances : rôle et modalités d'interventions de l'ergothérapeute en HDJA	44
3.4 L'altération des rôles et le réinvestissement de ceux -ci comme levier de participation occupationnelle par les ergothérapeutes exerçant en HDJA	45
3.5 La mise en place de nouvelles habitudes comme levier de la participation occupationnelle des usagers de l'HDJA	47
3.6 L'influence du système familial sur la réalisation des rôles et des habitudes : la prise en compte de ce système par les ergothérapeutes exerçant en HDJA	48
4. La validation ou réfutation des hypothèses de recherche	49
4.1 Retour sur la première hypothèse de recherche	50
4.2 Retour sur la deuxième hypothèse de recherche	50
4.3 Retour sur la troisième hypothèse de recherche	51
V. Discussion	52
1. Les nouveaux apports théoriques	52

1.1 La collaboration de l'équipe pluridisciplinaire en HDJA.....	52
1.2 La transition occupationnelle : de la consommation au rétablissement.....	53
2. Les biais et les limites de la recherche.....	54
2.1 Les biais.....	54
2.2 Les limites.....	55
3. Les perspectives.....	56
VI. Conclusion.....	57
VII. Bibliographie.....	59
VIII. Annexes :	69

I. Introduction

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) près de 247 millions de personnes consomment des substances psychoactives au cours d'une année et 29 millions présentent un trouble de l'usage de substances (Kunnen, 2016). Le DSM-5 décrit le trouble de l'usage de substances comme : « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques traduisant une consommation problématique et persistante malgré ses conséquences négatives » (Crocq et Guelfi, 2015).

Au cours de ces dernières années, les substances psychoactives se sont diversifiées. En effet, la consommation du protoxyde d'azote, utilisée de manière détournée par la population étudiante est en recrudescence (MILDECA, 2023). La cocaïne et le cannabis restent les principales substances consommées (MILDECA, 2025). D'autres psychostimulants comme l'ecstasy et l'amphétamine voient leur consommation exploser depuis 2010 (MILDECA, 2025).

La consommation de substances psychoactives concerne les personnes à tout âge de la vie entraînant des « conséquences vastes et variées » (OMS, 2016). Face à ces nombreuses répercussions l'OMS met en avant une problématique de santé publique en déclarant que les « dégâts » provoqués par la consommation de substances atteint la « santé physique, mentale et dégrade la durée et qualité de vie » des personnes consommatrices (OMS, 2016) et altère ainsi le bien-être.

Au-delà des atteintes sur la santé, la consommation de substances psychoactives affecte la vie quotidienne de la personne consommatrice. Kiepek et al, (2022) mettent en évidence que la consommation de substances « modifie la performance, la participation et l'expérience des occupations », bouleversant la réalisation des activités de vie quotidienne. Ce bouleversement se traduit par une perte progressive du nombre d'activités réalisées ainsi qu'une perte d'engagement de celles-ci chez les personnes présentant un trouble de l'usage de substances (Hoxmark et al, 2011). Ils identifient une altération de la participation occupationnelle chez cette population (Hoxmark et al, 2011). Ce terme est défini dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) comme « l'engagement de la personne dans l'ensemble de ses occupations compris dans un environnement et un contexte socioculturel » (Morel-Bracq et al., 2017).

Comme identifié par l'OMS, les personnes ayant un trouble de l'usage substances présentent une santé physique et mentale dégradée. De plus, leur participation occupationnelle est altérée comme décrit précédemment par Hoxmark et al (2011), entraînant une répercussion sur leur

santé. Dans ce contexte, l'ergothérapeute qui promeut la santé à travers l'occupation peut intervenir auprès de cette population (Jasmin, 2019). Ainsi l'ergothérapeute qui vise à favoriser la participation occupationnelle et l'engagement dans celle-ci peut contribuer à la santé de l'utilisateur. Cette réflexion, nous a permis de faire émerger notre question de départ :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les personnes présentant un trouble de l'usage de substances en faveur de la participation occupationnelle ?

Pour approfondir cette réflexion nous réaliserons un cadre conceptuel et théorique qui détaillera les notions abordées précédemment permettant d'enrichir notre réflexion. Puis, nous construirons une problématique de recherche ainsi que des hypothèses de recherche. Afin de répondre à cette problématique, nous mettrons en œuvre une méthodologie puis nous analyserons et discuterons des données empiriques récoltées. Une conclusion clôturera ce travail de recherche.

II. Le cadre théorique et conceptuel

1. Le trouble de l'usage de substances

1.1 Généralités

1.1.1 Définition et étymologie

Pour comprendre ce qu'est le trouble de l'usage de substances, il est nécessaire de revenir aux origines de ce terme. Il est présent dans le DSM-5 (Crocq & Guelfi, 2015). Ce terme est décrit comme le diagnostic d'une personne présentant une addiction à une substance psychoactive. Toutefois, cette affection correspond à une addiction.

Nous pouvons retrouver le terme d'addiction dès « la Rome Antique sous le terme addicere désignant la condition d'esclave pour dette, c'est-à-dire celui dont le corps était mis à disposition du plaignant par le juge » (Saïet, 2023). Saïet (2023) décrit que le terme d'addiction est petit à petit entré dans les champs médicaux et psychiatriques. La première définition dans ce champ médical est alors, « qu'un sujet addicté est esclave de ce produit et ce, visiblement, sans la contrainte d'un tiers » (Saïet, 2023).

A ce jour, l'addiction est encore utilisée et définie notamment par l'Institut National Américain sur l'Abus de Drogues en 2018, « comme une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives » (MILDECA, 2021). Ainsi l'addiction est une affection c'est-à-dire une maladie, qui est cérébrale et qui affecte le cerveau. D'après cette définition, il est précisé que cette atteinte est chronique et dure dans le temps. Cette définition rejoint celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui précise que « l'addiction peut être chronique ou par période » (Robin et Moreau, 2014).

1.1.2 L'épidémiologie

Chaque année, l'Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives (OFDT) réalise un dossier comprenant les « données les plus récentes concernant les différentes addictions aux substances psychoactives » (OFDT, 2025). Dans ce dossier, il est précisé que « ces chiffres sont des estimations de la consommation de substances psychoactives qui concernent les usagers compris entre 11 et 75 ans » (OFDT, 2025). Concernant la consommation d'alcool au cours de l'année 2023, elle représentait près de « 8 millions de Français qui en consommaient régulièrement dont 3,3 quotidiennement » (OFDT, 2025). Après analyse des résultats obtenus l'OFDT identifie « une baisse de la consommation d'alcool au cours de ces dernières années » (OFDT, 2025).

Cependant, l'OFDT (2025) note une augmentation des drogues illicites telle que la consommation de cannabis qui est en augmentation au cours de l'année (OFDT, 2025). Ainsi la consommation de cannabis représentait « 1,4 million d'utilisateurs réguliers dont 900 000 utilisateurs quotidiens en 2025 » (OFDT, 2025). Ils mettent également en avant que cette augmentation de la consommation corrèle avec une augmentation de la production mondiale et de la diversification des produits L'OFDT (2025). Parmi ces utilisateurs, certains présentent un trouble de l'usage de substances.

1.2 Sémiologie

1.2.1 Diagnostic du trouble de l'usage de substances

L'addiction est décrite dans le DSM-5 rédigé par « l'American Psychiatric Association » (APA) en 2013. Ce manuel classe les diagnostics des « troubles mentaux » (Crocq et Guelfi, 2015).

Depuis 2013 et la sortie du DSM-5, le nouveau diagnostic de l'addiction est intitulé trouble de l'usage de substances. Ce trouble est défini comme : « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela » (Crocq et Guelfi, 2015).

Selon le DSM-5, il existe dix catégories de drogues qui peuvent entraîner un trouble de l'usage de substances. Les catégories décrites dans le DSM-5 sont : « l'alcool, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, les substances inhalées, les opiacés, les sédatifs, les hypnotiques et anxiolytiques, les stimulants, le tabac et substances autres » (Crocq et Guelfi, 2015). Afin d'établir le diagnostic de trouble de l'usage de substances, le DSM-5 décrit 11 critères diagnostiques. L'ensemble des critères peut être « regroupé en 4 catégories : la réduction du contrôle, l'altération du fonctionnement social, la consommation risquée et les critères pharmacologiques » (Crocq et Guelfi, 2015).

1.2.2 Sévérité de l'atteinte du trouble de l'usage de substances

Le trouble de l'usage de substances est décrit dans le DSM-5 comme reposant « sur un mode pathologique de comportements liés à la consommation d'une substance » (Crocq et Guelfi, 2015). Comme expliqué précédemment, il existe onze critères diagnostiques, « ces critères permettent de diagnostiquer la sévérité » (Crocq et Guelfi, 2015) de l'atteinte du trouble de l'usage de substances. Effectivement, en plus de l'évaluation diagnostique, il est nécessaire d'évaluer la sévérité de ce trouble. Cette sévérité de l'atteinte a donné naissance à une nouvelle nomenclature avec le DSM-5.

Dans le précédent DSM, c'est-à-dire le DSM-4, le degré d'atteinte d'une addiction était catégorisé en deux diagnostics distincts. Le diagnostic d'abus et celui de dépendance (Annexe I). Autrefois le terme « d'abus » représentait une atteinte légère à modérée, les personnes devaient alors présenter au moins un critère diagnostique sur les quatre possibles (Reynaud, 2016) (Annexe II). La dépendance était quant à elle une atteinte identifiée comme sévère. Le diagnostic de dépendance était établi lorsqu'une personne présentait au moins 3 critères sur les 7 proposés dans le DSM-4 (Reynaud, 2016).

Aujourd'hui, le diagnostic est « trouble de l'usage de substances » (Crocq et Guelfi, 2015). Reynaud (2016), explique que pour qualifier l'atteinte du trouble le terme d'addiction est utilisé en y ajoutant la sévérité de l'atteinte. Les termes d'abus et de dépendance sont remplacés par un diagnostic unique celui de « trouble de l'usage de substances » suivi du terme « addiction » et du degré de l'atteinte : « légère, modérée ou sévère » (Reynaud, 2016). Le degré d'addiction est mesuré selon la quantité de critères diagnostiques présentée par la personne (Reynaud, 2016).

1.2.3 Le mécanisme de l'addiction

L'addiction est « une affection cérébrale, ainsi elle met en jeu des circuits cérébraux, notamment le circuit de la récompense » (INSERM, 2017). Nalpas et al, (2025) expliquent que le premier phénomène observable est « l'apparition d'un stimulus, activant l'aire tegmentale ventrale et libérant de la dopamine ». La dopamine est à la fois décrite comme un « neurotransmetteur mais également comme une hormone » (Institut du Cerveau, s. d.). Concrètement, la dopamine est « libérée lorsque l'on vit une expérience gratifiante ou agréable, et favorise la répétition du comportement » (Institut du Cerveau, s. d.). La consommation de substances va ainsi libérer de la dopamine, encourageant la reproduction de ce comportement.

L'addiction s'installe progressivement. Sa mise en place se réalise en trois phases. (INSERM,2017). L'INSERM (2017) explique que la première phase fait intervenir « le circuit de la récompense. » De ce fait, « la consommation de substances psychoactives est au départ une action réalisée dans le but de se procurer du plaisir » (Nalpas et al, 2025). Puis « les substances psychoactives provoquent des dérèglements de certaines glandes cérébrales notamment l'amygdale » (INSERM,2017). Ces dérèglements génèrent un « état émotionnel négatif » (INSERM,2017).

Lors de la deuxième phase, la personne ne va plus consommer dans un but de se procurer du plaisir. Nalpas et al, (2025), décrivent un changement de consommation, celle-ci devient « compulsive » (Nalpas et al, 2025), elle a pour but « de compenser les effets négatifs engendrés par l'état émotionnel négatif » (INSERM,2017).

Lors de la troisième phase, « les effets négatifs sont tellement importants que la personne n'arrive plus à contrôler sa consommation » (INSERM, 2017). Ce phénomène est appelé « craving » ou fort désir de consommation. C'est dorénavant l'un des critères diagnostiques du trouble de l'usage de substances d'après le DSM-5 (Reynaud, 2016).

1.3 Les conséquences du trouble de l'usage de substances

1.3.1 Répercussions somatiques du trouble de l'usage de substances

L'INSERM rappelle que les addictions sont des pathologies cérébrales définies par « une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères » (INSERM, 2017). À travers cette définition, il est important de souligner les répercussions de l'addiction c'est-à-dire les conséquences qu'elle peut entraîner. Il existe différentes substances psychoactives. Leur consommation répétée induite lors d'une addiction entraîne diverses répercussions qui ne sont pas les mêmes selon le type de substances consommées. Les conséquences sont de différentes formes. L'INSERM évoque des conséquences médicales, personnelles et sociales (INSERM, 2017). Nous allons premièrement aborder les conséquences sur la santé c'est-à-dire les conséquences « médicales ».

L'INSERM identifie les premières conséquences de l'addiction, « ces symptômes sont immédiats : l'euphorie, la perte de contrôle, la diminution du stress ou encore la désinhibition » (INSERM, 2017). De plus, il est important de prendre en compte qu'il existe également un « risque vital immédiat lié à l'usage excessif comme l'overdose ou le coma éthylique » (Lucet et Olié, 2020). De manière générale, « les usagers de substances psychoactives sont plus sujets aux morts par surdose ou par accidents » (Lucet et Olié, 2020). Une autre répercussion est mise en évidence par la Fondation de recherche pour le cerveau (2023), qui explique que la répétition de consommation liée à l'addiction induit « des modifications du fonctionnement des neurones ainsi que des modifications de certaines structures cérébrales » (Fondation de Recherche pour le Cerveau, 2023). Enfin, L'INSERM (2017) identifie une dernière conséquence : « l'apparition de troubles de l'humeur. »

Le trouble de l'usage de substances entraîne également des répercussions somatiques et favorisent « l'apparition de nombreuses maladies : comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, du système digestif et du système nerveux » (Lucet et Olié, 2020). De ce fait, « les usagers de substances classées stupéfiants ont un taux de mortalité sept fois plus important que le reste de la population du même âge » (Lucet et Olié, 2020). Plusieurs raisons de ce taux de mortalité important sont mises en avant comme l'apparition de différentes maladies telles que « les maladies de l'appareil respiratoire, circulatoire ou digestif, des surdoses, morts

brutales par surdose ou accident, pathologies infectieuses liées à la pratique de l'injection ou encore des suicides » (Lucet et Olié, 2020).

1.3.2 Répercussions sociales et occupationnelles du trouble de l'usage de substances

Au fil du temps, « l'addiction a des répercussions sur la vie quotidienne » (INSERM, 2017). Plusieurs conséquences ont pu être observées. Labhart et al (2021) ont établi une corrélation entre la consommation de psychotropes et différentes situations professionnelles, : « les usagers passant d'un travail à temps plein à une absence totale d'activité professionnelle rémunérée » (Labhart et al, 2021). De plus, l'INSERM met en avant un risque de marginalisation accru des personnes présentant un trouble de l'usage de substances (INSERM, 2017).

D'après l'étude de Labhart et al (2021), il existe à ce jour une augmentation de la part de la population consommatrice de substances psychoactives en situation d'isolement social. Ces personnes subissent « une absence de contacts sociaux dans différentes sphères : sphère professionnelle, sphère privée, sphère d'habitation » (Labhart et al, 2021). L'ensemble de ces conséquences somatiques et sociales peuvent avoir des répercussions occupationnelles.

Pour Helbig et McKay (2003), l'addiction est perçue comme une occupation. En effet, l'addiction est décrite comme une activité significative, correspondant aux valeurs et ayant un sens pour la personne consommatrice (Wasmuth et al, 2014). Cette occupation prendrait peu à peu toute la place (Helbig et McKay, 2003). Wasmuth et al (2014), mettent en avant que la réalisation de cette occupation (l'addiction) s'effectue au détriment d'autres occupations (Wasmuth et al, 2014). Cette définition peut être rapprochée du déséquilibre occupationnel. En effet, les personnes présentant un trouble de l'usage de substances « vont davantage réaliser leurs activités liées à l'addiction mais rencontrent des difficultés pour réaliser leurs activités de production comme le travail, elles n'arrivent pas à s'engager dans des activités de repos ni de loisirs » [traduction libre] (Crouch et Wegner, 2014). De plus, au-delà d'un déséquilibre entre les différents types d'occupations, la personne est présentée comme rencontrant des difficultés pour s'engager dans ses activités de vie quotidienne autres que les activités liées à l'addiction (Crouch et Wegner, 2014). Ce phénomène se rapporte à la baisse de participation occupationnelle.

1.3.3 La baisse de participation occupationnelle

L'engagement excessif ici pour l'addiction peut entraîner différentes répercussions. Ryan et al. (2023) expliquent que les personnes qui présentent un trouble de l'usage de substances vont

avoir des difficultés à s'engager dans des activités de loisirs ou productives (Ryan et al, 2023). Ces difficultés à s'engager vont induire peu à peu un isolement social et / ou une perte de structure au quotidien. Dans leur étude, Boivin et al (2001), mettent en avant qu'un grand nombre de personnes avec un trouble de l'usage de substances rencontrent des difficultés à s'engager dans des activités de production comme un stage ou un travail (Boivin et al, 2001). De plus, Boivin et al (2001) corrélient l'abstinence de substances psychoactives et un meilleur engagement dans des activités (Boivin et al, 2001).

2. La participation occupationnelle et ses leviers

2.1 De participation à participation occupationnelle

2.1.1 Définitions et généralités

Le terme de participation est présenté et défini dans le modèle de classification international de fonctionnement du handicap et de la santé présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001 (Morel-Bracq et al., 2017). La participation est alors « l'implication de l'individu dans une situation de vie réelle » (Morel-Bracq et al., 2017). Ce concept de participation est par la suite un terme que l'ergothérapie s'est réappropriée. L'association des ergothérapeutes américains explique que la participation est « l'engagement dans des situations de vie sociale, communautaire, familiale, autant dans le travail que dans les loisirs ou dans les soins personnels » (Meyer, 2013).

Le terme de participation a été défini par le Cadre conceptuel et le Groupe de terminologie à partir de plusieurs définitions en ergothérapie. Après avoir effectué une synthèse des définitions, la participation est alors décrite sous deux formes différentes. La première est définie comme le fait « de participer, de réaliser des activités, des occupations » (Meyer, 2013). D'autre part, la participation est décrite comme le fait « de participer à des situations de vie par le biais de ses occupations ou de ses activités » (Meyer, 2013).

Le terme de participation occupationnelle est un terme issu d'un Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner, 2008). Elle est définie comme le fait de « s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne ». (Kielhofner, 2008). Cette définition nous explique que la participation occupationnelle est nécessaire pour la personne, qu'elle correspond à un besoin favorisant son bien-être.

2.1.2 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est définie comme une « profession de santé qui intervient dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation et de l'insertion » (Détraz et al., 2012). Cette

profession s'appuie sur différentes disciplines telles que les sciences humaines, médicales, psychologiques, sociales et techniques (Détraz et al., 2012). L'ergothérapeute s'adresse à un large public comme des personnes : « atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelle, à des personnes qui présentent des incapacités ou à des personnes en situation de handicap temporaire ou définitif » (Détraz et al., 2012).

Ainsi, l'ergothérapeute accompagne ces personnes afin de favoriser leur autonomie, leur qualité de vie tout en les maintenant dans leur environnement répondant à leurs besoins et préférences (OEQ, s.d).

2.1.3 La participation en ergothérapie

Selon Meyer (2013), la participation se réalise essentiellement par le biais des occupations. Ainsi, c'est grâce à la participation occupationnelle, que la personne pourra s'engager dans des occupations. Cette participation est établie par certains ergothérapeutes comme un droit : « le droit à toute personne de s'engager dans des occupations signifiantes qui contribuent positivement à leur bien-être personnel et au bien-être de leurs communautés » (Hammell, 2015). A ce jour, la participation occupationnelle fait partie d'une des préoccupations principales en ergothérapie, elle est même parfois décrite comme « une finalité » (Meyer, 2013). Cette participation occupationnelle est donc un but recherché en ergothérapie car c'est une modalité qui permet de favoriser le bien-être. Ainsi, l'ergothérapeute se doit de réaliser un plan d'intervention visant à « rehausser les capacités de chaque personne afin de pouvoir leur offrir la possibilité de participer à des occupations favorables à leur bien-être » (Hammell, 2017).

2.2 Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

2.2.1 La participation occupationnelle : première forme d'agir

Les ergothérapeutes exerçant auprès des personnes présentant un trouble de l'usage peuvent utiliser différents modèles conceptuels. Le modèle utilisé dans cette recherche est issu du troisième paradigme en ergothérapie dont les modèles sont centrés sur l'interaction entre la personne, l'activité et l'occupation (Morel-Bracq et al., 2017). Cette interaction met en avant le principe de systémie (Morel-Bracq et al., 2017). Le modèle a été fondé par Gary Kielhofner. Il est communément appelé Modèle de l'Occupation Humaine ou MOH, apparu dès la fin des années 1980 (Morel-Bracq et al., 2017).

À ce jour, il existe plus de vingt outils d'évaluation rattachés au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Université de Laval, 2024). Ces outils d'évaluation permettent aux

ergothérapeutes d'obtenir l'ensemble des informations concernant les différentes dimensions du MOH, c'est-à-dire l'être, l'agir, le devenir et l'environnement (Morel-Bracq et al., 2017).

Le fondement théorique de Monsieur Kielhofner repose sur le principe que « l'être humain est un être occupationnel » (Morel-Bracq et al., 2017). Ainsi, il décrit l'occupation comme une « dynamique qui dépend du contexte environnemental dans lequel elle se déroule ». L'être humain participe donc à des occupations, et « cette participation est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement » (Morel-Bracq et al., 2017). Concrètement, il classe l'occupation comme « une large gamme d'activités » (Morel-Bracq et al., 2017). Il décrit alors trois types d'activités : « les activités de vie quotidienne, les activités de production et les activités de loisirs » (Morel-Bracq et al., 2017). Kielhofner rappelle que ces activités sont toutes « réalisées selon un contexte physique, temporel, et socio-culturel » (Morel-Bracq et al., 2017). De plus, il met en avant trois dimensions principales : le concept de l'être, c'est-à-dire la personne, le concept d'agir et enfin le devenir correspondant aux conséquences de l'agir (Morel-Bracq et al., 2017).

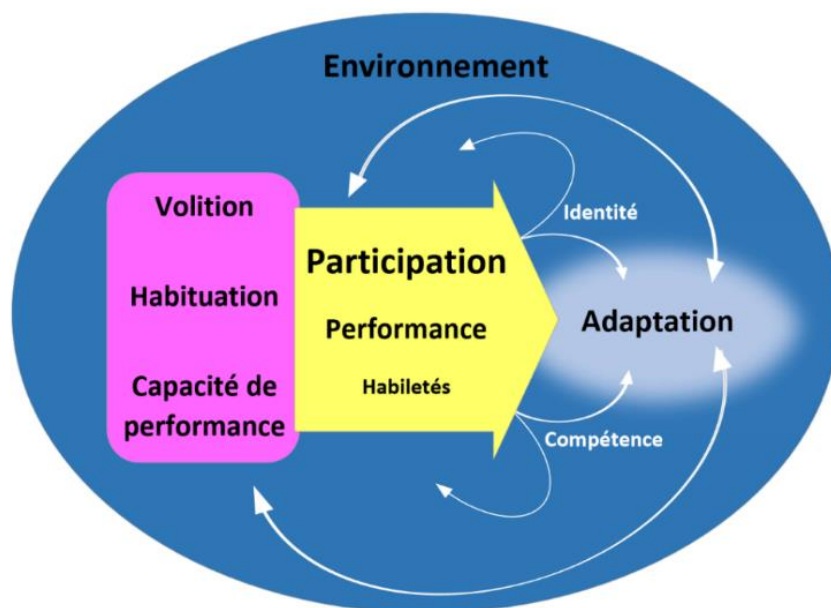


Figure 1 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (Université de Laval, 2024)

Le concept de l'être prend en compte trois composantes :

- La volition est définie comme « la motivation d'une personne à agir dans son environnement » (Morel-Bracq et al., 2017), c'est cet élément qui permettrait à la personne de s'engager, c'est-à-dire de s'investir dans une activité.

La volition inclut :

- Les valeurs de la personne c'est-à dire l'ensemble des éléments que la personne considère comme essentiels et significatifs.
 - Ses centres d'intérêt se réfèrent aux activités qu'elle considère comme agréables et satisfaisantes à réaliser.
 - Sa causalité personnelle est la résultante de ce que la personne sait concernant son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité (Morel-Bracq et al., 2017).
-
- L'habituatation désigne « l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier » (Morel-Bracq et al., 2017), correspond à deux éléments.
 - Les habitudes correspondent à des actes que nous réalisons de manière quasiment automatique dans un environnement connu.
 - Les rôles sont quant à eux des statuts dans lesquels certains comportements sont attendus.

L'habituatation indique la réalisation d'activités et de comportements répétés dans un environnement connu pouvant répondre notamment aux attendus liés à notre rôle (Morel-Bracq et al., 2017).

- La capacité de performance est quant à elle associée à « l'aptitude pour la personne à agir en utilisant ses composantes objectives (physiques et mentales). Ainsi que son expérience subjective du corps comprenant le vécu et le ressenti » (Morel-Bracq et al., 2017).

L'agir ou dynamique dans le MOH comprend trois niveaux :

- Le premier niveau comprend la participation occupationnelle et correspond à « l'engagement de la personne dans l'ensemble de ses occupations compris dans un environnement et un contexte socioculturel » (Morel-Bracq et al., 2017).
- La performance occupationnelle est « l'ensemble des tâches qui composent une activité et qui permet de soutenir la participation occupationnelle » (Morel-Bracq et al., 2017).
- Les habiletés (motrices, opératoires et de communication et d'interaction) « regroupent l'ensemble des actions qui peuvent être observables et sont réalisées pour tendre vers un but » (Morel-Bracq et al., 2017).

Le devenir désigne les conséquences de l'agir. C'est au fil du temps, et « des expériences lors des différentes occupations que cela génère une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles » (Morel-Bracq et al., 2017). C'est l'identité et les compétences occupationnelles qui favorisent l'adaptation à la réalisation de nouvelles occupations.

La quatrième dimension dans le MOH est l'environnement. Cette dimension est essentielle car chaque personne réalise ces occupations d'après un contexte d'environnement physique et social (Morel-Bracq et al., 2017). L'environnement se compose de l'environnement physique mais également de l'environnement humain (Morel-Bracq et al., 2017). Cet environnement influence la participation occupationnelle du sujet, elle peut être une ressource, être une contrainte. (Morel-Bracq et al., 2017).

La participation occupationnelle est un élément fondamental en ergothérapie. Il correspond à la première forme d'agir. Cette composante est directement influencée par la dimension de l'être mais également par le contexte environnemental.

2.2.2 Evaluer la participation occupationnelle : l'outil d'évaluation le MOHOST.

Il arrive parfois que certaines personnes peinent à s'engager dans leurs activités de la vie quotidienne. Ces personnes vivent alors une baisse de leur participation occupationnelle (Taylor, 2017). Le Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) est un outil d'évaluation issu du Modèle de l'Occupation humaine (MOH). Il permet d'évaluer la participation occupationnelle de la personne (Taylor, 2017).

Cet outil facilite l'analyse d'activité. En effet, le MOHOST permet d'analyser différents domaines tels que la motivation pour l'occupation (volition), le profil occupationnel (l'habitation), les habiletés (de communication et d'interaction, motrice, et opératoire) ainsi que l'environnement (Taylor, 2017).

Chaque domaine comprend plusieurs items. La motivation pour l'occupation rassemble l'auto-évaluation, l'attente de réussite, l'intérêt et les choix. Le profil occupationnel comprend les routines, l'adaptabilité, les rôles et la responsabilité. L'habileté de communication et d'interaction incluant les habiletés non verbales, la conversation, l'utilisation de la voix. Les habiletés opératoires regroupent la connaissance, l'organisation dans le temps, l'organisation dans l'espace et la résolution de problèmes. Les habiletés motrices sont quant à elles à la fois la posture et la mobilité, la coordination, la force, l'effort et l'énergie. Enfin l'environnement

prend en compte l'espace physique, les ressources physiques, les groupes sociaux et les exigences occupationnelles (Taylor, 2017).

En analysant l'ensemble de ces items, l'ergothérapeute cote chaque item selon le barème suivant : facilite, permet, limite et empêche. Ainsi, chaque item est analysé et permet à l'ergothérapeute de mettre en avant les forces mais également les limites pour chaque dimension (Taylor, 2017). D'après le MOH, et l'utilisation du MOHOST, nous pouvons mettre en avant que plusieurs dimensions puissent être un frein à la participation occupationnelle du sujet.

2.3 L'habitation : un levier pour la participation occupationnelle utilisé en ergothérapie

2.3.1 Les composantes de l'habitation : rôles et habitudes

L'habitation est une composante de l'être agissant sur la participation occupationnelle. Kielhofner définit l'habitation comme « une disposition intériorisée à adopter des comportements cohérents, guidés par nos habitudes et nos rôles, et adaptés aux caractéristiques de notre environnement temporel, physique et social quotidien » [traduction libre] (Taylor et al., 2023). En outre, l'habitation nous permet de façonner, et est responsable dans notre quotidien, des actions et des comportements que nous réalisons. Afin de comprendre plus concrètement le concept d'habitation il est donc nécessaire de s'intéresser au concept de rôle et d'habitude qui le compose.

D'après le MOH, le rôle est « l'intégration d'un statut défini sur le plan social et/ou personnel et d'un ensemble d'attitudes et de comportements associés » [traduction libre] (Taylor et al., 2023). De ce fait, chaque individu peut avoir différents rôles engendrant une multitude de comportements liés à ces rôles. Kielhofner met en avant que certains rôles peuvent être choisis tandis que d'autres nous sont imposés (Taylor et al., 2023). Il évoque notamment des rôles de « nécessité et de circonstances » [traduction libre] (Taylor et al., 2023) Nous pouvons aisément mettre en lien cette définition avec le rôle de consommateur qui devient un rôle de nécessité pour la personne ayant un trouble de l'usage de substances, qui s'identifie avant tout comme consommatrice. Ce rôle de consommateur entraîne des comportements associés comme la recherche de substances. Chaque rôle induit un ensemble de tâches pour lequel la personne se doit de tenir certaines responsabilités.

Les habitudes sont quant à elles décrites comme des « tendances acquises à réagir et à agir de manière cohérente dans un environnement ou une situation familières » [traduction libre] (Taylor et al., 2023). Ces habitudes sont également des « savoirs agir », dans un contexte familial, elles permettent d'agir efficacement. Grâce aux habitudes, il est possible de faire la

même chose lorsque le contexte est le même. Cela permet de réaliser certaines choses de manière automatique tout en pouvant s'adapter lorsque le contexte change légèrement.

Le développement des habitudes se fait par « la répétition d'une occupation, dans des situations aux variables contrôlées et reproduites » [traduction libre] (Taylor et al., 2023). Ainsi, une fois que les habitudes sont ancrées, il est possible de construire des routines. Les routines correspondent « aux manières stéréotypées d'agir en situation » (Genet et Offenstein, 2023). Il s'agit d'une procédure acquise et prévisible, reproduite à l'identique [traduction libre] (Genet et Offenstein, 2023). De cette façon, les routines sont l'enchaînement répété de différentes occupations. Les routines constituent davantage une organisation de différentes occupations.

2.3.2 L'altération de l'habitation chez les personnes ayant un trouble de l'usage de substances

Comme décrit précédemment l'habitation est composée de deux éléments : les rôles et les habitudes, or ces deux éléments semblent particulièrement impactés chez les personnes qui présentent un trouble de l'usage de substances.

Tout d'abord, concernant les rôles, la personne présentant un trouble de l'usage de substances s'identifie avant tout comme consommatrice. En effet, comme l'explique Reis et al (2017) les autres rôles de la personne comme ses rôles familiaux, de travailleurs « sont relégués au second plan ». Ainsi, les rôles et les expériences de la personne consommatrice sont directement liés à leur consommation (Garrazone et al., 2021).

Le rôle de travailleur est également fréquemment atteint. Les personnes vont alors passer d'une activité exercée à plein temps à une absence d'activité de production (Labhart et al, 2017).

Le trouble de l'usage de substances exerce également une influence sur les rôles et les responsabilités parentaux. (Lander et al., 2013). Reis et al. (2017) illustrent cela avec le recueil de plusieurs témoignages indiquant notamment qu'une enfant de mère consommatrice ne ressentait pas la présence ou l'attention de sa mère.

Le « craving », symptôme fréquent chez les personnes qui présentent un trouble de l'usage de substances génère un « désir compulsif de consommer » (Koob et Volkow, 2010). Ce symptôme peut alors engendrer une recherche omniprésente du produit, orientant alors les habitudes de la personne. De plus, l'addiction est parfois décrite comme une occupation. Cette occupation va alors entraîner et générer une organisation spécifique et définir les activités ainsi que l'ordre des activités quotidiennes (Wasmuth et al., 2014). Soccol et al (2014) décrivent, quant à eux,

que les personnes présentant un trouble de l'usage de substances vivent des « changements constants » ce qui ne permet pas « l'installation d'habitudes ni de routines quotidiennes ».

L'ensemble de ces éléments mettent en avant une atteinte des rôles et des habitudes de la personne présentant un trouble de l'usage de substances altérant alors la participation occupationnelle de ces usagers. De plus, l'environnement physique, social et occupationnel influence les rôles et habitudes de l'individu. Il est notamment important de prendre en considération l'environnement social.

2.3.3 Le système familial : une influence de l'habitation

L'individu présentant un trouble de l'usage de substances fait partie de différents systèmes. Il est donc essentiel de le considérer comme acteur au sein de ces derniers (Morel-Bracq et al., 2017). D'après le modèle de l'occupation humaine (MOH), la personne agit dans un contexte environnemental qui influence sa participation occupationnelle (Morel-Bracq et al., 2017). L'environnement social correspond notamment à l'entourage familial (Morel-Bracq et al., 2017).

Le terme de famille est défini comme comprenant « au moins deux personnes vivant au sein du même ménage » (INSEE, 2025). Bonvalet (2003), décrit cette notion de ménage comme « le logement qui définit le groupe domestique ». C'est pourquoi, la famille est décrite comme des membres vivant sous le même toit, dans le même logement. La famille est un élément qui « peut être conçu comme un système » (Blanc et al, 2007) que Delage (2013) définit comme « un ensemble organisé d'éléments en interaction ». Selon lui, il est possible de diviser ce système principal en sous-systèmes comme « le système parental, conjugal ou encore fraternel » (Delage, 2013).

Face à la consommation de substances d'un de ses membres, le système doit s'adapter pour retrouver son équilibre. En effet, comme tout système, le système familial est en recherche constante d'homéostasie (Baudin, 2023). Kaufman et Yoshioka décrivent un phénomène qui peut survenir au sein du système familial : « les rôles de ce système peuvent s'échanger, s'inverser » (Kaufman et Yoshioka en 2004). En ce qui concerne le conjoint de la personne addict, il peut jouer un « rôle de protecteur » (Kaufman et Yoshioka en 2004). Ce protecteur intervient afin de « compenser les manquements du parent présentant un trouble de l'usage de substances » (Kaufman et Yoshioka en 2004). Ainsi, les autres membres sont amenés à « assumer des rôles et des responsabilités supplémentaires » (Mardani et al., 2023). Cette répartition des rôles peut persister même après une évolution du trouble de l'usage de

substances de la personne (Saatcioglu et al., 2006). Cependant, Lander et al. (2013) expliquent qu'il est nécessaire d'effectuer une redistribution et une redéfinition des rôles familiaux pour favoriser le rétablissement (Lander et al., 2013). Une fois l'adaptation réalisée le système se rigidifie : les changements deviennent impossibles (Angel et Angel, 2016).

Ce système familial peut être à la fois un facteur de protection et de vulnérabilité. Bellon-Champel et Varescon (2017) expliquent que, « le déficit de soutien social perçu au sein de la famille serait un des éléments les plus pertinents pour rendre compte de la dépendance aux substances » (Bellon-Champel et Varescon, 2017). De plus, une communication pauvre et des conflits familiaux importants sont associés à une augmentation des conduites de consommation (Bellon-Champel et Varescon, 2017). Ces auteurs montrent également que la qualité des relations entretenues avec l'environnement social « prédit le maintien d'une dépendance au produit » (Bellon-Champel et Varescon, 2017), maintenant alors les habitudes en lien avec la consommation de substances. Cela met en évidence que le système familial influence directement les conduites de consommation et ainsi les habitudes qui y sont associées. Au regard des éléments apportés par la littérature, le système familial est dynamique et susceptible d'agir comme ressource ou contrainte selon les situations. Le système familial des personnes présentant un trouble de l'usage de substances influence l'habitude.

L'ensemble des éléments décrits précédemment mettent en avant la nécessité d'accompagner les personnes présentant un trouble de l'usage de substances en intervenant sur les rôles, les habitudes ainsi que sur l'environnement de la personne. En effet, l'OMS souligne l'importance d'une prise en soins comprenant un « accès à des soins de qualité, fondés sur des preuves, inscrits dans un système coordonné » [traduction libre] (WHO, 2023). Cette prise en soins s'oriente à la fois vers la réduction de la consommation et l'amélioration de la participation occupationnelle (Vignola-Mir et al ; 2017 Cruz, 2019). Afin d'intervenir sur l'habitude dans un contexte d'environnement écologique, nous privilégierons l'accompagnement en Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA).

3. L'accompagnement en ergothérapie des personnes présentant un trouble de l'usage de substances au sein d'un Hôpital De Jour en Addictologie (HDJA)

3.1. Les structures en addictologie

3.1.1 Le secteur libéral

L'offre de soins français concernant les troubles de l'usage de substances comprend trois secteurs : le secteur de ville ou libéral, le secteur médico-social et le secteur sanitaire appelé

secteur hospitalier (Couteron, 2022). Dans le secteur libéral, ce sont notamment les médecins et les pharmaciens qui sont identifiés comme des acteurs de proximité (Couteron, 2022). Dans le cadre d'un accompagnement en addictologie le secteur libéral comprend les médecins généralistes, les psychiatres, les médecins addictologues ou encore les psychologues (MILDECA, 2023). Couteron (2022) explique que ces acteurs s'impliquent dans la prise en charge de personnes présentant un trouble de l'usage de substances et travaillent directement en partenariat avec les autres secteurs médico-sociaux et sanitaires (Couteron, 2022).

3.1.2 Le secteur médico-social

Le deuxième secteur est le secteur médico-social. Ce secteur permet un accompagnement pluridisciplinaire, gratuit et sur la durée (MILDECA, 2023). Il propose 3 dispositifs concernant l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage de substances.

Le premier dispositif correspond aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ces centres, composés d'une équipe pluridisciplinaire, réalisent un travail « de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation » (Couteron, 2022).

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) correspondent au deuxième dispositif. Ils accueillent de jeunes consommateurs et leur entourage. Le but de ces consultations est principalement d'accompagner et de prévenir la consommation problématique. Pour cela ces dispositifs proposent différentes aides pour réduire voire arrêter la consommation de substance et / ou pratiques liées. (Couteron, 2022).

Enfin, les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), « s'adressent à des personnes qui ne veulent ou ne peuvent arrêter leurs consommations, et qui sont exposées à des risques sanitaires et sociaux ». Ce dispositif met en place du matériel pour réduire les risques associés à la consommation (Gouvernement Français, 2023). Ainsi, dans ce type de centre, l'objectif est avant tout de limiter les risques liés aux consommations.

3.1.3 Le secteur hospitalier

Le troisième secteur, accueillant des personnes présentant un trouble de l'usage de substances, est le secteur sanitaire aussi appelé secteur hospitalier. Ce secteur offre une « permanence des soins, un accès au plateau technique et un accompagnement interdisciplinaire » (MILDECA, 2023). L'ergothérapeute est un des acteurs de cet accompagnement.

Il existe deux types d'hospitalisations : l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour (MILDECA, 2023).

L'hospitalisation complète peut être programmée ou réalisée en urgence (Couteron, 2022). Elle peut être proposée pour répondre à différents besoins comme un besoin de sevrage. L'hospitalisation complète peut également permettre d'évaluer les complications somatiques et psychiatriques causées par le trouble de l'usage de substances (Couteron, 2022).

Il existe également d'autres services d'hospitalisation complète comme les services de soins médicaux et de réhabilitation (SMR) qui offrent un accompagnement permettant de « prendre en charge » les répercussions physiques, psychologiques et sociales de leur addiction (Groupe UGECAM, s. d.).

Il existe également des équipes hospitalières dites de « liaison », appelées les Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Ces équipes travaillent en collaboration avec des « unités de consultation », et le « réseau ville-hôpital », facilitant la cohérence du dispositif de soins (Karas et Dupouy, 2017).

Enfin, il existe l'hospitalisation de jour en addictologie.

3.2 L'hospitalisation de jour en addictologie

3.2.1 Définition et fonctionnement de l'Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA)

L'hospitalisation de jour en addictologie est une des branches de la filière hospitalière en addictologie (Mathurin, 2008). L'HDJA est décrite comme une porte d'entrée de soins en addictologie (Mathurin, 2008). C'est une hospitalisation parfois indiquée comme alternative à l'hospitalisation complète (Menecier et al., 2019).

Les patients en hospitalisation de jour sont pris en charge afin de répondre à un besoin « d'accompagnement plus intensif qu'un accompagnement en consultation simple » (Gomet et al., 2024). De plus, cela leur offre un accompagnement tout en les maintenant dans leur environnement de vie (Gomet et al., 2024). Ainsi, l'accompagnement en HDJA ne repose pas seulement sur « des consultations mais propose un accompagnement incluant également des programmes thérapeutiques pluridisciplinaires, permettant de répondre aux besoins du patient » (Gomet et al., 2024).

L'accompagnement en HDJA permet un maintien avec l'environnement de la personne. Cela présente différents intérêts pour le patient. En évoluant dans son environnement écologique, le « patient est exposé aux produits » (Gomet et al., 2024). Gomet et al. (2024) expliquent que

cette proximité entre l'utilisateur et la substance permet à l'équipe pluridisciplinaire d'accompagner le patient sur une problématique qu'il ne rencontre pas en hospitalisation complète (Gomet et al., 2024).

Ainsi l'HDJA est un type d'hospitalisation qui favorise le développement de ressources internes et externes disponibles dans son milieu de vie (Gomet et al., 2024). Le développement de ces ressources permet à la personne de pouvoir s'appuyer dessus lorsque celle-ci est en difficulté. Gomet et al. (2024) mettent en avant notamment la possibilité de développer les ressources familiales.

De plus, le maintien dans l'environnement permet également de soutenir les attaches familiales, professionnelles et sociales afin de favoriser l'inclusion sociale (Gomet et al., 2024).

De manière globale, l'HDJA offre plusieurs opportunités au patient. Il permet de proposer un accompagnement centré sur le maintien ou la reprise de l'activité professionnelle et sociale comme des activités associatives ou de loisir (Gomet, 2024). Nous pouvons donc mettre en lien l'objectif de l'HDJA avec la possibilité d'offrir un accompagnement en faveur d'une participation occupationnelle à différents types d'activités comme les activités de production ou encore les activités de loisirs. De plus, cette hospitalisation de jour est réalisée en faveur de l'autonomie du patient. Le but de cette hospitalisation étant d'offrir une indépendance en limitant « l'institutionnalisation et la chronicisation des troubles » (Gomet et al., 2024).

3.2.2 Les missions de l'Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA)

L'HDJA est défini pour la première fois dans la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie (Mathurin, 2008). Cette circulaire permet également de préciser les missions de l'HDJA.

Dans un premier temps, l'HDJA a une mission d'évaluation et de réalisation de bilans permettant de proposer un accompagnement pouvant répondre aux besoins des patients (Mathurin, 2008).

Les HDJA ont également des missions propres aux soins réalisés en addictologie comme la réalisation des sevrages (alcool, tabac, autres substances) et l'accompagnement du patient dans ce sevrage. Cela comprend également la prévention des rechutes et la gestion des crises (Mathurin, 2008).

Enfin, les HDJA propose un accompagnement à moyen et long des patients à « problématiques multiples et sévères, psychopathologiques, somatiques et sociales » (Mathurin, 2008).

Chaque unité d'hospitalisation de jour addictologique dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée « au minimum de la présence de praticiens, d'infirmiers, de psychologue, cadre de santé, assistante sociale, aides-soignantes, de psychologues » (Mathurin, 2008). Mathurin (2008), explique que d'autres professionnels de santé peuvent intervenir selon « l'orientation thérapeutique » comme les ergothérapeutes.

L'accompagnement peut être réalisé en groupe ou en individuel (Mathurin, 2008). Les personnes accompagnées sont des personnes présentant un trouble de l'usage de substances mais aussi leur entourage (Menecier et al., 2019). Les HDJA peuvent proposer différents programmes, tel que : des groupes de parole, de l'éducation thérapeutique, de la remédiation cognitive (Menecier et al., 2019).

Les accompagnements individuels peuvent être réalisés par les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire que nous avons cités précédemment (Menecier et al., 2019). De plus, il est important de savoir que « chaque activité énoncée en groupe peut se décliner en individuel, avec certains avantages liés à l'adaptabilité au seul patient rencontré » (Menecier et al., 2019).

3.3 L'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de substances : la place de l'ergothérapie

3.3.1 Les approches thérapeutiques des équipes pluridisciplinaires en addictologie

Selon la définition de l'OMS concernant l'addiction est une « affection cérébrale chronique récidivante » (MILDECA, 2021). L'approche thérapeutique se concentre donc non pas sur la « guérison » de cette maladie mais sur une approche centrée sur « le traitement des symptômes de la maladie, la prévention de sa progression et des rechutes » (Camus et al., 2025). Cet accompagnement est donc réalisé sur le « long cours » (Laqueille et Liot, 2009). Plusieurs objectifs à plus ou moins court terme sont établis concernant cet accompagnement. Fatséas & Auriacombe (2009) évoquent notamment, dans un premier temps, : l'arrêt de la consommation, mais également, le maintien dans la durée de cet arrêt (Fatséas et Auriacombe, 2009). Ils expliquent également que l'objectif à long terme est de prévenir les rechutes (Laqueille et Liot, 2009). Cependant, il est important de mettre en évidence que, pour la mise en place d'objectifs qu'une alliance thérapeutique est primordiale (Fatséas et Auriacombe, 2009). Pour ce faire, le professionnel peut aborder certaines notions et enrichir les connaissances du patient sur les troubles addictifs. Cette démarche permet de « définir et expliquer les objectifs thérapeutiques » (Fatséas et Auriacombe, 2009) tout en consolidant l'alliance thérapeutique.

Le sevrage est la première étape que nous retrouvons fréquemment dans le processus de soins

en addictologie. Laqueille et Liot (2009) rappellent que le sevrage, fait partie de l'approche thérapeutique, néanmoins il n'est qu'une étape (Laqueille et Liot, 2009). L'accompagnement est global, et se réalise à partir d'une démarche de changement progressif (Fatséas et Auriacombe, 2009).

En effet, l'abstinence est parfois décrite comme une démarche intégrée dans un processus de changement. C'est cette abstinence qui serait une des premières phases du processus de changement (Camus et al., 2025).

L'accompagnement est global car le trouble de l'usage de substance est multifactoriel (Fatséas et Auriacombe, 2009). La prise en soin est donc médico-psycho-sociale et associée à différentes approches correspondant à l'ensemble de ces domaines (Fatséas et Auriacombe, 2009). L'approche peut être pharmacologique, que cela soit pour un traitement de substitution ou dans le cadre de comorbidités psychiatriques associées (Laqueille et Liot, 2009).

Les approches psychothérapeutiques sont également mises en avant. Une de ces thérapies est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), facilitant l'identification puis la modification de certains comportements et schémas de pensée (Laqueille et Liot, 2009).

L'entretien motivationnel est également fréquemment utilisé avec les personnes présentant un trouble de l'usage de substances. En effet, ce type d'entretien reprend les principes des théories du changement (Fatséas et Auriacombe, 2009).

Une approche souvent évoquée dans l'accompagnement du trouble de l'usage de substances est l'approche systémique. Cela permet d'intervenir de manière globale et de travailler sur les éléments qui pourraient favoriser le maintien d'un trouble de l'usage de substances au sein du système familial (Fatséas et Auriacombe, 2009).

Enfin, l'approche éducative et sociale est évoquée comme nécessaire face « aux changements de style de vie du patient » dans le cadre d'un accompagnement pour un trouble de l'usage de substances (Fatséas et Auriacombe, 2009). Cette approche est décrite comme complémentaire à l'approche médicale et psychothérapeutique (Laqueille et Liot, 2009). Elle vise notamment à favoriser l'autonomie et la réinsertion de la personne (Laqueille et Liot, 2009). Cette approche prend donc en compte d'autres aspects que la « rémission symptomatique ». Cela peut se rapporter à l'approche du rétablissement. En effet, cette approche met en avant un objectif global qui comprend désormais « le réengagement dans une vie active et sociale choisie, ce qui implique une nouvelle hiérarchie des priorités » (Jouet et Vergnas, 2024).

3.3.2 Le rétablissement par la réhabilitation psychosociale

Le rétablissement est avant tout un concept conçu par les usagers eux-mêmes comme

« une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent » (Franck, 2021). Caria et Saget (2025) définissent le rétablissement comme le fait « d'apprendre à composer avec la maladie, afin de trouver un équilibre satisfaisant pour soi » (Caria, et Saget, 2025). Favrod et al. (2012) évoquent avant tout le rétablissement comme un état de bien-être (Favrod et al, 2012). Le rétablissement est perçu comme un processus comprenant 4 étapes (Jouet et Vergnas, 2024). Ces étapes comprennent : croire en soi et exprimer un sentiment d'efficacité personnelle, avoir un sentiment de contrôle de sa vie et de sa maladie (Jouet et Vergnas, 2024). Favrod et al. (2012) mettent en avant que l'espoir, la redéfinition de son identité, l'élaboration de nouveaux projets et la gestion de différentes responsabilités sont essentiels dans le processus de rétablissement (Favrod et al, 2012).

D'autres auteurs mettent en avant trois types de rétablissements nécessaires pour favoriser le rétablissement personnel. Cela comprend le rétablissement clinique, c'est-à-dire symptomatique, le rétablissement social et le rétablissement fonctionnel (Franck, 2021). L'ensemble de ces rétablissements converge vers le rétablissement personnel mettant en avant notamment le bien-être et la projection future (Franck, 2021). D'après l'ensemble de ces définitions, le rétablissement est personnel et global, il prend en compte une multitude de dimensions. À ce jour, il existe une modalité de soin qui possède des interventions thérapeutiques orientées vers le rétablissement : c'est la réhabilitation psychosociale (Peyron et al., 2024).

Depuis le 11 janvier 2019, le gouvernement français promeut une « organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale » (Courreges et Fourcade, 2019). L'extension de ce type de soins vise à favoriser le rétablissement et l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble psychique induisant un handicap psychique (Courreges et Fourcade, 2019).

La réhabilitation psychosociale propose de réaliser un schéma de soin personnalisé et individualisé, les objectifs étant rédigés par la personne elle-même (Peyron et al., 2024).

La réhabilitation psychosociale en addictologie se centre sur un accompagnement global de la personne, prend en considération son rétablissement. Ainsi l'accompagnement ne se limite pas à la « réduction à la consommation de produits et aux conséquences fonctionnelles du comportement » (Peyron et al., 2024).

La réhabilitation psychosociale propose différents outils tels que « la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale, l'entraînement des compétences sociales et les thérapies psychocorporelles ou encore la remédiation cognitive » (Franck, 2021). Elle comprend également la mise en place d'un « case management » (Franck, 2021). En réhabilitation

psychosociale, différentes dimensions sont abordées comme la dimension spirituelle, la déstigmatisation (Peyron et al., 2024).

Pour accompagner la personne dans ce parcours de soin, une équipe pluridisciplinaire est déployée (Franck, 2021). L'ergothérapeute s'inscrit à ce jour comme un acteur dans l'approche de réhabilitation psychosociale en addictologie, proposant une intervention orientée vers le rétablissement (Peyron et al., 2024).

3.3.3 Rôle et modalités d'intervention de l'ergothérapeute en addictologie

Comme tous les autres professionnels intervenant en addictologie, l'ergothérapeute s'inscrit dans une démarche de soins visant la réduction des conséquences néfastes de l'addiction (Vignola-Mir et al., 2017). C'est dans ce cadre que l'ergothérapeute vise à améliorer la qualité de vie de ces personnes, à prévenir et à accompagner les personnes en cas de rechute (Doğu, et Özkan, 2023). L'ergothérapeute intervient de manière globale.

Il est un acteur essentiel en addictologie car le rétablissement ne se limite guère à l'arrêt de consommation de substances mais repose également sur la capacité pour la personne à s'engager dans de nouvelles occupations (Doğu et Özkan, 2023). Il promeut tout d'abord l'intégration communautaire de l'individu ce qui favorise sa participation occupationnelle (Cruz, 2019). En effet, Cruz, (2019) démontre que les personnes addicts ont adopté des activités « non saines » (Cruz, 2019). L'ergothérapeute va donc devoir s'appuyer sur le processus de changement.

Tout d'abord, l'ergothérapeute va proposer « d'évaluer l'autonomie, la qualité de vie, les ressources et les répercussions fonctionnelles et évaluer les stratégies de motivation » (Doğu et Özkan, 2023 ; Peyron et al., 2024). Ainsi son intervention portera notamment sur la gestion des difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne, notamment les répercussions du trouble de l'usage sur l'hygiène, la planification, et la réalisation des courses et des repas, la gestion du budget, la réalisation de loisirs ou encore la communication avec les pairs (Vignola-Mir et al., 2017). L'ergothérapeute va pouvoir cibler les priorités et les intérêts de la personne, afin de réaliser son intervention à partir de ces éléments (Clarey et Felstead, 1990 ; Vignola-Mir et al., 2017).

Dans un premier temps, l'ergothérapeute peut proposer une participation et s'engager dans différentes activités au sein de l'hôpital, cela peut être des activités sportives, expressives comme du théâtre (Doğu et Özkan, 2023). D'autres activités thérapeutiques peuvent être proposées, telles que des jeux de société, des activités manuelles, artistiques (Clarey et Felstead, 1990). Ces activités sont proposées en début de prise en soin afin notamment de favoriser

l'engagement, et de développer les capacités motrices et cognitives atteintes à cause de la consommation de substances (Clarey et Felstead, 1990). L'ensemble des activités proposées doit avoir du sens pour la personne. En effet, selon Vignola-Mir et al. (2017), la réalisation d'activités significatives encourage la recherche de plaisir, améliore l'estime de soi et vise à lutter contre le « vide occupationnel » (Vignola-Mir et al., 2017). Wasmuth et al. (2014) montrent également que la réalisation de ces différentes médiations réalisées entre pairs développe le lien entre ceux-ci, soutenant ainsi le rétablissement (Wasmuth et al., 2014).

Parallèlement, l'ergothérapeute peut proposer à la personne d'intervenir plus particulièrement sur ses activités de la vie quotidienne. La participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage est principalement liée à la consommation de drogues. Cruz, T. (2019) souligne que l'ergothérapeute peut mettre en place une intervention qui vise à remplacer l'engagement des occupations lié à la drogue par d'autres occupations. Vignola-Mir et al. (2017) expliquent en effet que l'ergothérapeute doit encourager la reprise d'activités significatives en faveur de l'autonomie de la personne. L'ergothérapeute peut agir sur la participation occupationnelle de manière globale. Cependant, il peut également proposer une intervention focalisée sur une des sphères d'occupation comme sur les activités de loisirs. En effet, l'engagement dans de nouvelles activités de loisirs est source de motivation et de plaisir et favorise le processus de changement (Ryan et Boland, 2021). Afin de favoriser cette participation occupationnelle et l'engagement dans de nouvelles activités, l'ergothérapeute a à sa disposition divers outils comme la liste d'intérêts, (outil issu du MOH), permettant à la personne d'identifier de nouvelles activités significatives (Vignola-Mir et al., 2017).

L'ergothérapeute doit favoriser la reprise de rôles significatifs (Vignola-Mir et al., 2017). Il peut intervenir pour favoriser l'investissement de différents rôles comme celui de parent ou encore celui de travailleur.

Pour favoriser l'engagement dans les activités productives, l'ergothérapeute peut proposer la réalisation de CV ou encore la recherche d'emploi (Ryan et Boland, 2021). Nous pouvons ainsi faire le lien avec la reprise d'activité de production et l'appartenance à un nouveau rôle : celui de travailleur. En favorisant la reprise d'activités de production, l'ergothérapeute permet à l'utilisateur d'exercer des tâches correspondant à un nouveau rôle.

Barrett (2023) explique que les ergothérapeutes peuvent intervenir dans le retour à l'emploi des personnes ayant un trouble de l'usage de substances. Pour cela, l'ergothérapeute peut effectuer des évaluations, notamment, concernant ses capacités cognitives, motrices en lien avec la

reprise du travail (Barrett, 2023). Afin que l'utilisateur puisse investir ce rôle de travailleur, l'ergothérapeute doit être vigilant et sensibiliser l'utilisateur sur l'importance de la progressivité des responsabilités qu'il doit tenir (Barrett, 2023). Enfin, l'ergothérapeute doit également veiller à sensibiliser l'utilisateur sur l'importance de l'assiduité et peut l'accompagner si nécessaire dans la gestion du temps (Barrett, 2023).

L'ergothérapeute peut également accompagner les personnes avec un trouble de l'usage de substances dans l'investissement de leur rôle parental comme le précise Knis-Matthews (2010). Selon lui, l'ergothérapeute peut accompagner les personnes avec un trouble de l'usage de substances grâce à des interventions de groupes où il questionne les usagers sur leurs responsabilités parentales (Knis-Matthews, 2010).

Plusieurs auteurs s'accordent et mettent en évidence que l'ergothérapeute doit favoriser le développement de nouvelles habitudes pour les personnes présentant un trouble de l'usage de substances (Vignola-Mir et al., 2017 Cruz, T, 2019). Pour cela, il peut proposer de créer de nouvelles routines signifiantes (Ryan et Boland, 2021). Afin que la personne puisse investir l'accompagnement ergothérapique, l'ergothérapeute peut créer des objectifs à court, moyen et long terme (Doğu et Özkan, 2023). Selon les objectifs établis par la personne, il peut proposer diverses modalités d'intervention, comme des entretiens individuels, des séances de groupe, des visites à domicile ou encore des mises en situation (Vignola-Mir et al., 2017).

III. Problématisation et présentation des hypothèses de recherche

Le trouble de l'usage de substances est le diagnostic médical lié à une addiction d'un produit psychoactif. L'addiction quant à elle correspond à une affection cérébrale qui met en jeu les circuits de récompense (INSERM,2017). Ce système de récompense activé par la consommation des produits va renforcer ce comportement de consommation.

Ainsi, il est possible d'observer un engagement excessif pour l'addiction, au détriment d'autres occupations (Wasmuth et al, 2014). Cet engagement pour l'occupation qu'est l'addiction se réalise aux dépens d'autres activités comme les activités de production, de loisirs ou de repos (Crouch et Wegner, 2014). Le trouble de l'usage de substances entraîne des répercussions sur la participation occupationnelle de la personne, définie comme « l'engagement dans des occupations situées dans un contexte socioculturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne » (Kielhofner, 2008). Les ergothérapeutes s'intéressent particulièrement à la notion de participation occupationnelle. En effet, comme énoncé dans la définition de Kielhofner (2008), la baisse de la participation occupationnelle altère le bien-être de la personne. De plus, Hammell (2015), rappelle que la participation occupationnelle est un droit et qu'il est important de contribuer positivement au bien-être de la personne (Hammell, 2015). De ce fait, l'ergothérapeute se doit de réaliser un plan d'intervention qui favorisera la participation occupationnelle de la personne (Hammell, 2017).

La participation occupationnelle est influencée par plusieurs facteurs qui peuvent favoriser ou limiter cette participation. En reprenant le MOHOST, outil d'évaluation de la participation occupationnelle, nous pouvons mettre en avant plusieurs facteurs qui influencent la participation occupationnelle (Taylor, 2017). La littérature met en avant deux facteurs principaux qui altèrent la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances. Tout d'abord, le concept d'habituatation comprenant les rôles et les habitudes de la personne. En effet, cette consommation de substances interfère notamment dans l'engagement des rôles familiaux de la personne consommatrice et également celui de travailleur (Reis et al., 2017 ; Labhart et al, 2021).

Parfois, les personnes présentant un trouble de l'usage de substances présentent un symptôme appelé « craving ». Ce craving entraîne un fort désir de consommation (Reynaud, 2016). De ce fait, cela génère chez le sujet, un besoin si important qu'il exprime une recherche permanente pour obtenir la substances (Koob et Volkow, 2010). Les habitudes de la personne sont donc directement tournées vers la recherche de substances. De plus, en considérant l'addiction

comme une occupation, c'est elle qui va définir l'ensemble des activités du quotidien de la personne consommatrice et notamment la structure temporelle de sa journée ainsi que de ses habitudes et routines (Wasmuth et al, 2014).

Enfin, la littérature met en évidence que le système familial des personnes présentant un trouble de l'usage de substances vit un bouleversement face à la consommation d'un de ses membres. Face à ce bouleversement, le système tente de retrouver une homéostasie, un équilibre (Baudin, 2023). Une fois cette homéostasie retrouvée, le système se rigidifie et les changements deviennent plus difficiles à effectuer (Angel et Angel, 2016). Le système familial est associé à l'environnement social de la personne présentant un trouble de l'usage de substances (Morel-Bracq and al 2017). Cet environnement social qu'est le système familial semble influencer l'habitude de la personne présentant un trouble de l'usage de substances. En effet, en empêchant les modifications de rôles et d'habitudes de la personne présentant un trouble de l'usage de substances, ils ne contribuent pas à favoriser la participation occupationnelle de son proche. L'ergothérapeute en addictologie peut jouer un rôle pour favoriser cette participation occupationnelle (Cruz, T., 2019). Cette étude portera exclusivement sur l'accompagnement de l'ergothérapeute en Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA), structure qui permet un accompagnement en ergothérapie tout en maintenant la personne dans son environnement écologique (Gomet, 2024). Cette structure offre un cadre propice pour intervenir directement sur l'habitude en faveur de la participation occupationnelle tout en prenant en considération l'ensemble du système familial. Ainsi nous pouvons faire émerger une problématique de recherche :

Comment l'accompagnement en ergothérapie intègre-t-il l'habitude pour soutenir la participation occupationnelle d'une personne présentant un trouble de l'usage de substances ?

L'approche hypothético-déductive nécessite la formulation d'hypothèses de recherche permettant de répondre à la problématique de recherche. La recherche souligne que l'intégration de l'habitude dans l'accompagnement en ergothérapie apparaît comme un levier pour la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances. En effet, le trouble de l'usage de substances altère à la fois les rôles et les habitudes de la personne consommatrice. Par ailleurs, le système familial influence cette habitude en soutenant ou, à l'inverse, en freinant le réinvestissement des rôles et des habitudes. Ainsi, trois hypothèses de recherche ont été formulées.

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute favorise la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances en les accompagnant sur le réinvestissement des rôles altérés par la consommation.

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute soutient la participation occupationnelle en accompagnant les personnes présentant un trouble de l'usage de substances sur la mise en place de nouvelles habitudes.

Hypothèse 3 : La prise en compte du système familial dans l'intervention ergothérapique favorise la réalisation des rôles et des habitudes, soutenant la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances.

1. Méthodologie de recherche

La réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche nécessite l'exposition de la méthodologie de recherche utilisée. Le dispositif méthodologique correspond à l'ensemble des techniques et moyens utilisés dans la collecte des données et l'interprétation de celles-ci permettant de répondre à une problématique (Sidibe, 2018). En effet, l'ensemble des choix réalisés dans le dispositif méthodologique doit permettre de répondre à la problématique de recherche et aux hypothèses de recherche construites via les données littéraires recueillies. Paquin (2014), précise que ce dispositif méthodologique met en avant les modalités de collecte des données, les outils d'analyse utilisés ainsi que les étapes du processus scientifique (Paquin, 2014). Nous allons donc exposer et justifier les choix concernant la méthode et l'approche adoptées ainsi que les techniques et outils utilisés.

2. La méthode qualitative

La méthode et son choix sont des éléments indispensables pour réaliser une recherche. Selon Van Campenhoudt et al (2017), la méthode permet dans un premier temps de récolter les données, de les mettre en relations puis de comparer les résultats obtenus et les résultats attendus, c'est-à-dire les résultats recueillis grâce à la littérature (Van Campenhoudt et al., 2017). Une comparaison est effectuée et met en avant les liens entre les résultats obtenus et les résultats attendus. Cela permet en outre de rendre visibles les convergences et les divergences (Van Campenhoudt et al., 2017). Dans la présente recherche, nous ferons appel à l'approche qualitative plutôt qu'à l'approche quantitative. Contrairement à l'approche

quantitative, qui cherche à quantifier ou à mesurer, l'approche qualitative consiste quant à elle à récolter le plus souvent des données verbales (Aubin-Auger et al., 2008).

Cette méthode qualitative offre la possibilité d'examiner en détail certaines données comme des concepts, des phénomènes ou encore des variables (Van Campenhoudt et al., 2017). Dans cette perspective, l'obtention des données empiriques qualitatives est issue de différentes sources, notamment des observations, des analyses de documents, des entretiens, ainsi que des supports visuels tels que des images ou encore des vidéos (Kohn et Christiaens, 2015). D'après Kohn et Christiaens (2015), la recherche qualitative permet de rassembler une multitude de données et de comprendre plus « intimement le sujet d'étude » (Kohn et Christiaens, 2015). De ce fait, la méthode qualitative cherche essentiellement à déchiffrer la signification des actions et des phénomènes sociaux en se focalisant sur les interprétations fournies par les acteurs concernés. Effectivement, comprendre signifie « saisir le sens de l'action humaine et sociale, principalement celui que leur donnent les acteurs eux-mêmes » (Van Campenhoudt et al., 2017). Dans le cadre de notre étude portant sur la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances vivant au sein de leur système familial, nous nous intéressons plus particulièrement à l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès de cette population en faveur de leur participation occupationnelle. Ce sujet nécessite une analyse de l'expérience et de la pratique de l'ergothérapeute obtenue avec des données qualitatives (Aubin-Auger et al., 2008). L'obtention des données récoltées auprès des ergothérapeutes exerçant dans un hôpital de jour en addictologie (HDJA) permettra de pouvoir valider ou non les hypothèses de recherche et ainsi répondre à la problématique de recherche.

3. Population ciblée

3.1 Les critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion permettent d'identifier des participants susceptibles de fournir des données empiriques qui nous aideront à valider ou non nos hypothèses de recherche.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à des ergothérapeutes titulaires d'un Diplôme d'Etat en Ergothérapie (DE). Les ergothérapeutes pourront nous transmettre des informations concernant leurs pratiques professionnelles incluant les méthodes, modalités, outils employés. Pour disposer des données empiriques centrées sur notre sujet, nous porterons attention plus particulièrement aux ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé dans un hôpital de jour en addictologie (HDJA) français. Cela nous permettra récolter des données empiriques concernant la pratique de l'ergothérapeute dans ce type d'établissement spécifiquement. Finalement, il

serait judicieux d'obtenir des données empiriques provenant d'ergothérapeutes (DE) qui mettent en œuvre le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) dans leurs pratiques professionnelles. Effectivement, ce modèle conceptuel met en avant la notion de participation occupationnelle et d'habitation, notions exploitées dans cette recherche.

3.2 La prise de contact

La prise de contact avec les ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion a principalement été effectuée par téléphone et par mail.

Une première recherche des hôpitaux de jour en addictologie (HDJA) via internet a été réalisée. Tous les hôpitaux de jour en addictologie (HDJA) ne possédant pas de poste d'ergothérapeute, un premier tri a été effectué afin de sélectionner uniquement ceux qui en possède un. Dans un second temps, les adresses mails des ergothérapeutes étant rarement communiquées sur les sites internet des HDJA, une première prise de contact a été effectuée auprès des secrétariats. Ces appels ont facilité la communication des adresses mails des ergothérapeutes. Ensuite, un mail de recrutement (Annexe III) leur a été transmis. Ce mail a reçu des réponses favorables de la part de trois ergothérapeutes. Ces ergothérapeutes constituent ainsi l'échantillon de la recherche.

3.3 La présentation des échantillons

L'échantillon de la recherche comprend trois ergothérapeutes. Elles ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion définis précédemment. L'échantillon permet notamment au chercheur de le guider dans l'interprétation des résultats de la recherche (Savoie-Zajc, 2007). Deux formats d'entretiens ont pu être menés : en visioconférence et par appel téléphonique. Pour garantir la confidentialité des ergothérapeutes, chacune sera identifiée sous le critère E1, E2, E3.

Echantillon : population interrogée	Nomination	Format de l'entretien	Lieu d'exercice
Ergothérapeute 1	E1	Visioconférence d'une durée de 1h21	HDJA
Ergothérapeute 2	E2	Appel téléphonique, d'une durée de 26 minutes 15 secondes	HDJA
Ergothérapeute 3	E3	Visioconférence d'une durée de 46 minutes 42 secondes	HDJA

4. L'approche hypothético-déductive

Il existe deux types d'approches : l'approche hypothético-déductive et l'approche inductive. Pour cette recherche, nous allons privilégier l'approche hypothético-déductive. Cette approche se base sur la construction d'hypothèses de recherche. Ces hypothèses de recherche sont réalisées à partir de lectures, de rencontres, mises en évidence dans le cadre conceptuel (Lièvre, 2016). Elles seront ensuite confrontées aux conséquences de la réalité (Juignet, 2018).

Le but de ces hypothèses sera de les confirmer ou les infirmer (Juignet, 2018). En les infirmant ou les confirmant, nous allons pouvoir répondre à la problématique de recherche.

L'existence de données scientifiques concernant le sujet sélectionné a facilité l'élaboration d'une question de départ suivie d'une question de recherche. En second lieu, la question de recherche a permis de développer de nouvelles idées qui ont facilité l'élaboration d'hypothèses de recherche. Pour confirmer ou réfuter nos hypothèses de recherche, il nous faut obtenir des données empiriques auprès d'une population cible.

5. Technique de l'entretien semi-directif

Pour recueillir les données empiriques, il est essentiel de déterminer la méthode à utiliser sur l'échantillon. Différentes méthodes s'offrent à nous, comme l'observation, les questionnaires ou encore l'entretien. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéressons aux pratiques des ergothérapeutes exerçant en HDJA. L'entretien est un outil qui peut nous permettre d'interroger, de questionner et de comprendre les pratiques professionnelles permettant de valider ou non nos hypothèses de recherche et ainsi répondre à notre problématique de recherche.

Il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif (Chevalier et Meyer, 2018).

Dans le cadre d'une étude qualitative, l'entretien semi-directif est souvent privilégié. Ce type d'entretien vise à « collecter des données en interrogeant les participants par des techniques de conversation » (Kohn et Christiaens, 2015). Cette technique semble être la plus appropriée car elle permet notamment de comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des personnes interrogées en lien avec une question de recherche (Chevalier et Meyer, 2018).

Cette technique permettra d'interroger l'échantillon à travers des questions qui abordent les différents thèmes de cette recherche.

6. Outil : le guide d'entretien

Pour mener à bien l'entretien semi-directif, il est essentiel de réaliser au préalable un guide d'entretien (Annexe V). Ce guide d'entretien prend en compte les thématiques et les aborde sous forme de questions ouvertes (Chevalier et Meyer, 2018). La structure du guide d'entretien se présente cette forme : des questions générales pour en apprendre plus sur son interlocuteur, des questions générales sur le sujet. Les questions sont ensuite de plus en plus spécifiques et associées à des questions de relance afin d'approfondir le sujet (Chevalier et Meyer, 2018). La catégorisation des différents thèmes permet de valider ou non les hypothèses de recherche réalisées auparavant.

Concernant cette recherche, différentes thématiques ressortent :

- Un recueil des données concernant directement les professionnels
- Le trouble de l'usage de substances et ses répercussions
- L'altération de la participation occupationnelle des usagers de l'HDJA et l'accompagnement de l'ergothérapeute en sa faveur

Emergence du concept d'habitation et donc la notion de rôle et d'habitude :

- Le rôle de l'ergothérapeute dans le réinvestissement des rôles des usagers de l'HDJA
- Le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place de nouvelles habitudes des usagers de l'HDJA
- L'influence du système familial sur la réalisation des rôles et habitudes des personnes qui ont un trouble de l'usage de substances ainsi que l'accompagnement proposé spécifiquement sur l'environnement social de la personne par l'ergothérapeute

Pour aborder ces différentes thématiques, le guide d'entretien est structuré de cette façon : les thèmes, les critères, les indicateurs et enfin les questions ainsi que les questions de relance.

7. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche

Pour garantir une fiabilité de notre étude, il est important d'établir une méthodologie rigoureuse, et de respecter l'objectivité scientifique. Ces deux notions s'imposent au chercheur dans le cadre d'un travail de recherche. Ce terme d'objectivité est opposé au terme de subjectivité. Grossmann (2018) explique notamment l'importance de la mise à distance entre le sujet et l'objet afin de garantir l'objectivité de la recherche (Grossmann, 2018). Le chercheur se doit donc de se mettre à distance du sujet qu'il traite. Ainsi, cette objectivité nécessite de

mettre de côté certains aspects. Cela inclut notamment l'importance d'une retranscription dite fidèle des éléments qui lui sont apportés (Grossmann, 2018). L'objectivité scientifique est d'autant plus difficile à atteindre dans les recherches incluant les sciences humaines et sociales (Grossmann, 2018). Grossmann met en avant que les sciences sociales et humaines sont confrontées aux représentations humaines qu'il est difficile de mettre de côté (Grossmann, 2018).

Afin d'obtenir une objectivité dans les recherches de sciences sociales, Durkheim met en évidence que les « faits sociaux doivent être étudiés comme des choses » (Durkheim, 2005). Dans ce sens, Durkheim explique qu'il est nécessaire d'étudier ces faits sociaux de manière objective en se détachant le plus possible d'intuition et d'opinion (Durkheim, 2005). De ce fait, le chercheur doit mettre à distance ses propres idées et doit analyser les données récoltées et les comparer (Durkheim, 2005). Dans le cadre de cette recherche, le chercheur va adopter une posture impartiale pour analyser les faits sociaux qui sont interrogés (Grossmann, 2018). Il doit les analyser en se détachant de ses préjugés. Toutefois, il est important de prendre en considération que le chercheur n'est pas neutre (Grossmann, 2018). Grossmann fait référence à l'approche de Max Weber qui explique que le chercheur n'est pas neutre par le choix du sujet. De plus, son analyse des données est forcément influencée par ses valeurs (Weber, 2003). Ainsi, le choix et l'analyse par le chercheur influencent la recherche qu'il réalise.

Cette étude traite du trouble de l'usage de substances. Ce trouble entraîne des représentations sociales se reflétant directement sur les jugements, pratiques et également les interventions proposées (El Guendi, 2025). Ces représentations sociales entraînent par exemple une marginalisation des femmes consommatrices au sein des institutions. Ainsi, il est important de prendre en compte que les représentations sociales influencent également l'orientation et les choix institutionnels (El Guendi, 2025).

Au-delà des représentations sociales, le trouble de l'usage de substances est également source de stigmatisation. La stigmatisation du trouble de l'usage de substances peut être institutionnelle. Les personnes subissent alors des jugements qui vont influencer leur parcours de soin et entraver le bon déroulement des soins (Livingston, 2020). Cette stigmatisation peut également entraver la relation thérapeutique (Reyre et al., 2010). C'est notamment la perte de stabilité du fait de la rechute qui peut arriver de manière imprévue. Cela va directement influencer la relation thérapeutique et peut induire de « la défiance entre le soignant et le soigné » (Reyre et al., 2010). De plus, il est important de prendre en compte la moralisation que peut porter le soignant vis-à-vis de la personne présentant un trouble de l'usage de substances.

Cela peut par exemple être le cas pour la prescription d'un traitement qui ne doit en aucun cas manipuler ou punir l'utilisateur (Bouthillier et al., 2009). Le soignant doit ainsi favoriser l'autonomie du patient en excluant toute « relation de pouvoir ou de moralisation » (Bouthillier et al., 2009).

Pour conduire cette recherche à bien, le chercheur se doit de respecter certains prérequis en termes d'éthique pour une recherche scientifique (Martineau, 2007). Cela inclut dans un premier temps la recherche d'une conduite la plus objective vis-à-vis du sujet traité au sein de cette recherche (Martineau, 2007). D'autre part, le chercheur se doit de respecter les personnes, cela induit notamment « le respect de la dignité, mais également le respect de la vie privée et de la confidentialité » (Martineau, 2007). Pour cela, un formulaire de consentement libre et éclairé a été rédigé et transmis en amont aux différents ergothérapeutes interrogés (Annexe IV). Ce formulaire comprend notamment l'accord pour la réalisation d'un enregistrement de l'entretien et une destruction de l'intégralité de ces données après le traitement de ces données en fin de recherche. Ce formulaire garantit également une confidentialité et un anonymat des participants ainsi qu'une liberté de se retirer de l'étude à tout moment sans avoir besoin de se justifier.

IV. Présentation et analyse des résultats

1. Processus d'analyse qualitative

Après avoir obtenu des données empiriques, il est nécessaire de les analyser afin de « tirer des conclusions » (Kohn et Christiaens, 2015). Cette analyse est d'autant plus importante pour la recherche qu'elle permet de mettre en évidence des correspondances entre les résultats attendus (inscrits sous forme d'hypothèses de recherche) et les résultats observés (Van Campenhoudt et al., 2017). De plus, cette analyse permet de faire émerger de nouveaux éléments apportant ainsi au chercheur de nouvelles pistes de réflexion (Van Campenhoudt et al., 2017).

Plusieurs étapes sont nécessaires pour réaliser cette analyse. Dans un premier temps, l'intégralité des propos doit être reconstitué, permettant de remettre en forme la structure et la dynamique des informations données (Van Campenhoudt et al., 2017). Cette retranscription nécessite l'autorisation préalable quant à l'enregistrement de l'entretien. Dans un second temps, les données empiriques sont « préparées » (Van Campenhoudt et al., 2017). Cette préparation vise à segmenter les éléments du discours recueillis, les données sont alors regroupées par catégories. Par la suite, les données catégorisées sont présentées sous la forme d'une grille d'analyse (Annexe VI). Enfin, l'ensemble des données sont comparées. Pour cela, deux types d'analyse peuvent être utilisées. L'analyse verticale, par entretien, vise à réaliser une analyse individuelle de chaque entretien effectué auprès des ergothérapeutes en suivant la grille d'analyse. Cette première analyse a permis d'analyser « de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité » (Van Campenhoudt et al., 2017). Une deuxième analyse a été effectuée, une analyse dite horizontale. Elle consiste à analyser « différents points de vue traitant d'un même sujet » (Van Campenhoudt et al., 2017). Pour cela, le chercheur compare les entretiens selon un même critère (Deslauriers, 1987). Ainsi, chaque entretien réalisé auprès des ergothérapeutes a été analysé et comparé selon les six thématiques afin d'identifier des convergences ou des divergences. L'ensemble de ces analyses permet de valider ou réfuter les hypothèses de recherche. Enfin, cette analyse horizontale, grâce à la mise en relation des données observés et attendus, a permis de faire émerger de nouvelles « explications non perçues au départ » (Van Campenhoudt et al., 2017). Cela permet dans un second temps de suggérer de nouvelles pistes de réflexion concernant cette recherche.

2. Analyse verticale

La première personne interrogée (E1), a été diplômée (DE) en 2017, à la suite d'une reconversion professionnelle. Elle travaille depuis 3 ans et demi en addictologie au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), plus particulièrement en Hôpital de Jour (HDJ).

Le public accueilli correspond à « des adultes, disons, de 18 à 75 ans » (E1, 2026). Ces personnes accueillies au sein de l'HDJA présentent différents troubles de l'usage. En effet ce sont « des personnes qui, effectivement, ont des troubles d'usage d'alcool, de tabac, [...] de cannabis, cocaïne, héroïne » (E1, 2026). Certaines personnes ont également des « troubles du comportement donc sans produit, jeux d'argent, jeux en ligne, jeux vidéo un petit peu, et effectivement du chemsex également » (E1, 2026).

E1 met en avant que le trouble de l'usage de substances a de multiples conséquences. Elle évoque trois aspects : « on va avoir des impacts aussi bien psychiques, somatiques, on va avoir des impacts après sur, [...], tous les grands domaines de vie quotidienne » (E1, 2026). Lors de l'entretien, elle explique « qu'une grosse partie de nos patients ont des problématiques psychiatriques associées » (E1, 2026). Concernant l'impact somatique, elle souligne que ces répercussions peuvent être à la fois aussi bien « d'ordre [...] motrice que cardiaque » (E1, 2026). Enfin, pour les répercussions sur la vie quotidienne, elle décrit notamment des répercussions « sur le travail, les loisirs et les relations » (E1, 2026). Elle met en avant globalement une altération de la participation occupationnelle des personnes avec un trouble de l'usage de substances, même si cela dépend des individus : « il y a une altération [...] même s'il y a une partie des personnes qui considèrent qu'il n'y a pas d'altération » (E1, 2026). Elle explique alors que cela « va dépendre d'où elles en sont dans leur stade de changement et quelles sont les pathologies, associées » (E1, 2026). Elle expose que l'apathie et l'aboulie entraîne un désinvestissement dans les activités. D'une part, l'aboulie est décrite comme une difficulté ou impossibilité de l'exercice de la volonté, notamment dans le passage à l'action, avec tendance à différer celle-ci » (Delage, 2020). D'autre part, l'apathie est décrite comme « l'insensibilité, indifférence, absence de réaction aux stimulus habituels, acceptée sans inquiétude par un patient dont les intérêts intellectuels sont amoindris à des degrés variables » (Delage, 2020)

La participation occupationnelle est décrite comme atteinte car certains usagers accompagnés « ont des activités vraiment très altérées, [...] parce qu'ils font le minimum du ménage, de l'hygiène personnelle, de la cuisine, ils n'ont plus d'activités de loisirs, les activités relationnelles sont très réduites » (E1, 2026). Elle définit la participation occupationnelle comme « la manière dont la personne appréhende ses activités, s'investit dans ses activités » (E1, 2026). Au

quotidien, E1 utilise davantage le concept d'équilibre occupationnelle qu'elle utilise pour favoriser la participation occupationnelle.

E1 identifie plusieurs freins à la participation occupationnelle aussi bien « physiques que psychiques que relationnelles, enfin, l'environnement, aussi bien sûr, » (E1, 2026). Elle souligne également l'influence de certains symptômes comme : « le manque d'envie, l'inertie [...] entraînant des difficultés à pouvoir s'engager dans l'activité » (E1, 2026). L'environnement est également décrit comme freins, en effet, elle met en évidence « une pauvreté d'entourage et des difficultés relationnelles » (E1, 2026). E1 démontre que les personnes qu'elle accompagne sont généralement « isolées, donc, c'est parfois, difficile de pouvoir initier des activités seules » (E1, 2026). Elle souligne également « l'environnement physique aussi, il va jouer, » notamment « l'isolement géographique » (E1, 2026). Afin de favoriser la participation occupationnelle des patients de l'HDJA, E1 propose des interventions individualisées à partir d'objectifs que l'utilisateur exprime : « déjà, on se disait de pouvoir accompagner les personnes de manière individuelle sur eux les objectifs qu'ils ont pu dégager parce que ça arrive souvent qu'il y en ait qui ont envie de choses assez précises, donc d'essayer de répondre à la demande à la mesure près » (E1, 2026). Ces interventions peuvent être « des conseils, des techniques, essayer de mettre en situation [...] et également des visites à domicile » (E1, 2026). Concrètement, cela peut porter sur les séances « Co-Op », la gestion du temps [...] et réfléchir à la mise en place d'un planning » (E1, 2026). Elle explique également utiliser « différents outils pour l'équilibre et l'inventaire de l'équilibre occupationnel » (E1, 2026). Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est également proposé par E1 et s'intéresse à la personne et à sa participation dans ses activités et notamment au concept d'équilibre occupationnel. Elle explique que dans ce programme il y a « trois séquences qui s'intéressent vraiment à la personne et à ses activités [...] et à la première, on travaille avec l'équilibre occupationnel » (E1, 2026). E1 expose que des groupes sont formés pour une « remédiation cognitive et des mises en situations » (E1, 2026). E1 nous précise s'inscrire dans une équipe pluridisciplinaire permettant de « mélanger pleins de pratiques, et puis de tendre vraiment vers l'interdisciplinarité. »

Lorsque nous questionnons E1 sur l'habituatation, elle décrit prendre en compte à la fois les rôles et les habitudes des usagers. Au cours de la prise en soin, la notion de rôle est abordée avec les usagers. Elle explique que les rôles les plus fréquemment perdus sont ceux de travailleur, parent et conjoint : « certains disent qu'ils ont perdu leur rôle de parent parce qu'on leur a retiré la garde, [...] et celui de travailleur, [...] le rôle de compagnon et de compagne, aussi, parce que ce sont souvent des rôles qui sont très mis en difficulté par les consommations, tout

simplement » (E1, 2026). Elle souligne que ce sont donc « souvent des rôles qui sont mis à mal » (E1, 2026). E1 rappelle que cette notion de rôle est « associé au processus de réhabilitation psychosociale où on permet à la personne de gagner, de récupérer la meilleure qualité de vie possible » (E1, 2026). Lors de l'accompagnement, E1 sensibilise les usagers de manière individuelle sur la corrélation entre la participation aux activités et les rôles qui y sont associé : « j'essaie de leur expliquer que nos activités induisent nos rôles et inversement » (E1, 2026). Cela se fait en collaboration avec une collègue sur le « réinvestissement des activités, de loisirs ou de bénévolat » (E1, 2026).

E1 met en avant que « la question de la routine, je la pose systématiquement lors du bilan d'entrée » (E1, 2026). Cette prise en compte des habitudes est donc décrite plutôt sous la forme de routine en leurs posant principalement deux questions : « Est-ce que leur routine leur permet de faire tout ce qu'ils doivent faire, tout ce qu'ils veulent faire ? [...] Et ensuite, est-ce qu'ils sont satisfaits de leur routine ? » (E1, 2026). Cette notion d'habitude est définie par E1 comme « des habitudes qui se répètent, qu'elles soient très ritualisées ou pas, le fait d'avoir des activités quotidiennes ou alors des activités plus à distance, la notion de répétition » (E1, 2026). Elle considère que consommer des produits est une activité entraînant une routine. E1 souligne que « c'est une routine de dire, je vais aller à tel endroit, je vais acheter mon produit, je vais rentrer chez moi, je vais le consommer, il me faut ça » (E1, 2026). Cependant, « cette routine délétère de consommation entraîne des lever très tard, des nuits déstructurées, ne pas sortir de chez eux, de manger du tout prêt » (E1, 2026). E1 aborde avec les usagers des « routines, entre guillemets, positives, vertueuses, ou du moins qui satisfait la personne » (E1, 2026). Face à ces routines déstructurées, E1 propose des séances individuelles avec la mise en place d'un planning par semaine ou mois en y intégrant des activités importantes pour essayer « de se fixer des objectifs simples, un peu SMART » (E1, 2026). En parallèle E1 propose à l'utilisateur d'identifier les activités ressources et celles qu'il aimerait intégrer dans son emploi du temps. L'ensemble de cet accompagnement permet à la personne de tendre vers « leurs journées idéales » (E1, 2026). Toutes ces activités sont réalisées dans un contexte environnemental. Certains usagers ont un entourage, qui peut être « aidants » même si E1 nuance : « on sent qu'il y a parfois des conflits avec les proches » (E1, 2026). E1 précise que les usagers eux-mêmes verbalisent « que les membres de leur entourage ne comprennent pas la problématique addictive » (E1, 2026). Pour répondre à cette difficulté, l'ensemble de l'équipe propose des « groupe d'aidants, où l'on transmet des connaissances à la personne qui a une problématique addictive, pour qu'elle puisse transmettre à l'aidant ou à l'aidante » (E1, 2026) des connaissances.

La deuxième personne interrogée (E2) est diplômée (DE) en Belgique. Elle travaille maintenant depuis 2 ans et demi en psychiatrie. A ce jour, elle occupe un poste dans un hôpital de jour en addictologie (HDJA) depuis 1 an et demi. Elle explique que pour être accueilli : « la seule condition, c'est d'avoir un trouble de l'usage à l'alcool ou à la cocaïne. » (E2, 2026) E2 précise que les profils sont variés : « on accompagne des gens, soit pour de la réduction des risques, soit ceux qui ont besoin d'une aide au changement, soit des personnes qui ont arrêté ou qui veulent arrêter » (E2, 2026). E2 explique que le trouble de l'usage de substances a « énormément de répercussions » (E2, 2026) Elle souligne notamment que le trouble de l'usage de substances « efface toute la sphère de leur quotidien » (E2, 2026). Elle évoque également que le type et la quantité de substance peut avoir des répercussions : « en fonction de la consommation, de la quantité qu'ils consomment, pendant combien de temps, il y a des répercussions sur la santé » (E2, 2026).

Lors de l'entretien, E2 met en évidence que les personnes avec un trouble de l'usage de substances ont généralement « perdu leur travail, perdu leur famille » (E2, 2026). Enfin, E2 explique que le trouble de l'usage de substances peut également engendrer des troubles cognitifs : « il y a peut-être des troubles cognitifs qui se sont déclenchés » (E2, 2026).

En évoquant avec elle la notion de participation occupationnelle, elle déclare qu'« ici, ça a tout son sens parce qu'il y a plusieurs axes qu'on travaille dans les occupations de la vie quotidienne » (E2, 2026). En effet, elle explique que les usagers « ne prennent plus soin d'eux, ils ne vont plus se laver, ils ne vont plus ranger, ils ne vont plus s'occuper de leur ménage, ils n'arrivent plus à gérer leur temps, ils n'arrivent plus à gérer leurs tâches quotidiennes » (E2, 2026). Selon E2, la participation occupationnelle c'est aussi aborder avec eux la capacité à « s'occuper, retrouver des activités, pouvoir remplir leur temps » (E2, 2026). Elle souligne plusieurs éléments « bloquant la participation occupationnelle » (E2, 2026), notamment « le craving [...] le manque de confiance en eux » (E2, 2026). Elle cite également la pression liée aux dealers : « les dealers envoient des messages, [...] ils attendent des points stratégiques » (E2, 2026). Elle décrit également : la pression sociale, les angoisses et l'anxiété sociale qui ressurgissent sans la prise de substances (E2, 2026). Elle met également en avant la pression sociale liée à l'alcool : « au niveau de l'alcool, socialement, c'est compliqué parce que c'est une pression sociale [...] il y en a partout » (E2, 2026). Pour accompagner les personnes face à cette atteinte de la participation occupationnelle, E2 propose des interventions en groupe où différentes notions sont abordées comme « faire les courses, la cuisine, les budgets, les planifications du temps, les tâches de ménage, l'hygiène » (E2, 2026).

D'autres groupes permettent de découvrir des activités à réaliser à l'extérieur, afin de favoriser l'inclusion et la participation occupationnelle. Grâce au « groupe de sortie on va leur faire découvrir toutes les activités qu'ils peuvent faire dans la ville car ce sont des personnes qui vont s'isoler, [...] qui vont rester enfermées, qui ne vont plus vouloir sortir pour ne pas croiser un dealer » (E2, 2026). Parfois, quelques visites à domicile (VAD) peuvent être proposées notamment lors de « problématiques liées à la cuisine ou la préparation des repas » (E2, 2026). En évoquant le concept d'habitation et la notion de rôle et d'habitude, E2 nous explique davantage intervenir sur la notion d'habitudes. Pour autant, elle évoque pendant l'entretien que certains rôles sont compliqués à conserver pour les personnes présentant un trouble de l'usage de substances, notamment celui de parent : « la parentalité, c'est compliqué [...] parce qu'ils ne savent pas assumer leurs tâches parentales » (E2, 2026). Le rôle de travailleur est également parfois difficile à maintenir, les arrêts, les pertes d'emploi sont fréquentes. L'ensemble de ces problématiques est pris en compte par l'intégralité de l'équipe. Lors de l'entretien, E2 explique ne pas accompagner les personnes sur leurs rôles. Elle souligne cependant : « j'ai une collègue éducatrice spécialisée qui aborde le retour à l'emploi » (E2, 2026).

Cependant, son accompagnement est très centré sur la notion d'habitude. Elle décrit « un quotidien dicté par le produit » (E2, 2026). Ainsi, « les journées s'ancrent autour de la consommation et du produit » (E2, 2026). Face à cette problématique, la restructuration des journées est abordée en groupe : « on intervient sur les habitudes forcément, avec mes groupes » (E2, 2026). Selon E2, il est important de « restructurer » le quotidien (E2, 2026). Cela peut passer par la mise en place de chronomètre et la réalisation de petits objectifs, « surtout ne pas se mettre d'objectifs fixes énormes » (E2, 2026). Enfin, E2 met en avant l'influence du système familial « peut transparaître, [...] négatif comme positif » (E2, 2026). Elle explique qu'il peut y avoir une influence de consommation de la part de deux parties : « ça dépend si les personnes dans la famille, le conjoint ou les parents, peu importe, consomment aussi » (E2, 2026). Mais elle explique également « qu'il y a des parents qui poussent à ne pas consommer » (E2, 2026). E2 met en avant que l'entourage doit également être pris en compte : « parce que souvent, l'entourage, ils sont demandeurs aussi, d'avoir des aides pour comprendre que c'est une maladie » (E2, 2026). Elle explique que l'environnement social, la famille « peut être un levier ou un frein » (E2, 2026). Ainsi il est important de « comprendre et de prendre en compte la personne dans son entièreté ce qui permet de proposer des adaptations si besoins » (E2, 2026).

La troisième personne interrogée E3 est diplômée en ergothérapie (DE) depuis 1990. Elle travaille en psychiatrie adulte depuis plusieurs années. Actuellement, en poste sur l'Hôpital de Jour en d'addictologie (HDJA) depuis 2022. Elle intervient également au Centre Médico-Psychologique (CMP) et au Centre d'Activité Thérapeutique et de Temps de Groupe (CATTG). E3 évoque les multiples répercussions liées au trouble de l'usage de substances. Elle décrit que la principale problématique concerne l'occupation « dans le sens où le produit prend toute la place » (E3, 2026). En plus du trouble de l'usage de substances, elle met en avant que « souvent, un syndrome dépressif est associé, voire des comorbidités psychiatriques » (E3, 2026). E3 explique que la participation occupationnelle des personnes avec un trouble de l'usage de substances est altérée. Elle définit la participation occupationnelle : « comment la personne arrive à se mettre en activité [...] et comment elle est satisfaite de sa mise en activité, de ses occupations actuelles » (E3, 2026). Selon elle, la participation occupationnelle est impactée car le produit prend toute la place et « inhibe la motivation, provoque de l'ennui, des syndromes dépressifs » (E3, 2026). Elle évoque également une faible estime de soi et de confiance en soi entraînant des difficultés pour se mettre en activité : « c'est plus difficile de se faire confiance et de pouvoir se mettre en activité du coup » (E3, 2026).

Cette baisse de participation occupationnelle est également liée selon elle à la « solitude [...] et le manque de soutien » (E3, 2026). Elle explique également que l'entourage peut être un levier pour la personne présentant un trouble de l'usage de substances, ou bien un frein : « on voit que quand l'entourage est bien présent, compréhensif, par rapport à la maladie de l'addiction, c'est plus facile » (E3, 2026). Face à cette altération de la participation occupationnelle, E3 explique réaliser une évaluation fonctionnelle lui permettant « d'étudier comment se passe leur temps libre, quel est leur intérêt » (E3, 2026). E3 explique utiliser différents outils comme « la liste d'intérêt du MOH, ou des questions de l'OCAIRS » (E3, 2026). À travers l'OCAIRS, E3 questionne notamment les rôles, les valeurs des usagers, et ce qui est important pour eux. Elle propose par la suite « des visites à domicile, un accompagnement individuel ou de groupe » (E3, 2026). Elle propose « des activités créatives » en groupe ou encore des « ateliers de psychoéducation ou d'éducation thérapeutique du patient (ETP) » (E3, 2026). En évoquant avec elle la notion d'habitation, E3 nous explique tout d'abord prendre en compte les rôles de la personne via l'OCAIRS : « ça ressort quand on fait l'évaluation, là aussi, quand on aborde les thèmes famille-enfant, [...] là, il peut y avoir une plainte » (E3, 2026). Une fois les données récupérées lors de l'évaluation elle déclare : « on réfléchit ensemble [...] on en parle, on se questionne » (E3, 2026). Ainsi l'évaluation fait émerger une réflexion mutuelle avec l'usager

pour faire évoluer la situation et favoriser une plus grande satisfaction dans ces rôles. Tout ceci se réalise sous forme de « petits objectifs » (E3, 2026). De ce fait, elle déclare qu'au sein de l'HDJA ils abordent les choses par « petits pas » (E3, 2026), en avançant progressivement sur les objectifs de la personne.

Concernant les habitudes des usagers, elle décrit que « la consommation de produits empêche justement de se mettre en activité et d'être satisfait, de pouvoir faire ses habitudes » (E3, 2026). Elle met en évidence une corrélation entre la consommation et la perte d'habitude : « on peut diminuer la consommation, [...] pour que les habitudes puissent revenir » (E3, 2026). E3 met en avant que son intervention est progressive, de plus elle fait en sorte que « la consommation soit moins importante pour revenir à de nouvelles habitudes plus stables » (E3, 2026). Enfin, E3 décrit une variété de systèmes familiaux. Les personnes accompagnées peuvent être : « en couple avec des enfants » (E3, 2026). Le système familial plus élargi comprend « les frères et sœurs, les parents » (E3, 2026). E3 explique également qu'il est important de comprendre les réactions du système familial face à la consommation. Elle souligne que le système familial peut être un levier pour la personne présentant un trouble de l'usage de substances : « si le patient ou la patiente se sent compris, écouté par son système familial, c'est plus facile » (E3, 2026). Plus largement, elle met en avant que le système familial peut être un soutien pour l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. D'autre part, ce système peut également être plus instable. Elle évoque « des reproches sur les consommations », un manque de compréhension pouvant entraîner « divorce, séparation et instabilité du couple » (E3, 2026).

E3 explique que l'hôpital de jour en addictologie (HDJA) où elle travaille met en avant cette vision systémique : « au niveau de l'hôpital, on a quand même une pensée systémique ». Cette vision systémique se caractérise par une « sensibilisation de l'entourage » (E3, 2026). Elle explique tout de même, ne pas intervenir elle-même auprès de l'entourage. E3 déclare ne pas « croiser » l'entourage familial. Elle souligne tout de même lorsqu'elle intervient auprès d'une personne en couple par exemple « prendre en compte les deux » (E3, 2026).

3. L'analyse horizontale

3.1. Les répercussions du trouble de l'usage de substances

Les trois ergothérapeutes interrogées s'accordent sur le fait que le trouble de l'usage de substances entraîne « énormément de répercussions » (E2, 2026). E1 met notamment en avant « des impacts aussi bien psychiques, somatiques, [...] et sur tous les grands domaines de vie quotidienne » (E1, 2026). E2 complète en mettant en avant un impact sur l'entourage avec notamment un isolement social causé par une perte de relations amicales, de famille, entre

collègues « ils ont perdu leur travail, perdu leur famille [...] ils n'ont plus d'amis » (E2, 2026). E1, E2 et E3 expliquent également que le trouble de l'usage de substances est fréquemment associé à « des comorbidités psychiatriques » (E3, 2026).

L'ensemble des ergothérapeutes mettent en évidence que le trouble de l'usage de substances entraîne différents impacts au niveau occupationnel. E2 explique notamment que les répercussions touchent « l'ensemble des sphères du quotidien » (E2, 2026). E1 explique quant à elle que les répercussions sur le quotidien concernent plus particulièrement les « grands domaines de vie quotidienne, qu'ils soient, le travail, les loisirs, les relations » (E1, 2026). La question des temps libres est également importante à prendre en compte. Selon E2 et E3, enlever le produit signifie pour les personnes retrouver des temps libres. Cependant, cela engendre des difficultés pour identifier leurs centres d'intérêt en dehors de la consommation. E3 met en avant que dans le trouble de l'usage de substances, « le produit prend toute la place » (E3, 2026). Elle explique ainsi que le plus significatif pour la personne est le produit. Enfin, E2 rappelle que l'intensité et les types de répercussion dépendent de différents éléments notamment du type de substances, de sa « quantité » et de la durée.

3.2 La participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances

Pour l'ensemble des ergothérapeutes, la notion de participation occupationnelle fait écho avec leurs pratiques « ici, ça a tout son sens » (E2, 2026). E1 définit ce terme comme « la manière dont la personne appréhende ses activités, s'investit dans ses activités ». Pour E3 cela s'inscrit davantage dans la mise en action « comment la personne arrive à se mettre en activité [...] et sa satisfaction de sa mise en activité » (E3, 2026). E1 décrit la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage comme présentant un « désinvestissement » (E1, 2026). Elle ajoute que cette atteinte induit une « difficulté à pouvoir s'engager dans l'activité » (E1, 2026). Cette définition rejoint celle de Morel-Bracq et al (2017) qui décrit la participation occupationnelle comme « l'engagement de la personne dans l'ensemble de ses occupations » (Morel-Bracq et al., 2017).

E1, E2 et E3 affirment que la participation occupationnelle des personnes qu'elles accompagnent est altérée. E1 nuance et souligne tout de même que certaines « personnes restent actives » (E1, 2026). Elle explique que cela dépend de plusieurs modalités notamment « leur stade de changement, les pathologies qui viennent s'associer » (E1, 2026). E1 et E2 mettent en avant que l'altération de la participation occupationnelle est globale. Les trois ergothérapeutes

s'accordent sur le fait que les facteurs influençant la participation occupationnelle « sont multiples » (E1, 2026).

E3 décrit « le manque de motivation », « d'estime de soi » et de « confiance en soi » (E3, 2026), tandis que E1 suggère « le manque d'envie, l'inertie » (E1, 2026). E2 et E3 ajoutent la notion de « craving » qui va directement influencer les choix et la motivation. Ces éléments peuvent aisément être mis en lien avec le concept de volition issu du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Taylor, 2017). En effet, ces éléments renvoient directement aux causalités personnelles et influencent la motivation à agir dans son environnement (Taylor, 2017). E2 met en évidence les « comorbidités psychiatriques » comme des freins à la participation des personnes présentant un trouble de l'usage de substances. Ces éléments peuvent être mis en lien avec la capacité de performance (Taylor, 2017), dans la mesure où ils altèrent les fonctions cognitives (E2, 2026). E3 met en avant que « le produit prend énormément de place » (E3, 2026), devenant alors centrale dans la vie quotidienne de la personne. Cet élément peut être rattaché au concept d'habitude issu du MOH, dans la mesure où la consommation structure alors la journée au détriment d'autres occupations.

L'ensemble des ergothérapeutes interrogées s'accordent à dire que l'environnement est un élément influençant la participation occupationnelle des personnes avec un trouble de l'usage de substances. E1 met en avant que « l'environnement physique » comme « l'isolement géographique » constituent un frein à la participation chez le public qu'elle accompagne. Chaque ergothérapeute souligne également l'influence de l'environnement social, notamment : « la solitude » (E3, 2026), « des difficultés de relation avec l'entourage » (E1, 2026) ainsi qu'une « pression sociale » (E2, 2026) pouvant engendrer des attentes vis-à-vis du groupe social.

3.3 Favoriser la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances : rôle et modalités d'interventions de l'ergothérapeute en HDJA

Lors des entretiens les ergothérapeutes décrivent le processus d'intervention. Il correspond à une phase d'évaluation et à la réalisation d'objectifs. Pour réaliser leurs interventions les ergothérapeutes utilisent différentes modalités telles que : des mises en situations et des ateliers thérapeutiques. E3 précise : « on essaye d'étudier comment ça se passe leur temps libre, qu'est-ce qu'ils y font, quel est leur intérêt » (E3, 2026). Elle réalise cette démarche en s'appuyant sur des outils du MOH « je peux être amené à faire la liste d'intérêts [...] j'essaye aussi, d'utiliser des questions de l'OCAIRS, les questions sur les rôles, sur ce qui est important pour eux » (E3,

2026). Cette étape permet ainsi à l'ergothérapeute d'en apprendre plus sur l'habituatation, et sur la volition de la personne. Ces éléments peuvent être mis en lien avec les propos de Vignola-Mir et al. (2017) qui décrivent plusieurs outils utilisés par les ergothérapeutes telle que la liste d'intérêts pour identifier de nouvelles activités significantes.

Les accompagnements sont divers : en groupe ou en individuel. E1 met en avant des accompagnements individuels s'appuyant sur des objectifs établis au préalable. Elle souligne que ces accompagnements individuels peuvent être des « conseils, des techniques, des mises en situations » (E1, 2026). E1 et E3 mettent en avant que ces accompagnements peuvent être réalisés « à l'hôpital de jour, [...] ou à domicile » (E1, 2026). Les trois ergothérapeutes réalisent des groupes pour accompagner les personnes. E2 met en avant davantage de travail groupal tandis que E1 souligne la présence « d'ateliers de mises en situation » (E1, 2026). E2 décrit les ateliers : « faire les courses, la cuisine, les budgets, les planifications du temps, les tâches de ménage, l'hygiène » (E2, 2026). L'ensemble de ces mises en situation visent à favoriser l'autonomie et le réinvestissement des occupations du quotidien.

De plus, E2 propose des groupes de sorties afin de favoriser la participation occupationnelle dans l'environnement écologique de la personne à l'échelle de sa ville. En complément, E1 et E3 mettent en avant des ateliers créatifs permettant « à la personne de redécouvrir des activités manuelles » (E3, 2026), renforçant ainsi leur causalité personnelle. Enfin, des interventions de psychoéducation sont proposées par chaque ergothérapeute. E1 évoque l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui permet d'aborder avec les patients « la notion d'activité, d'équilibre occupationnel, et de gérer ses activités de la vie quotidienne » (E1, 2026). E3, quant à elle, développe surtout des notions de « confiance en soi, estime de soi [...] comprendre son addiction » (E3, 2026). Ces actions permettent d'agir sur les facteurs influençant la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage. Enfin, les ergothérapeutes décrivent un accompagnement centré à la fois sur les occupations de la personne et sur son engagement dans celles-ci. D'autre part, elles proposent un travail centré sur les facteurs influençant leur participation.

3.4 L'altération des rôles et le réinvestissement de ceux-ci comme levier de participation occupationnelle par les ergothérapeutes exerçant en HDJA

E1, E2 et E3 mettent en évidence une altération des rôles chez la personne présentant un trouble de l'usage de substances. Le rôle de parent paraît particulièrement atteint, E1 met en avant que certains usagers déclarent « avoir perdu leur rôle de parent parce qu'on leur a retiré la garde » (E1, 2026). E2 souligne également l'incapacité à maintenir le rôle de parent car ils

ne peuvent plus « assumer leurs tâches parentales » (E2, 2026) (Kaufman et Yoshioka ; Reis et al, 2017). Des phénomènes d'inversion des rôles sont également décrits, notamment lorsque la personne « n'est plus en capacité [...] de maintenir ce rôle » (E1, 2026). Les rôles conjugaux sont eux aussi fragilisés, à cause des consommations, entraînant « divorces, séparations, violences conjugales » (E1, 2026 ; E3, 2026).

Par ailleurs, les ergothérapeutes se mettent d'accord pour déclarer que le rôle de travailleur est grandement affecté, cela corrobore les propos de Labhart et al (2021). Toutefois, E1 précise que ce rôle est généralement fortement réinvesti : « c'est un rôle qu'ils ont vraiment envie de retrouver [...] je me sens inutile, je veux de nouveau être utile » (E1, 2026). Concernant le réinvestissement de ces rôles, l'ergothérapeute souligne que c'est l'ensemble du « processus d'accompagnement en addicto » (E1, 2026) et notamment « la réhabilitation psychosociale » (E1, 2026) qui le favorise. Cependant, E1 identifie les rôles comme un levier central dans son intervention. Elle explique que son accompagnement centré sur les activités de la personne permet indirectement de restaurer les rôles : « nos activités induisent nos rôles et inversement » (E1, 2026). À travers cela elles mettent en évidence que le réinvestissement et l'engagement progressif dans les activités quotidiennes vont soutenir la reconstruction des rôles : « retrouver la capacité de participer [...] va permettre de maintenir ou de restaurer le rôle de compagnon, de parent » (E3, 2026).

Les modalités d'intervention sont très différentes selon les ergothérapeutes. E1 mobilise les rôles de manière indirecte à travers le réinvestissement des activités : « j'axe avec une collègue sur la notion de réinvestissement des activités, de loisirs ou de bénévolat » (E1, 2026). L'approche de E1 repose sur le principe que l'engagement dans des occupations permet progressivement de soutenir la reconstruction des rôles, sans pour autant intervenir directement dessus. E2 explique quant à elle ne pas intervenir sur cette thématique pour l'instant. Elle précise « j'ai une collègue éducatrice spécialisée qui aborde le retour à l'emploi » (E2, 2026). À l'inverse, E3 réalise quant à elle une intervention centrée sur les rôles de la personne. Cet accompagnement consiste alors à « déplier » la situation avec la personne, en explorant les possibilités d'évolution : « qu'est-ce que vous pourriez faire pour que vous soyez plus satisfaits de votre rôle de papa ou de maman » (E3, 2026). Cette démarche s'inscrit dans une logique collaborative : « on réfléchit ensemble », favorisant l'émergence d'actions concrètes. Afin de soutenir un changement accessible et progressif, E3 propose la mise en place de « petits objectifs » (E3, 2026), illustrant une approche centrée sur les « petits pas » (E3, 2026). Les modalités d'interventions concernant les rôles semblent donc hétérogènes. Cette réflexion se

rapporte aux pratiques exposées par Knis-Matthews (2010), en effet en tant qu'ergothérapeute, il questionne les usagers sur leurs rôles de parents afin de mieux comprendre leurs responsabilités et ainsi pouvoir les accompagner au mieux.

3.5 La mise en place de nouvelles habitudes comme levier de la participation occupationnelle des usagers de l'HDJA

Toutes les ergothérapeutes interrogées accordent une place importante à la notion d'habitudes. E1 souligne que « la question de la routine, je la pose systématiquement lors du bilan d'entrée » (E1, 2026). Elle explique plus particulièrement interroger la satisfaction et la potentielle amélioration de leurs routines au quotidien : « est-ce qu'ils sont satisfaits de leur routine ? » (E1, 2026). « Et si non, qu'est-ce qu'ils aimeraient ajouter, améliorer, mettre dans cette routine ? » (E1, 2026).

Par ailleurs, E1 et E2 mettent en avant l'existence d'habitudes en lien avec la consommation de substances. En effet E2 explique que « les journées s'ancrent autour de la consommation et du produit » (E2, 2026). Elle ajoute que « leur quotidien va être dicté par le produit » (E2, 2026). E1 quant à elle met en avant que le produit induit une routine : « c'est une routine de dire, je vais aller à tel endroit, je vais acheter mon produit, je vais rentrer chez moi, je vais le consommer » (E1, 2026). Ces éléments montrent que le quotidien et l'organisation des usagers est influencé par le produit. Ces habitudes sont qualifiées par E1 comme étant « délétère ».

Les modalités d'intervention des ergothérapeutes pour réaliser de nouvelles habitudes. E3 explique intervenir davantage sur la diminution de la consommation de substances : « qu'est-ce qui ferait que la consommation pourrait être moins importante pour que les habitudes puissent revenir » (E3, 2026). Le but de cette baisse de consommation est de : « revenir à de nouvelles habitudes plus stables » (E3, 2026). Cette intervention permet de redécouvrir de nouvelles habitudes qui ne sont plus liées à la consommation de substances. E2 offre la possibilité de réaliser de nouvelles habitudes non liées à la consommation en « restructurant leur journée » (E2, 2026).

L'accompagnement peut reposer sur un entretien avec la personne en évoquant : « les activités qui structurent leur temps, celles qu'ils aiment [...] celles qu'ils ne veulent pas enlever de leur routine » (E1, 2026), tout en identifiant leurs « activités ressources » qui ne sont pas liées à la consommation de substances et qu'ils peuvent développer. E1 explique également leur proposer d'identifier leur « journée idéale ». Cet exercice réflexif permet à l'ergothérapeute et à l'utilisateur de mieux comprendre son organisation quotidienne et les changements qui pourront être

envisagés dans un second temps et ainsi favoriser la mise en place de nouvelles habitudes. Les approches sont progressives : « se fixer des objectifs simples » (E1, 2026), « ne pas se mettre d'objectifs fixes énormes [...] avancer petit à petit » (E2, 2026). Doğu et Özkan, (2023), décrivent des objectifs progressifs fixés avec le patient. Différents outils sont utilisés par les ergothérapeutes pour structurer les journées comme : « l'établissement d'un planning » (E1, 2026) ou encore : « mettre un chronomètre 5 minutes » (E2, 2026). L'ensemble de ces modalités favorise l'engagement dans les tâches à accomplir.

3.6 L'influence du système familial sur la réalisation des rôles et des habitudes : la prise en compte de ce système par les ergothérapeutes exerçant en HDJA

L'ensemble des ergothérapeutes décrivent que les configurations du système familial peuvent être variées. E1 explique : « ils peuvent être isolés, [...] en famille, colocataires » (E1, 2026), tandis que E3 rétorque : « tout dépend, déjà, s'ils sont en couple avec des enfants [...] s'ils ont des frères et sœurs, des parents » (E3, 2026). Ces éléments mettent en évidence les différents sous-systèmes qui composent le système familial (parentales, conjugales).

Le système familial peut pour certains être un levier ou au contraire pour d'autre un frein au quotidien : « ça peut être négatif comme positif » (E2). Certains membres du système peuvent être « des proches aidants, présents » (E1, 2026), tandis que chez d'autre cela amène à « des conflits parce que les aidant, ils s'épuisent, ne comprennent pas » (E1, 2026).

Il est important de prendre en compte que la dynamique du système familial est directement liée à la compréhension du système face à l'addiction d'un des membres. En effet E1 et E3 expliquent que le système familial a parfois des difficultés à appréhender le trouble de l'usage de substances : « très souvent, ils verbalisent le fait que les personnes, que ce soit la famille, compagnons, compagnes, enfants, ne comprennent pas la problématique addictive » (E1, 2026). E3 ajoute que le système familial peut « ne pas comprendre la situation » (E3, 2026). E2 confirme cette difficulté en soulignant que l'entourage est « demandeur d'avoir des aides pour comprendre que c'est une maladie » (E2). Cette incompréhension peut parfois mener à un manque de soutien du système familial et ainsi complexifier l'accompagnement : « quand ils n'ont pas d'appui familial, c'est beaucoup plus compliqué » (E3). Face à ces enjeux, les ergothérapeutes proposent différentes modalités d'intervention en groupe. E1 décrit « un groupe d'aidants », E3 souligne quant à elle « des thérapies familiales systémiques ». Cependant, les ergothérapeutes interrogées expliquent n'intervenir que rarement auprès de la

famille. E2 explique tout de même « prendre tout son environnement » en compte et proposer des « adaptations en fonction » (E2, 2026).

Enfin même si les ergothérapeutes ne verbalisent pas toujours explicitement l'influence du système familial sur les rôles et les habitudes, plusieurs éléments abordés le suggèrent.

En effet, le niveau de soutien ou de conflit au sein de l'entourage, la compréhension de la problématique addictive ainsi que l'influence des comportements de consommation contribuent à structurer le quotidien des personnes. L'ensemble de ces éléments participe à la mise en place, au maintien ou à l'inverse à la fragilisation des habitudes et des rôles de la personne.

Après avoir analysé les données empiriques des trois entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes, nous sommes en mesure de valider ou réfuter les hypothèses de recherche.

4. La validation ou réfutation des hypothèses de recherche

Tout au long de la recherche, les apports ont tenté de répondre à la problématique de recherche suivante :

Comment l'accompagnement en ergothérapie intègre-t-il l'habituatation pour soutenir la participation occupationnelle d'une personne présentant un trouble de l'usage de substances ?

A partir de cette problématique, trois hypothèses de recherche ont pu être formulées :

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute favorise la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances en les accompagnant sur le réinvestissement des rôles altérés par la consommation.

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute soutient la participation occupationnelle en accompagnant les personnes présentant un trouble de l'usage de substances sur la mise en place de nouvelles habitudes.

Hypothèse 3 : La prise en compte du système familial dans l'intervention ergothérapique favorise la réalisation des rôles et des habitudes, soutenant la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances.

4.1 Retour sur la première hypothèse de recherche

Au regard de la première hypothèse de recherche, les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que les personnes présentant un trouble de l'usage de substances, présentent une altération de certains de leurs rôles. Cela concerne en particulier ceux de parents, de conjoints et de travailleurs. De plus, elles mettent effectivement en lien la mobilisation des rôles en faveur d'une participation occupationnelle. Cependant, toutes les ergothérapeutes interrogées n'interviennent pas directement sur le réinvestissement des rôles de la personne. Tandis que E3 peut agir directement sur le réinvestissement du rôle de parent notamment par l'établissement d'objectifs, E1 et E2 pour leur part, n'effectuent pas d'accompagnement spécifiquement lié au réinvestissement des rôles de la personne. Néanmoins, E1 explique tout de même aborder cette notion à travers les activités de la personne en menant une intervention permettant un réinvestissement des activités engendrant des rôles. De plus E1 et E2 mettent en avant l'importance de la collaboration. D'une part, E1 explique que c'est le processus de réhabilitation psychosociale qui favorise le réinvestissement des rôles. Tandis que E2 souligne que cet accompagnement sur le réinvestissement des rôles peut être effectué par d'autres professionnelles de l'HDJA.

Par conséquent, au vu des résultats obtenus auprès des ergothérapeutes, la première hypothèse de recherche est **partiellement validée**. Effectivement, seulement une ergothérapeute propose un accompagnement ciblé spécifiquement sur le réinvestissement des rôles pour favoriser la participation occupationnelle.

4.2 Retour sur la deuxième hypothèse de recherche

Au regard de la deuxième hypothèse de recherche, les ergothérapeutes prennent en compte les habitudes de la personne. De plus, elles établissent un lien entre l'instauration de certaines habitudes et la consommation de substances. Concrètement les ergothérapeutes expliquent agir directement sur les habitudes de la personne en leur offrant la possibilité d'avoir des habitudes plus satisfaisantes et stable et variées qui ne sont pas seulement tournées sur la recherche et la consommation de substances. Les ergothérapeutes proposent, une structuration de nouvelles routines par la formulation de petits objectifs, la mise en place d'outils concrets pour les réaliser (chronomètres, planning), ou encore l'identification d'activités dites « ressources ». L'ensemble de ces éléments favorise une participation occupationnelle et offre l'opportunité aux usagers de s'engager dans de nouvelles activités.

Au vu des résultats obtenus auprès des ergothérapeutes, la seconde hypothèse de recherche est **validée**. En effet, les ergothérapeutes centrent leurs interventions sur la mise en place

progressive de nouvelles habitudes qui ne sont plus liées à la consommation de substances permettant la promotion de la participation occupationnelle.

4.3 Retour sur la troisième hypothèse de recherche

Au regard de la troisième hypothèse de recherche, les ergothérapeutes identifient le système familial comme étant tout autant un frein qu'un levier au quotidien. Le système familial va de manière implicite influencer les habitudes et les rôles de la personne. Ce système peut exercer une influence sur :

- le soutien, les tensions voire les conflits au sein du système familial
- la compréhension de la problématique addictive
- les comportements de consommation.

Pour autant, d'après les données obtenues les ergothérapeutes n'agissent pas directement auprès du système familial pour favoriser la participation occupationnelle. La prise en compte du système familial et l'intervention auprès de celui-ci est davantage réalisée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire présente dans les HDJA. Néanmoins, une ergothérapeute évoque le « on » pour parler de l'accompagnement de l'équipe. Ainsi, elle semble s'intégrer dans les accompagnements réalisés auprès du système familial.

Ainsi, d'après les données recueillies auprès des ergothérapeutes, la troisième hypothèse de recherche est **réfutée**. En effet, les ergothérapeutes n'interviennent que rarement auprès du système familial, limitant ainsi la possibilité d'influencer la participation occupationnelle par cette approche.

V. Discussion

Cette partie permet désormais d'aborder les données empiriques obtenues auprès des ergothérapeutes lors des entretiens. Cela permet de mettre en évidence des éléments qui n'avaient pas été explorés dans le cadre conceptuel. Une seconde partie sera par la suite consacrée aux limites et aux biais de la recherche. Enfin, seront abordées les perspectives qu'apportent cette recherche.

1. Les nouveaux apports théoriques

1.1 La collaboration de l'équipe pluridisciplinaire en HDJA

Durant les entretiens, les ergothérapeutes ont partagé leurs modalités d'intervention. Elles ont expliqué être affiliées à l'équipe pluridisciplinaire présente en HDJA et travailler en interdisciplinarité. En effet, E1 explique s'inscrire pleinement dans une équipe ce qui lui permet de : « mélanger plein de pratiques et de tendre vraiment vers l'interdisciplinarité » (E1,2026). Ce terme est défini comme étant « la coopération de différentes disciplines dans la production d'un savoir commun visant à répondre à des problématiques complexes qui ne peuvent être traitées par une seule discipline » [traduction libre] (Repko, 2011).

Par ailleurs, E1 décrit faire partie d'une grosse équipe composée notamment : « d'une ergothérapeute, d'une éducatrice spécialisée, d'une diététicienne et d'une professeure en activité physique adaptée » (E1,2026). De plus, une autre ergothérapeute déclare réaliser des accompagnements en binôme avec d'autres professionnels notamment lors d'interventions de groupes. Ainsi, elle rappelle que le service a été créé avec l'ensemble des professionnelles de l'HDJA renforçant ainsi leur collaboration.

La collaboration interprofessionnelle semble donc être au cœur des interventions des ergothérapeutes. Reeves et al (2017), expliquent que la collaboration interprofessionnelle est un « processus par lequel différents groupes de professionnels de la santé et du secteur social travaillent ensemble pour améliorer la qualité des soins » [traduction libre] (Reeves et al, 2017).

Ainsi, la collaboration entre les professionnels va directement influencer la qualité des soins (Reeves et al, 2017 ; D'amour et Oandasan, 2005). Pour cela, la collaboration doit considérer le patient comme étant au centre de l'accompagnement (D'amour et Oandasan, 2005). De plus, les professionnelles doivent établir des objectifs communs et adopter une vision commune pour que l'accompagnement puisse être optimal (D'amour et Oandasan, 2005). Par ailleurs, pour que la collaboration soit optimum, les professionnelles peuvent réaliser des réunions interprofessionnelles ou encore utiliser des outils communs, pour améliorer la communication

(Reeves et al, 2017). Cette collaboration permet une coordination des soins entre les professionnelles afin de répondre aux besoins du patient (D'amour et Oandasan, 2005). L'ensemble de ces actions favorise l'adhésion du patient aux soins, ce qui contribue à améliorer le suivi clinique, l'efficacité des soins et participe à l'amélioration de l'état fonctionnel du patient (Reeves et al, 2017).

De plus, l'OMS rappelle que la coordination est une « nécessité », notamment lors des situations où les besoins sont « complexes » (WHO, 2010). Pour répondre aux situations complexes, l'OMS met en avant l'existence des « cases managers ». Ce case manager permet notamment de soutenir l'accompagnement et la coordination de parcours lors des besoins spécifiques et parcours complexes. Lukersmith et al. (2023), démontrent que « le case manager est une forme de coordinateur des soins [...] pour les personnes présentant des conditions de santé complexes » [Traduction libre] (Lukersmith et al., 2023).

Ainsi, cette recherche permet de mettre en avant que l'ergothérapeute possède un domaine de compétences lié à l'occupation humaine, malgré tout il s'inscrit au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui collabore. Dans le cas présent cette collaboration semble davantage centrée sur l'approche interdisciplinaire. À travers cette approche l'ensemble de l'équipe intervient également dans le réinvestissement des rôles et la prise en compte du système familial.

1.2 La transition occupationnelle : de la consommation au rétablissement

À travers les entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes nous avons pu mettre en évidence une altération de la participation occupationnelle des personnes ayant un trouble de l'usage de substances. Toutefois, les ergothérapeutes ont également mis en avant sans la décrire explicitement une autre thématique. Cette thématique se constate sur les différentes périodes que traverse généralement cette population : la consommation, le sevrage, le rétablissement.

Lorsque les personnes consomment, E3 met en avant une consommation « qui prend toute la place ». E2 ajoute que « le quotidien va être dicté par le produit ». Ainsi, leurs « journées s'ancrent autour de la consommation » (E2,2026). Lors du sevrage, l'arrêt du produit va alors entraîner un changement et une réorganisation de la vie quotidienne. E2 évoque une perte d'occupation lors de cette période car en enlevant le produit « il ne reste souvent plus rien » (E2,2026). Cette période entraîne alors un déséquilibre occupationnel soudain. Les personnes ayant perdu l'activité principal « la consommation de substances ».

Enfin, les ergothérapeutes décrivent que le rétablissement de ces personnes passe par plusieurs étapes comme : « revenir à des habitudes plus stables » et « maintenir voire restaurer de nouveaux rôles » (E3, 2026). Ces éléments sont accompagnés par l'ergothérapeute en HDJA.

Les personnes avec un trouble de l'usage de substances peuvent traverser ces trois phases. Comme mis en avant par les ergothérapeutes, les occupations de la personne sont différentes selon les phases qu'elles traversent. Vegeris et Brooks (2021) expliquent que l'arrêt d'une occupation telle que l'addiction entraîne une perte de « rôle occupationnel » qu'ils comparent à une « transition occupationnelle » (Vegeris et Brooks, 2021). Ainsi cette évolution de l'occupation décrit par les ergothérapeutes peut être associée au concept de « transition occupationnelle », démontré également par Townsend et Polatajko (2013) comme « un changement dans les occupations de la personne au fil du temps » [traduction libre] (Townsend et Polatajko, 2013). Le passage de consommateur à non-consommateur implique alors de « développer de nouveaux modes d'occupation, sous forme de rôles, de routines et de liens, qui soient en accord avec la construction d'une nouvelle identité occupationnelle » [traduction libre] (Vegeris et Brooks, 2021).

Pour expliquer les changements qui ont lieu durant la transition occupationnelle, Townsend et Polatajko (2013) décrivent trois échelles : micro, méso et macro. Les changements induits par le sevrage impliquent un changement « macro », c'est-à-dire un « grand changement de vie » (Townsend et Polatajko, 2013). Crider et al (2015) soulignent même que la transition occupationnelle entraîne de grands changements concernant les occupations que réalise la personne mais que cela influence et modifie également « son modèle de participation occupationnelle » (Crider et al, 2015).

D'après ces nouvelles données obtenues au cours des entretiens, l'ergothérapeute, en plus de favoriser la participation occupationnelle, doit tenir compte de la transition occupationnelle. De plus cette transition occupationnelle débute avant l'entrée en HDJA, dès le début du sevrage qui débute généralement en hospitalisation complète. Ainsi, il serait pertinent de s'intéresser à l'accompagnement réalisé en amont, dès le début du sevrage pour favoriser la participation occupationnelle.

2. Les biais et les limites de la recherche

2.1 Les biais

Ce travail d'initiation à la recherche comporte des biais que nous allons exposer.

Le premier biais que nous pouvons mettre en évidence est le biais lié à l'échantillon. En effet, celui-ci ne comprend que trois ergothérapeutes. De ce fait, cette étude prend seulement en compte l'expérience d'une partie des ergothérapeutes travaillant en HDJA. Cela n'est donc pas représentatif de l'ensemble des pratiques des ergothérapeutes français exerçant en HDJA.

Les trois ergothérapeutes interrogées, sont en poste en HDJA depuis moins de 4 ans. Leur expérience dans ce type de structure et auprès des usagers ayant un trouble de l'usage de substances est donc restreinte entraînant un biais de sélection.

De plus, cette recherche hypothético-déductive, vise à recueillir des données par les entretiens pour valider ou réfuter les hypothèses de recherches. En tant que chercheur, nous voulons obtenir des éléments pour argumenter la validation ou la réfutation de nos hypothèses de recherche, or cela peut générer un biais de confirmation.

Enfin, un autre biais peut être soulevé. Cette fois-ci en ce qui concerne les ergothérapeutes interrogés. Ce biais se rapporte à la compréhension et à l'interprétation des termes abordés et questionnés tels que : « la participation occupationnelle » « l'habitation » ou encore « le système familial ». Malgré une régulation ou mise en commun des termes lors de l'entretien lorsque cela était nécessaire, il n'est pas possible d'évaluer l'interprétation personnelle des ergothérapeutes interrogées.

Parmi les trois ergothérapeutes interrogées, une seule a été formée au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). En effet, cette formation n'était pas indiquée comme critère d'inclusion, car cela aurait restreint le panel d'ergothérapeute exerçant en HDJA. Toutefois, cette formation a permis à cette ergothérapeute de connaître les termes de « participation occupationnelle » et d'« habitation » et ainsi faire le lien avec sa pratique professionnelle.

2.2 Les limites

Tout d'abord, l'échantillon a été constitué de trois ergothérapeutes. Différents facteurs expliquent cela. Tout d'abord, les HDJA sont des structures récentes (circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008). De plus, tous les HDJA ne comportent pas d'ergothérapeutes. Enfin, les limites temporelles et organisationnelles ont restreint la possibilité d'interroger davantage d'ergothérapeutes.

La distance géographique avec les ergothérapeutes, nous a contraint à réaliser des entretiens à distance, limitant ainsi la possibilité de choisir le lieu de réalisation de l'entretien. De plus, face à une difficulté informatique, un entretien a dû être réalisé par appel téléphonique. Malgré une

adaptation pour faciliter la passation des entretiens, cela a limité la possibilité de réaliser une gestion des conditions de passation des entretiens. Le format des entretiens en visioconférence et par appel téléphonique limite également l'analyse paraverbale.

Enfin, le cadre théorique de cette recherche est essentiellement basé sur de la littérature anglophone, or les pratiques et lieux d'exercices y sont différents.

3. Les perspectives

Les résultats de cette étude permettent de mettre en avant différentes perspectives qu'il serait intéressant d'approfondir.

Les entretiens ont mis en évidence que l'ergothérapeute s'inscrit au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute n'est pas le seul acteur qui participe à la promotion de la participation occupationnelle. Mais alors, comment la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJA s'inscrit-elle dans cette démarche de promotion de la participation occupationnelle ?

De plus, les suivis d'ergothérapie en HDJA ne durent que quelques mois. Lors de ces quelques séances, les ergothérapeutes proposent différentes modalités d'intervention pour favoriser la participation occupationnelle : la mise en place de petits objectifs de changements, l'utilisation d'outils, les conseils lors des ateliers, mises en situations.

Ces éléments peuvent soulever différentes réflexions. Dans quelle mesure les usagers de l'HDJA transposent les acquis obtenus au cours de leur hospitalisation en HDJA dans leur quotidien ? Quels sont les facteurs facilitateurs ou au contraire freins dans cette transposition ? Par ailleurs, à ce jour, comment les ergothérapeutes favorisent le maintien des rôles et habitudes, après l'hospitalisation de jour ?

Enfin, les entretiens ont mis en avant que les usagers accueillis en HDJA traversent généralement plusieurs étapes : notamment de consommateur à non-consommateur. Ce changement semble engendrer une transition occupationnelle, dans la mesure où les occupations vont drastiquement évoluer, jusqu'à modifier le modèle de participation occupationnelle de l'utilisateur. Cette transition génère alors des questionnements. Comment l'ergothérapeute prend-il en compte cette transition occupationnelle de l'utilisateur dans son parcours de rétablissement en HDJA ? Etant donné que la transition occupationnelle entraîne une modification de « l'être » (MOH) cela amène également à se demander : comment l'ergothérapeute soutient l'adaptation occupationnelle engendrée par la transition occupationnelle ?

VI. Conclusion

Les derniers chiffres mondiaux et français montrent que la consommation de substances psychoactives est en augmentation. Parmi la population de consommateurs, une partie présente un trouble de l'usage de substances. La participation occupationnelle et l'engagement dans les activités significatives promus par les ergothérapeutes favorisent la qualité de vie et le bien-être de cette population. C'est grâce à sa vision holistique que l'ergothérapeute identifie les facteurs influençant la participation occupationnelle de l'individu. Ainsi il peut proposer une intervention spécifique pour favoriser le rétablissement de l'utilisateur.

Cette étude analyse comment l'accompagnement en ergothérapie intègre l'habitation pour favoriser la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble de l'usage de substances en HDJA. Pour réaliser cette recherche, nous avons eu recours à une méthode qualitative et une approche hypothético-déductive. Une enquête sur le terrain a été réalisée afin de valider ou réfuter les hypothèses de recherche.

Par cette recherche, nous voulions vérifier si l'accompagnement de l'ergothérapeute en HDJA permet de soutenir les usagers concernant le réinvestissement des rôles altérés par la consommation. De plus, nous avons voulu questionner l'accompagnement des ergothérapeutes pour comprendre s'il offrait la possibilité de s'investir dans de nouvelles habitudes. Enfin, nous avons voulu vérifier si les ergothérapeutes intervenaient auprès du système familial de l'utilisateur accompagné en HDJA.

Trois ergothérapeutes ont été interrogées afin de répondre à nos hypothèses de recherches. Les ergothérapeutes ont mis en avant leurs modalités d'intervention en intégrant l'habitation pour favoriser la participation occupationnelle des usagers qu'elles accompagnent. L'ensemble des ergothérapeutes n'interviennent pas nécessairement sur le réinvestissement des rôles. Pour autant lorsque ce n'est pas l'ergothérapeute qui propose une intervention sur cela, la collaboration interdisciplinaire de l'HDJA semble répondre à ce besoin. En revanche, les ergothérapeutes s'accordent à dire que leur accompagnement permet la mise en place de nouvelles habitudes non liées à la consommation de substances. Enfin, les ergothérapeutes déclarent ne pas intervenir directement auprès du système familial. Elles ont tout de même pu exprimer que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire peut intervenir auprès du système familial. Ces interventions favorisent le soutien du système familial en faveur de l'utilisateur.

Par ailleurs, cette recherche a pu faire émerger des perspectives de l'accompagnement en ergothérapie auprès de cette population. Cette population semble vivre une transition

occupationnelle lors du sevrage altérant ainsi sa participation occupationnelle. Ainsi, après avoir étudié l'accompagnement de l'ergothérapeute en faveur de la participation occupationnelle en HDJA, il semble pertinent de s'intéresser à l'accompagnement effectué en amont en hospitalisation complète afin de comprendre : comment l'ergothérapeute peut soutenir la transition occupationnelle engendrée par le sevrage et ainsi favoriser la participation occupationnelle ?

VII. Bibliographie

- Angel, P., & Angel, S. (2016). Problématiques familiales dans les addictions : le paradigme des familles d'usagers de drogues. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin, & A. Benyamina (Éds.), *Traité d'addictologie* (2e éd., pp. 112–115). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0112>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 19, 142–145.
- Balslev, K., & Saada-Robert, M. (2002). Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie : Une démarche inductive/déductive. Dans M. Saada-Robert & F. Leutenegger (Éds.), *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* (p. 89). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.saada.2002.01.0089>
- Barrett, M. (2023). Occupational therapy interventions for patients with substance use disorders: A practitioner guide. Cleveland State University
- Baudin, M. (2023). La thérapie familiale systémique intégrative et les processus corporels de régulation émotionnelle. Dans M. Cassen (dir.), *Thérapie familiale intégrative* (pp. 133–166). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casse.2023.01.0133>
- Bellon-Champel, L., & Varescon, I. (2017). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence : facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 175(4), 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.06.005>
- Blanc, M. L., McDuff, P., & Tremblay, R. E. (2007). Types de familles, conditions de vie, fonctionnement du système familial et inadaptation sociale au cours de la latence et de l'adolescence dans les milieux défavorisés. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 45–75. <https://doi.org/10.7202/032203ar>
- Boivin, M. D., Leblanc, A., & Tondreau, J. (2001). Des acteurs et des pratiques en toxicomanie : les enjeux de la participation à un stage de réinsertion socioprofessionnelle. *Revue canadienne de counseling*, 35(4).
- Bonvalet, C. (2003). La famille-entourage locale. *Population*, 58(1), 9–43. <https://doi.org/10.3917/popu.301.0009>

- Bouthillier, M., Demers, A., Bastien, R., & Doucet, H. (2009). Problèmes éthiques liés à des pratiques d'échange de seringues et d'accès à la méthadone. *Drogues, santé et société*, 7(2), 47–80. <https://doi.org/10.7202/037565ar>
- Camus, M., Leservoisier, C., Longbottom, S., & 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>
- Caria, A., & Saget, E. (2025). *Le rétablissement des troubles psychiques*. Psycom. <https://www.psycom.org/sinformer/le-retablissement/le-retablissement-des-troubles-psy/>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Les méthodes de recherche du DBA. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 108–125). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Clarey, L., & Felstead, B. (1990). The contribution of occupational therapy to alcohol and drug rehabilitation: A descriptive review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 37(2), 85–88. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1990.tb01240.x>
- Courreges, C., & Fourcade, S. (2019). Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Couteron, J.-P. (2022). Panorama des dispositifs actuels de soins en addictologie. *Psychologues et Psychologies*, 279(3), 6–11. <https://doi.org/10.3917/pep.279.0006>
- Crider, C., Calder, C., Bunting, K.-L., & Forwell, S. (2015). An integrative review of occupational science and theoretical literature exploring transition. *Journal of Occupational Science*, 22(3), 304–319. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.922913>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
- Crouch, R., & Wegner, L. (2014). Substance use and abuse: Intervention by a multidisciplinary approach which includes occupational therapy. Dans R. Crouch & V. Alers (Éds.), *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (1re éd., pp. 446–464). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118913536.ch28>

- Cruz, T. (2019). *Identifying occupational therapy role for individuals in substance abuse and addiction recovery programs* (Doctoral dissertation, University of St. Augustine for Health Sciences). <https://doi.org/10.46409/sr.FORS9739>
- D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Delage, M. (2013). Le système familial comme groupe d'attachement. Dans *La vie des émotions et l'attachement dans la famille* (pp. 131–151). Odile Jacob.
- Delage, V. (2020). Définition d'aboulie. *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=aboulie>
- Delage, V. (2020). Définition d'apathie. *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=apathie>
- Deslauriers, J.-P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 145. <https://doi.org/10.7202/1002031ar>
- Détraz. (2008). Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités. De Boeck Supérieur.
- Doğu, S. E., & Özkan, E. (2023). The contribution of occupational therapy to alcohol and drug rehabilitation: A descriptive review. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10472932/>
- Durkheim, É. (2005). Qu'est-ce qu'un fait social ? *Cahiers de psychologie politique*, 6. https://doi.org/10.34745/NUMEREV_488
- El Guendi, S. (2025). Addiction et accès aux soins : Une enquête qualitative auprès de femmes consommatrices de substances. *Drogues, santé et société*, 23(2).
- Fatséas, M., & Auriacombe, M. (2009). Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. Dans *Addictologie* (pp. 62–68). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70316-4.00008-4>
- Favrod, J., Rexhaj, S., & Bonsack, C. (2012). Le processus du rétablissement. *Dossier rétablissement et psychose*, 166.

- Franck, N. (2021). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 953–958. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>
- Fondation pour la Recherche sur le Cerveau. (2023). *Les addictions*. Fondation pour la Recherche sur le Cerveau. <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-addictions/>
- Garramone, P., Knis-Matthews, L., Brandeis, P., Kret, M., Sliwa, L., & Leva, A. (2021). Against the current: Exploring the experiences of five fathers with a history of substance use. *Occupational Therapy in Mental Health*, 37(4), 332–356. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2021.1980174>
- Genet, C., & Offenstein, E. (2023). *La démarche d'intervention en ergothérapie*. Haute école de travail social et de la santé Lausanne.
- Gomet, R., Austruy, G., Castelin, C., Dano, C., De Larocque Latour, G., Dereux, A., Ducoutumany, G., Obadia, C., Thiercelin, N., & Wackenheim, S. (2024). *L'hôpital de jour en addictologie*. COPAAH. https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2024/12/HDJA_COPAAH_LIVRET_2024_versioncorrigeefinale.pdf
- Grossmann, F. (2018). *Objectivité scientifique et positionnement d'auteur*. HAL Open. <https://hal.science/hal-01910520>
- Groupe UGECAM. (s. d.). *SMR addictologie*. Consulté le 27 février 2026 sur <https://www.groupe-ugecam.fr/smr-addictologie>
- Hammell, K. W. (2015). Participation and occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 4–5. <https://doi.org/10.1177/0008417414567636>
- Hammell, K. W. (2017). Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4–5), E1–E14. <https://doi.org/10.1177/0008417417753374>
- Helbig, K., & McKay, E. (2003). An exploration of addictive behaviours from an occupational perspective. *Journal of Occupational Science*, 10(3), 140–145. <https://doi.org/10.1080/14427591.2003.9686521>

- Hosokawa, R., Tomozawa, R., & Katsura, T. (2023). Associations between family routines, family relationships, and children's behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 32(12), 3988–3998. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02687-w>
- Hoxmark, E., Wynn, T. N., & Wynn, R. (2011). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 78–83. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.552120>
- Institut du Cerveau. (s. d.). *Qu'est-ce que la dopamine ?* Institut du Cerveau. <https://institutducerveau.org/lexique/dopamine>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2017). *Addictions*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2025). *Définition de famille*. Insee. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465>
- Jasmin, E. (2019). Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation. Presses de l'Université du Québec.
- Jouet, E., & Vergnas, O. L. (2024). Journaux personnels en addictologie : Recherche de traces lexicales du rétablissement au cours de la post-cure. *Revue Alcoologie et Addictologie*
- Juignet, P. (2018). *Hypothético-déductive*. Philosophie et Sciences. <https://philosciences.com/hypothetico-deductive>
- Kaufman, E., & Yoshioka, M. (2004). *Substance abuse treatment and family therapy*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Karas, R., & Dupouy, J. (2017). Pratiques cliniques en addictologie. Dans *Pratiques cliniques en addictologie* (pp. 171–182). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.laque.2017.01.0171>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kiepek, N., Ausman, C., Beagan, B., & Patten, S. (2022). Substance use and meaning: Transforming occupational participation and experience. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao23023037>

- Knis-Matthews, L. (2010). The destructive path of addiction: Experiences of six parents who are substance dependent. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(3), 201–340. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2010.498728>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(4), 67–82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kunnen, S. (2016). *World Drug Report 2016*. <https://www.unodc.org/wdr2016/>
- Labhart, F., Maffli, E., & Notari, L. (2021). La situation sociale des personnes touchées par une problématique d’addiction : *Conception d’un système d’indicateurs pour le monitoring suisse des addictions et des maladies non transmissibles* (MonAM) (Rapport de recherche n° 131). Addiction Suisse.
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. *L’Information psychiatrique*, 85(7), 611–620. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0517>
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Lièvre, P. (2016). Manuel d’initiation à la recherche en travail social : Construire un mémoire professionnel (3e éd.). Presses de l’École des hautes études en santé publique.
- Livingston, J. D. (2020). La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire. Commission de la santé mentale du Canada.
- Lucet, C., & Olié, J.-P. (2020). Conduites addictives : Faits cliniques. *Bulletin de l’Académie nationale de médecine*, 204(6), 551–560. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.04.005>
- Lukersmith, S., Salvador-Carulla, L., Chung, Y., Du, W., Sarkissian, A., & Millington, M. (2023). A realist evaluation of case management models for people with complex health conditions using novel methods and tools—What works, for whom, and under what circumstances? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4362. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054362>

- Mardani, M., Alipour, F., Rafiey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: A systematic review of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, 23(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04927-1>
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : Quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives, Hors-série*(5), 70–81.
- Mathurin, I. (2008, 26 septembre). *Circulaire n° DHOS/O2/2008/299 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
- Menecier, P., Plattier, S., Rotheval, L., & Lefranc, D. (2019). L'hospitalisation de jour en addictologie. *Soins Psychiatrie*, 40(321), 41–44. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2019.01.007>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2021). *Qu'est-ce qu'une addiction ?* Gouvernement français. <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2023). *Le dispositif de soin en addictologie*. Gouvernement français. <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2023). *L'usage détourné du protoxyde d'azote, une pratique à risques de plus en plus répandue*. Gouvernement français. <https://www.drogues.gouv.fr/lusage-detourne-du-protoxyde-dazote-une-pratique-risques-de-plus-en-plus-repandue>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2025). *Estimation de l'évolution des marchés des drogues illicites en France en volume et en valeur*. Gouvernement français. <https://www.drogues.gouv.fr/estimation-de-levolution-des-marches-des-drogues-illicites-en-france-en-volume-et-en-valeur>
- Morel-Bracq, M.-C., Castelein, P., & Caire, J.-M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 13–50). De Boeck Supérieur.
- Nalpas, B., El Mestikawy, S., & Belin, D. (2025). *Mécanismes de l'addiction*. Maad Digital. <https://www.maad-digital.fr/articles/les-mecanismes-de-l-addiction-1-3/>

- Observatoire français des drogues et des tendances addictives. (2025). *Drogues et addictions : Chiffres clés 2025*. <https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* <https://www.oeq.org/>
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Une approche de santé publique du problème mondial de la drogue.
- Paquin, L.-C. (2014). *Méthodologie de la recherche-crétation*. http://lcpaquin.com/methoRC/MethoRC_methodologie.pdf
- Peyron, E., Franck, N., Labaume, L., & Rolland, B. (2024). La réhabilitation psychosociale en addictologie. *L'Encéphale*, 50(1), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.07.001>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reis, L. M. D., Sales, C. A., & Oliveira, M. L. F. D. (2017). Narrative of a drug user's daughter: Impact on family daily routine. *Escola Anna Nery*, 21(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0080>
- Repko, A. F. (2011). *Interdisciplinary research: Process and theory*. SAGE Publications.
- Reynaud, M. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0001>
- Reyre, A., Taïeb, O., Rouchon, J., Baubet, T., Hirsch, E., & Moro, M. R. (2010). In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts. *Psychotropes*, 16(1), 9–19. <https://doi.org/10.3917/psyt.161.0009>

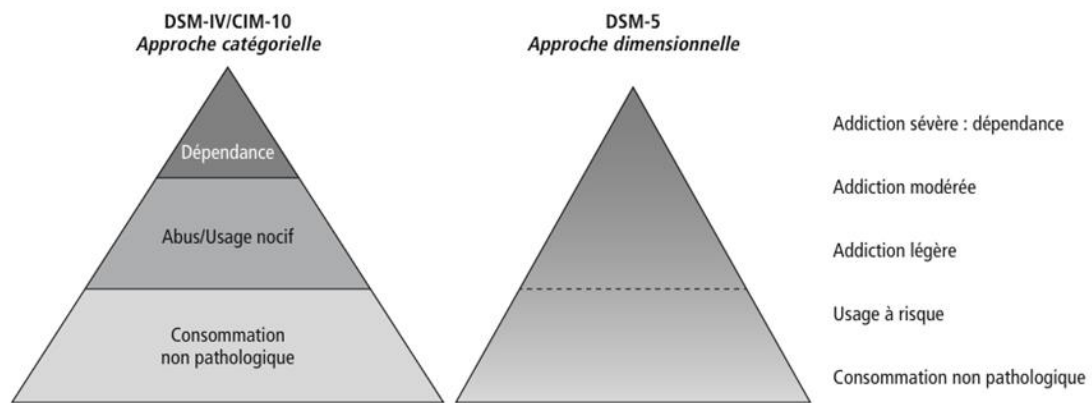
- Robin, S., & Moreau, F. (2014). Addictions : *Synthèse documentaire*. Agence régionale de santé. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/SRP_annexe_addictions_PRS_poitou_charentes.pdf
- Ryan, D. A., & Boland, P. (2021). A scoping review of occupational therapy interventions in the treatment of people with substance use disorders. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 49(2), 104–114. <https://doi.org/10.1108/IJOT-11-2020-0017>
- Ryan, D., Naughton, M., De Faoite, M., Dowd, T., & Morrissey, A. (2023). An occupation-based lifestyle lecture intervention as part of inpatient addiction recovery treatment: Exploring occupational performance, balance and personal recovery. *Substance Abuse Research and Treatment*, 17, 11782218231165123. <https://doi.org/10.1177/11782218231165123>
- Saatcioglu, O., Erim, R., & Cakmak, D. (2006). Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(2), 125–132. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01476.x>
- Saïet, M. (2023). Chapitre premier. D’addictus à addiction. Les Addictions (4e éd., p. 7-16). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/les-addictions--9782715417397-page-7?lang=fr>.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Recherches qualitatives. *Recherches qualitatives, Hors-série*(5), 99–111. Association pour la recherche qualitative.
- Sidibe, D. (2018). Gouvernance et management des risques : Les conseils d’administration en question. Éditions EMS, management & société.
- Socol, K. L. S., Terra, M. G., Ribeiro, D. B., & de Siqueira, D. F. (2014). The routine of family relationships with a substance-dependent individual.
- Taylor, R. R. (2017). MOHOST – Outil d’évaluation de la participation occupationnelle. De Boeck Supérieur.
- Taylor, R., Bowyer, P., & Fisher, G. (2023). *Kielhofner’s model of human occupation*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Townsend, E.-A., & Polatajko, H.-J. (2013). Dans E.-A. Townsend & H.-J. Polatajko (Éds.), *Habiliter à l’occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l’occupation* (2e éd., pp. 45–74). Noémie Cantin.

- Université Laval. (2024, 16 janvier). *Modèle de l'occupation humaine (5e éd.)*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-l'occupation-humaine/>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd.). Dunod.
- Vegeris, E. L., & Brooks, R. (2021). Occupational lives in sustained recovery from alcohol dependency: An interpretive phenomenological analysis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 42(1), 22–29. <https://doi.org/10.1177/15394492211042265>
- Vignola-Mir, A., Desrosiers, J. J., & Morin, C. (2017). *Comorbidité santé mentale et trouble lié à l'utilisation de substance : Le rôle de l'ergothérapeute*. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V3N1.49>
- Wasmuth, S., Crabtree, J. L., & Scott, P. J. (2014). Exploring addiction-as-occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(12), 605–613.
- Weber, M. (2003). *Le savant et le politique : Une nouvelle traduction*. Éditions La Découverte.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- World Health Organization. (2023). *Mental, brain health and substance use*. World Health Organization.

VIII. **Annexes :**

ANNEXE I : Passage d'une classification en catégories d'usage à une classification par gravité progressive correspondant à une addiction allant de modérée à sévère (Reynaud, 2016)	I
ANNEXE II : Présentation des différents critères diagnostiques de l'abus et de la dépendance regroupés en une seule catégorie (Reynaud, 2016).....	II
ANNEXE III : Mail de recrutement des ergothérapeutes	III
ANNEXE IV : Formulaire de consentement libre et éclairé.....	IV
ANNEXE V : Le guide d'entretien.....	V
ANNEXE VI : Grille d'analyse des entretiens réalisée auprès des trois ergothérapeutes	XII

ANNEXE I : Passage d'une classification en catégories d'usage à une classification par gravité progressive correspondant à une addiction allant de modérée à sévère (Reynaud, 2016)



ANNEXE II : Présentation des différents critères diagnostiques de l'abus et de la dépendance regroupés en une seule catégorie (Reynaud, 2016)

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

Léger : 2/3

Modéré : 4/5

Sévère : 6 et plus

ANNEXE III : Mail de recrutement des ergothérapeutes

Objet : Appel à la participation - Mémoire en ergothérapie

Bonjour,

Je me permets de vous contacter car j'ai besoin de votre aide.

Mon mémoire porte sur l'intervention de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'usage de substances et évoluant au sein de son système familial, afin de favoriser sa participation occupationnelle. Ainsi, je recherche des **ergothérapeutes exerçant OU ayant exercé au sein d'un Hôpital de Jour en Addictologie (HDJA).**

Si vous êtes intéressé, vous pouvez répondre à ce mail. Vous serez ensuite recontacté afin que nous puissions fixer une date pour réaliser un entretien en visio-conférence durant le mois de Mars.

N'hésitez pas à partager ce mail à vos collègues ergothérapeutes exerçant en HDJA.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous pourrez m'accorder.

Cordialement.

Maëlle Réau, étudiante en 3^{-ème} année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen.

ANNEXE IV : Formulaire de consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement libre et éclairé

Je certifie donner mon accord pour participer à l'étude portant sur le trouble de l'usage de substances et l'accompagnement en ergothérapie pour favoriser la participation occupationnelle dans un contexte de système familial. Je certifie avoir été informé des objectifs de l'étude. J'ai conscience que je peux décider à tout moment de quitter l'étude sans avoir à me justifier. Au cours de cette étude, j'accepte que soit réalisé un enregistrement audio de l'entretien. Cet enregistrement est uniquement destiné à l'étude et les données seront anonymisées. Mon identité n'apparaîtra donc dans aucun document résultant de cette étude. Les enregistrements seront détruits le 28 août 2026 à la fin de l'étude. Je certifie avoir compris les objectifs de l'étude et son déroulement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

Je soussigné(e) Mr ou Mme....., choisis librement et volontairement de participer à un entretien clinique de Maëlle REAU dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche portant sur le thème suivant : Favoriser la participation occupationnelle d'une personne présentant un trouble de l'usage de substances dans un contexte de système familial.

Le,

A

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

ANNEXE V : Le guide d'entretien

Thématique	Critère	Indicateur	Questions	Questions de relance
Professionnels interrogés	Parcours du professionnel	• Année de diplôme en ergothérapie • Pays de diplomation • Type de structure (HDJA) • Durée d'exercice dans chaque structure • Population accompagnée	Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ? Dans quel type de structure avez-vous travaillé avec ce public ?	Depuis quand exercez-vous avec ce public ?
Public cible : Personne présentant un trouble de l'usage de substances	Répercussions du trouble de l'usage de substances	• Répercussions Médicales : maladies (cancer, maladies cardiovasculaires) overdose, coma, • Répercussions sociales : isolement social, stigmatisation • Répercussions dans la vie quotidienne : baisse de la participation occupationnelle (perte d'emploi, arrêt des activités de loisirs, absence d'activités de repos)	Est-ce que vous observez des répercussions chez les personnes qui présentent un trouble de l'usage de substances ? Si oui, Pouvez-vous m'en citer ?	Quelles sont les répercussions les plus importantes que vous identifiez ?
	Parcours de soins des patients	• Milieu sanitaire (Hôpital)	Quels sont les parcours de soins des personnes que vous accompagnez ?	

		• Milieu médico-sociale (CSAPA, CAARUD)		
	Orientation en ergothérapie	• Moment d'accompagnement en ergothérapie par rapport aux autres professionnelles	A quel moment de son hospitalisation la personne est-elle orientée vers l'ergothérapeute ?	
	Durée de prise en soins ergothérapique en HDJA	• Temps d'accompagnement de l'ergothérapeute en HDJA	Quelle est la durée de votre accompagnement en ergothérapie pour un patient au sein de l'Hôpital de jour en addictologie ?	Quand le suivi en ergothérapie s'arrête-t-il ?
	Demande de suivi en ergothérapie à l'HDJA	• Evaluation • Intervention individuelle • Intervention en groupe	Pour le suivi en ergothérapie, quelles sont les demandes (des personnes suivies) qui vous sont exprimées ?	

Participation occupationnelle	Définition de la participation occupationnelle	- Engagement de la personne dans ses occupations - Occupation : activités de soins personnels, de loisirs, de productivité - Contexte précis et spécifique 1^{er} forme d’agir de la personne	J'utilise le terme de participation occupationnelle selon le MOH, Comment vous définiriez ce terme ?	Lorsque vous entendez participation occupationnelle, qu'est- ce que cela vous évoque ?
	Définition de référence : La participation occupationnelle correspond à l’engagement de la personne dans l’ensemble de ses occupations compris dans un environnement et un contexte socio-culturel. (Morel-Bracq et al, 2017) Influencé par les composantes de l’être : volition, habitude, capacité de performance			
	Participation des personnes avec un trouble de l’usage de substances	Baisse de la participation occupationnelle dans les activités de production (emploi, scolarité) Baisse de la participation occupationnelle pour les activités de loisirs “social” car stigmatisation d’autrui.	Est-ce que selon vous la participation occupationnelle des personnes avec un trouble de l’usage de substances est altérée ? Si oui, comment la décririez- vous ?	

	• Freins à la participation occupationnelle des personnes TUS et de leur Entourage familial	• Volition • Capacité de performance • Habitude • Habiletés • Environnement	Quels sont les facteurs que vous évaluez comme freins à la participation occupationnelle de ces personnes ?	
	• Modalités de l'ergothérapeute pour favoriser la participation occupationnelle	• VAD • Entretien individuel • ETP (Psychoéducation) • Travail sur les capacités de performance • Favoriser la volition • Favoriser une habitude (engagement dans des rôles et habitudes structurantes) • Activités thérapeutiques au sein de l'hôpital de jour en addictologie activités physiques et sportives, activités	Quelles sont les modalités que vous mettez en place en ergothérapie pour favoriser la participation occupationnelle ?	Quels types d'interventions mettez-vous en place pour favoriser la participation occupationnelle ?

		manuelles, activités expressives Reprise d'activités significatives (utilisation d'outils comme la liste d'intérêt)		
L'habituat	Définition de référence : L 'habituat « une disposition intériorisée à adopter des comportements cohérents, guidés par nos habitudes et nos rôles, et adaptés aux caractéristiques de notre environnement temporel, physique et social quotidien » (R. Taylor et al., 2023). Ce concept inclut donc la notion de rôles et d'habitudes.			
	Définition de référence de rôle : “intégration d'un statut défini sur le plan social et/ou personnel et d'un ensemble d'attitudes et de comportements associés” (R. Taylor et al., 2023).			
	Incidence du trouble de l'usage de substances sur les rôles de la personne consommatrice	- Inversion des rôles entre parent et enfant - Perte de certains rôles comme le rôle de travailleur/ rôles liés aux activités de loisirs - Délétion du rôle de parent et des responsabilités qui lui sont associées	Quels sont les rôles qui semblent atteints pour les personnes présentant un trouble de l'usage de substances ? H1	Quels sont les rôles qui semblent les plus impactés pour les personnes présentant un trouble de l'usage de substances ? H1

	Accompagnement de l'ergothérapeute centré le réinvestissement des rôles de la personne présentant un trouble de l'usage de substances.	• Reprise de rôle significatif pour la personne • Accompagnement sur la reprise d'une activité professionnelle et rôle de travailleur/ reprise d'une activité de loisir qui attribue un rôle (membre d'une équipe de sport)	Vous arrive -t-il d'accompagner les personnes spécifiquement sur leurs rôles ? Que proposer vous ? H1	
	Définition de référence d'habitude : Tendances acquises à réagir et à agir de manière cohérente dans un environnement ou une situation familiers" (R. Taylor et al., 2023) "la répétition d'une occupation, dans des situations aux variables contrôlées et reproduites" (R. Taylor et al., 2023) Définition de référence de routine : aux manières stéréotypées d'agir en situation Différence entre habitude et routine			
	Incidence sur trouble de l'usage de substances sur les habitudes de la personne consommatrice	• Changement constant des routines et habitudes	Quelle incidence remarquez-vous sur les habitudes des personnes présentant un trouble de l'usage de substances ? H2	Comment décririez-vous les habitudes de vie des personnes avec un trouble de l'usage de substances ? H2
	Accompagnement de l'ergothérapeute centré sur les habitudes de la personne présentant un	• Développement de nouvelles habitudes • Nouvelles routines (objectifs à	Vous arrive -t-il d'accompagner les personnes spécifiquement sur leurs habitudes ? Que proposer vous ? H2	

	trouble de l'usage de substances.	court/moyen et long terme)		
Système familial	Définition du système familial	• Interaction des éléments • Système principal : système familial et sous-système : parental, conjugal	Qu'est-ce que le système familial selon vous ?	
	Définition de référence : Le système familial comme un ensemble organisé d'éléments en interaction. Il est possible de diviser ce système principal en sous-systèmes comme le système parental, conjugal ou encore fraternel (Delage, 2013)			
	Influence du système familial sur l'habitué de la personne présentant un trouble de l'usage de substances	• Rigidité du système • Changement de rôle difficile • Manque de sécurité par le manque d'habitude stable	Le système familial influence-t-il la réalisation des rôles et la mise en place des habitudes de la personne présentant un trouble de l'usage de substances H3 Si oui, quelle est son influence ?	
	Prise en compte du système familial	• Environnement social de la personne accompagnée	Prenez-vous en compte le système familial dans votre accompagnement en tant qu'ergothérapeute ? Comment le prenez-vous en compte ? H3	Que prenez -vous en considération quant au système familial de la personne que vous accompagnez ? H3

ANNEXE VI : Grille d'analyse des entretiens réalisée auprès des trois ergothérapeutes

Thématiques	Indicateurs	E1	E2	E3
Professionnels interrogés	Année de diplôme en ergothérapie Pays de diplomation Lieux d'exercices Durée d'exercice dans chaque lieu Population accompagnée actuellement	« J'ai commencé ma formation en IFE en 2014. » « Je suis ergothérapeute depuis 2017, j'ai fait une reconversion professionnelle. » « Donc, ça va faire 9 ans en juin. » « J'ai eu l'occasion de passer en SSR, adulte, plusieurs mois, un petit peu en SSR gériatrique. » « Et puis après, j'ai travaillé au sein d'un hôpital, donc ce n'était pas un CHU, Là, c'était multifonctions, aussi bien en SSR gériatrique qu'en médecine, qu'en réa, qu'en EHPAD aussi beaucoup ». « Donc, une activité un peu pluriprofessionnelle, enfin pluridirectionnelle. » « Et après, j'ai travaillé 2 ans et demi dans une association où j'intervenais en EHPAD exclusivement. Quelques autres fonctions, mais principalement c'était EHPAD. » « Et depuis 3 ans et demi, je suis en ADICTO. » « Donc, ergothérapeute à temps plein, en hôpital de jour ADICTO, dans un CHU. »	« J'ai fait mes études en Belgique. » « En sortie de mes études, bon, j'ai eu un peu de travail à l'équivalent du SMR et surtout, j'étais indépendante avec des enfants de base. » « Après, je suis partie en France, j'ai travaillé aussi en tant qu'indépendante, en libérale. » « Et puis, quand j'ai recommencé, j'étais plus en socio-professionnel et en IME, j'ai aussi travaillé en EHPAD et puis maintenant, ça fait 2 ans et demi que je suis d'abord dans un service de SMR psy. » « Et là, depuis un an et demi, je suis en addictologie, dans un hôpital de jour. » « Après, ça dépend des personnes, parce qu'ici, on a vraiment tous les profils. » « (A l'HDJ) Ça vient de tous les milieux socio-économiques. » « On peut avoir des chefs d'entreprise, comme on peut avoir des personnes à la rue. » « C'est vraiment... Les addictions, c'est un peu le principe. » « Donc, nous, on	« Je suis ergothérapeute diplômée en 1990. » J'ai travaillé un petit peu pendant deux ans dans une MAS. « Et depuis 1993, je suis en secteur public hôpital santé mentale, donc hôpital psychiatrique, en tant qu'ergothérapeute, dans une équipe où on était quand même assez nombreux. » « Avec une activité dans un premier temps pendant très longtemps en intersectoriel, et puis progressivement intersectoriel et intra, et progressivement avec des missions extra dans les hôpitaux de jour et CATTP à ce moment-là. » « Dans mon parcours, j'étais beaucoup sur la psychiatrie adulte, jusqu'en 2022 ou on m'a proposé un poste en addictologie. » « Et là, du coup, je suis en hôpital de jour, addictologie, sachant que j'ai des missions au CMP, CATTP, CATTG maintenant, on appelle ça. » « Du coup, je suis en addictologie, donc adulte, bien sûr, depuis 2022. »

		« Nous accueillons des adultes, disons, de 18 à 75 ans. » « La majeure partie des personnes qu'on accueille, je vais faire une grosse tranche très large, elle a entre 30 et 60 ans. » « Mais il peut y avoir des avants et des après. » « C'est des personnes qui, effectivement, ont des troubles d'usage d'alcool, de tabac, alors de tabac pour tous quasiment, mais sinon d'alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, voilà, etc., etc. Et des troubles d'usage, enfin des troubles de comportement, donc sans produit, jeux, donc effectivement, jeux d'argent, jeux en ligne, jeux vidéo un petit peu, et effectivement du chemsex également. » « La plupart des personnes qu'on accueille, c'est des problématiques avec substances, quand même, et avec, je dirais qu'alcool, cannabis, cocaïne, reste un peu le gros des substances, et puis le tabac, oui, il est quand même transversal, donc bien sûr, il faut le prendre en compte. » « C'est des personnes qui vont avoir, qui normalement sont sevrées et qui sont dans un, voilà, avec déjà une, qui sont déjà	est principalement alcool, cocaïne. » « Donc, la seule condition, c'est d'avoir un trouble de l'usage à l'alcool ou à la cocaïne. » « Et on accompagne des gens, soit pour de la réduction des risques, qu'ils consomment toujours, soit ceux qui ont besoin d'une aide au changement, qui veulent un peu diminuer, mais qui ne savent pas trop, soit des personnes qui ont arrêté ou qui veulent arrêter. » « Des personnes qui ont fait une cure et qui veulent maintenir leur arrêt. On a toutes sortes de profils. »	
--	--	--	---	--

		dans un processus de changement. » « Bon, après, il y a la théorie et la réalité, parce qu'on a aussi beaucoup de personnes qui consomment toujours. » « C'est des personnes qui vont avoir des impacts, multiples. »		
Public cible : Personne présentant un trouble de l'usage de substance et son accompagnement au sein de l'HDJA	Répercussions Médicale : maladies (cancer, maladies cardiovasculaires) overdose, coma, Répercussions sociales : isolement sociale, stigmatisation Répercussions dans la vie quotidienne : Baisse de la participation occupationnelle (perte d'emploi, arrêt des activités de loisirs, absence d'activités de repos)	« Donc là, on va avoir des impacts aussi bien psychiques, somatiques, on va avoir des impacts après sur, eh bien, tous les grands domaines de vie quotidienne, qu'ils soient, eh bien, le travail, que les loisirs, que les relations, que, voilà, tout ça. » « Donc après, voilà, il y a tous les impacts qui vont découler. » « Les impacts psychiques, voilà, on est quand même sur une population qui, tous n'ont pas de problématiques psychiatriques, mais on a quand même une grosse partie de nos patients qui ont des problématiques psychiatriques associées. » « On est effectivement dans un service d'addictos et pathologies duelles. » « Et puis, et puis après, somatiques, il va y avoir aussi beaucoup de,	« Il y en a énormément des répercussions. » « Parce qu'en fait, les personnes qui ont un trouble de l'usage, petit à petit, le trouble de l'usage va effacer toute la sphère de leur quotidien. » « Et lorsqu'on enlève le produit, le problème c'est que souvent, il n'y a plus rien. » « Donc, il vaut mieux... » « C'est là qu'il y a une prise en charge qui est intéressante à faire. » « Parce que sinon, ils risquent de retomber dans le produit parce que souvent, ils ont perdu leur travail, perdu leur famille. » « Ils n'ont plus d'amis, ils ne sortent plus chez eux pour ne pas croiser leur dealer. » « Il y a peut-être des troubles cognitifs qui se	« Oui, mais la principale, c'est justement un problème d'occupation, dans le sens où le produit prend toute la place. » « Et souvent, c'est associé à un syndrome dépressif aussi, voire des comorbidités psychiatriques, autres. » « Ce sont des gens qui n'ont plus d'envie, qui n'ont plus d'occupation, qui ont du sens pour elles, mis à part que le produit, le comportement, prend toute la place. » « En tant qu'ergothérapeute, j'essaie de travailler par rapport à ça, sur quels sont leurs intérêts, quels sont, au niveau de leur temps libre » « On a des personnes qui ont des comorbidités psychiatriques, mais on n'a pas trop de psychoses, ou des structures psychotiques

		mais ça, ça va être en fonction des substances, bien évidemment, et du parcours de la personne et de l'ancienneté de la consommation, etc. » « Il y a plein de choses qui vont s'ajouter pour que, effectivement, ça va être variable aussi bien vraiment motrice que cardiaque, etc. »	sont déclenchés. » « Après, il y a tous les troubles qui ont peut-être été là à la base. » « Donc, des répercussions, il y en a sur toutes les sphères. » « Les sphères les plus impactées ça dépend des personnes. » « Il y en a qui arrivent à garder leur travail, il y en a qui arrivent à garder leur cercle social, et puis il y en a hypertôt. » « Après, en fonction de la consommation, de la quantité qu'ils consomment, pendant combien de temps, il y a des répercussions sur la santé aussi. »	questionnantes. « Mais dans le sens où on se pose la question, justement, s'il n'y a pas une structure psychotique, mais c'est des personnes qui sont quand même suffisamment insérées, même si elles sont en ESAT, mais elles peuvent avoir une situation professionnelle, quoi qu'elle soit. » « Et après, on a beaucoup de personnes qui arrivent dans le soin, en fait, via le CMP, ou via le médecin traitant. » « Mais nous, pour les avoir en hôpital de jour, elles ont forcément un contact CMP au préalable, que ce soit médical ou infirmier. »
	Milieu sanitaire (Hôpital) Milieu médicosociale (CSAPA, CAARUD) Moment d'accompagnement en ergothérapie par rapport aux autres professionnelles Temps d'accompagnement de l'ergothérapeute en HDJA Evaluation	« Alors, nous, à l'HDJA, on vient boucler une grande boucle de soins d'addictos au sein du département, ce qui permet d'être, que la filière soit en niveau 3. » « En fait, donc, la plupart des personnes suivent, entre guillemets, un trajet, mais après, enfin, je dirais qu'il n'y a pas de règle. » « Il y a effectivement une structure de soins aigus, puis une structure de SSR. » « Et enfin, une structure d'HDJ, qui, donc, nous, en fait, souvent, on a des personnes qui se sont	« Donc, on fait des groupes. Il y a des groupes toute la semaine. » « Et quand les personnes sont orientées chez nous (ergothérapeute), on va un peu les évaluer avec l'ELADEB. » « Et on en discute en réunion pluridisciplinaire. » « Et puis, après, on les met dans les groupes en fonction de leurs besoins. » « Il y en a, ils vont venir 5 fois par semaine. » « Et puis, il y en a, ils	« Orienté en ergothérapie via les réunions cliniques, en fait. » « Que ce soit CMP ou HDJ, où on repère, justement, soit la personne est perdue, on la sent un peu perdue, et nous aussi, du coup. » « Moi, je travaille avec un outil qui n'est pas normé, mais qu'on utilise beaucoup sur l'hôpital, qui est, on appelle ça l'évaluation fonctionnelle, qui évalue la satisfaction de vie, en fait, sur plein d'items différents, comme les conditions de vie, les relations avec les autres, au sens général,

	Intervention individuelle Intervention en groupe Revoir (ça serait plus sur par exemple le quotidien, gérer certaines chose...	hospitalisées pour des sevrages ou pour des mises à distance qui ont besoin de, de soins de suite pour pouvoir, effectivement, poursuivre cette mise à distance et cette récupération et ensuite, ce retour à domicile où alors, effectivement, l'HDJ peut leur être proposé. » « Ça, c'est un peu la filière idéale, mais, en fait, on se rend compte qu'on a des gens qui arrivent, qui peuvent arriver de tout, à chaque stade. » « Ça va vraiment dépendre de la personne, de son parcours, de son envie de changement, où elle en est. » « Et, on a des personnes, donc, effectivement, qui arrivent après, enfin, le service d'aigu, le SSR, et puis nous. « Il y en a qui arrivent directement après le service d'aigu parce qu'ils ne peuvent pas, ils se doivent de rentrer à domicile pour des raisons, ils sont parents, ils ont du travail, ils n'ont pas envie, c'est possible aussi, pour plein de raisons. » « Ou alors, on a des personnes qui arrivent, donc, là, on est dans la structure puis d'autres qui peuvent arriver d'autres structures, d'hébergement, enfin, de soins, donc, SSR, d'autres départements. » « Après, on a des gens qui arrivent directement du domicile, donc,	vont venir 1 fois par semaine ou 2 fois parce qu'on a du mal à les accrocher ou parce qu'ils n'ont pas moins de disponibilité ou parce qu'ils n'ont besoin que d'un ou deux groupes. » « Et puis, après, on augmente au fur et à mesure et on réévalue. » « Alors, en fait, souvent, on les accueille en groupe et au fur et à mesure de leur accompagnement, on se rend compte qu'il y a tel ou tel point qui bloque et on leur propose des accompagnements plus individualisés ou de groupe en fonction de ce qui pose problème. » « Après, ils ont aussi un rendez-vous mensuel avec le médecin, un addictologue, avec qui ils discutent aussi de leurs difficultés. » « Donc, eux peuvent aussi en renseigner. » « C'est des collègues qui vont dire tel ou telle personne a besoin de ça. » « Ou le médecin lors de ce rendez-vous initial. »	tout ce qui est santé, donc ça va de l'alimentation à l'addiction, à l'estime de soi, les conditions de vie, c'est le lieu de vie, le travail, les finances, le quotidien, comment ils gèrent les tâches administratives, les déplacements, où on fait un bilan de tout ce qui est notre vie, en fait, et on va évaluer la satisfaction de vie. » « C'est un document qui est papier, où on a un tableau, où la personne, un tableau qui va de 1 à 10, et la personne, elle remplit les cases de 1 à 10. » « On fait la situation actuelle, comment c'est pour la personne, et s'il y a des attentes et des objectifs, et après, à partir de là, ça peut en découler des orientations de prise en charge avec d'autres collègues, puisqu'on a eu la chance d'être une équipe pluriprofessionnelle, ou avec l'ergothérapeute, où là, je dis, tiens, là, le temps libre, voilà, ou les finances, voilà, où des fois, ça peut aboutir à une prise en charge plus individualisée en ergothérapie. » « Je leur dis que je leur donne, je fais le compte rendu, et je leur donne à lire, mais partout, les autres collègues aussi, on leur donne à lire, et si elles sont ok, on
--	---	--	---	---

		adressés par leur médecin traitant ou par leur psychiatre ou leur addicto, s'ils en ont. » « Donc, en fait, il n'y a pas vraiment systématique. » « Alors, nous, on a la chance d'être une très grosse équipe. » « En fait, je bilante tous les patients. » « On est huit corps de métier et au sein des huit corps de métier, on est quatre à voir tous les patients. » « Donc, l'ERGO thérapeute, on a une éducatrice spécialisée, une diététicienne et un.e professeur.e d'APA. » « Tous les patients nous sont tous adressés au départ puisqu'on les bilane tous. » « Mais ensuite, en fonction du bilan initial, eh bien, j'aurai plus ou moins de, de liens, enfin, de, à voir les personnes. » « Bien sûr, les objectifs sont différents en fonction de chacun. » « La majeure partie des personnes que je vais croiser à un moment ou un autre au sein de la séquence, en fonction de leurs besoins, leurs demandes. » « Mais globalement, il y a quand même, il y a quelques personnes que je ne verrai pas parce que c'est pas leur souhait. »		met le compte rendu avec l'accord commun dans le dossier. » « Où on est libre du temps de l'accompagnement. Alors, après, ça se discute et puis il faudra trouver du sens. Mais tant qu'il y a du sens, on continue. » « L'accompagnement qui peut se faire à domicile. »
--	--	---	--	--

		« Nous, on les accueille pour une séquence de trois mois, à raison de deux jours par semaine. » « Trois mois renouvelables. » « Très souvent, les patients ne connaissent pas l'ergothérapie. » « Leurs demandes [...] échanger sur les problématiques somatiques, gestion des activités de la vie quotidienne et les difficultés, des douleurs, des limitations fonctionnelles. » d'adapter les Je m'autorise dans entre en Centre de rééducation d'adapter les gestuels, de trouver des aides techniques. » D'autre demandes comme, une grosse inertie à la relation, beaucoup d'ennuis dans le quotidien, un désinvestissement de leurs activités. » « Besoin d'aide à la gestion du temps, à la réinsertion d'une routine et au réinvestissement des activités »		
--	--	--	--	--

La participation occupationnelle selon le MOH	Engagement de la personne dans ses occupations Occupation : activités de soins personnel, de loisirs, de productivité Contexte précis et spécifique 1 ^{er} forme d’agir de la personne	« Personnellement, moi, dans le sein de ma pratique, alors, je l'utilise participation occupationnelle, mais peut-être que j'ai tort, j'utilise peut-être plus équilibre occupationnel du moins vis-à-vis des patients, vis-à-vis d'eux » « Participation occupationnelle, je dirais, la manière dont la personne appréhende ses activités, s'investit dans ses activités, bien sûr, avec l'impact de l'environnement, qu'il soit physique, social, et puis, l'influence de toutes ces capacités ou incapacités. »	« Ici, ça a tout son sens (la participation occupationnelle) parce qu'il y a plusieurs axes qu'on travaille dans les occupations de la vie quotidienne. » « Il y en a, ils ne prennent plus soin d'eux, ils ne vont plus se laver, ils ne vont plus ranger, ils ne vont plus s'occuper de leur ménage, ils n'arrivent plus à gérer leur temps, ils n'arrivent plus à gérer leurs tâches quotidiennes. » « Après, c'est pouvoir s'occuper aussi, retrouver des occupations, retrouver des activités, pouvoir remplir leur temps. » « Il y en a énormément qui ne savent pas quoi faire de leur temps libre. »	« La participation occupationnelle moi ce que ça m'évoque c'est comment la personne arrive à se mettre en activité, on va dire. » « Et puis, comment elle est satisfaite de sa mise en activité, de ses occupations actuelles. » « Comment elle peut trouver un équilibre dans ce qui contraint ses occupations. » « Oui, c'est sûr, elle (la participation occupationnelle) est altérée. » « Dans le sens où le produit, parce que nous, on a beaucoup de produits quand même, on n'a pas trop de comportements, où le

	Baisse de la participation occupationnelle dans les activités de productions (emploi, scolarité) Baisse de la participation occupationnelle pour les activités de loisirs “social” car stigmatisation d’autrui.	« Alors, globalement, oui, quand même, il y a une altération de, ne serait-ce qu'à travers cet exercice-là, alors, oui, il y a une partie des personnes où non, ils considèrent qu'il n'y a pas d'altération et c'est les personnes qui restent actives, qui restent, et ça, ça va dépendre d'où elles en sont dans leur stade de changement et quelles sont les pathologies aussi, associées qui viennent s'associer. » « C'est vrai qu'une personne qui est vraiment dépressive, ben, il y aura quasi systématiquement un désinvestissement des activités et l'équilibre occupationnel ou la participation, elle sera altérée parce qu'il y a une telle inertie, il y a un tel, tous les A qu'on veut, les aboulis, les apathies, ce qu'on veut, on a du mal à investir dans ces activités. » « Il y a quand même un désinvestissement. » « Alors, je dirais qu'il y a plusieurs catégories. » « Il y a des gens qui ont des activités vraiment très altérées, enfin, un équilibre très altéré parce qu'ils sont sur le minimum du ménage, de l'hygiène personnelle, de la cuisine, ils n'ont plus d'activités de loisirs, les	« Ils ne savent plus quoi faire et qui ont des cravings importants à cause de ça. » « Ce qui les bloque dans leur participation et bien déjà le craving surtout l'alcool. » « Oui et, eux-mêmes, leur manque de confiance en eux. » « Après, c'est compliqué. » « La cocaïne, c'est parce que maintenant, c'est compliqué. » « Les dealers envoient des messages, on peut les livrer. » « Ils attendent des points stratégiques. » « Donc déjà, de ne pas les croiser. » « Ensuite, au niveau de l'alcool, socialement, c'est compliqué parce que c'est assez une pression sociale. » « Il y en a partout. » « Quand on sort, on est tenté. » « Donc ça, c'est déjà compliqué pour certaines personnes. » « Après, il y en a qui sont déprimés sur le produit, qui n'arrivent pas à avancer. » «Après, il y en a qui prenaient des produits parce qu'il y avait une anxiété généralisée pour sortir, pour voir des gens, pour parler aux gens. » « Il y en a qui n'arrivent plus à prendre des transports en commun parce qu'on a	produit prend tellement de place qu'ils sont toujours sujets au craving, à une consommation importante. » « Et du coup, ça inhibe la motivation, ça provoque de l'ennui, des syndromes dépressifs. » « Oui, c'est compliqué de se mettre en activité et puis de l'estime de soi aussi, la confiance en soi, ils n'en ont plus donc c'est plus difficile de se faire confiance et de pouvoir se mettre en activité du coup. » « Et puis la solitude, beaucoup sont seul. Même s'ils sont entourés, beaucoup vivent la solitude aussi, le manque de soutien des fois. » « On voit que quand l'entourage est bien présent, compréhensif, par rapport à la maladie de l'addiction, c'est plus facile. »
--	--	---	--	---

	De multiples freins à la participation occupationnelle tel que : la volition, la capacité de performance, la capacité de performance, l'habitation, les habiletés, l'environnement	activités relationnelles sont très réduites. » « Oui, je dirais qu'il y a quand même un impact et que c'est variable. » « Alors après, ça peut être aussi bien les activités productives que cognitives, que physiques. » « Il y a quand même un impact assez fort, oui. » « Alors, les facteurs, alors c'est vrai qu'ils sont, ils sont multiples, parce qu'en fait, on se rend compte avec, quand on accueille des personnes qui ont des problématiques addictives » « Physiques que psychiques que relationnelles, enfin, l'environnement, bien sûr, le poids de l'environnement sur la, l'entrée en activité de la personne, il est réel. » « On sent vraiment le poids du manque d'envie, quoi, la personne, elle est vraiment toujours dans l'inertie et la difficulté à pouvoir s'engager dans l'activité, manque d'envie, manque de motivation, l'inertie qui est vraiment prégnante. » « L'influence des produits, ça, c'est sûr, les problématiques psychiques	énormément de profils avec des angoisses et beaucoup d'anxiété. » « Anxiété sociale, anxiété de prendre les transports en commun, le retour à l'emploi, c'est compliqué aussi parce qu'ils ont souvent perdu leur emploi parce qu'ils venaient à alcooliser ou ce genre de choses. » Il y a vraiment énormément de facteurs. »	« La solitude, oui. » « Le manque d'estime de soi, parce que beaucoup, il y a, du coup, ils ont de la culpabilité, ils n'ont plus de confiance en eux, ils ne comprennent pas pourquoi ça leur arrive et qu'ils n'y arrivent pas à s'en sortir. » « Voilà, donc ça amène aussi de la dépression. » « Souvent, il y a quand même un syndrome dépressif, mais qui est en plus augmenté par la consommation d'alcool, puisqu'on sait très bien que l'alcool aussi ne rendait pas son rôle. Voilà, le manque de soutien aussi, je disais tout à l'heure, le manque de soutien de l'entourage. »
--	---	--	---	---

		associées, ben, c'est sûr que, ben, les personnes ont parlé, la dépression, les troubles anxieux, les troubles perso, enfin, voilà, on a vraiment tout un panel de problématiques psychiatriques qui font que, ben, elles vont avoir une influence si elles sont déjà là sur le fonctionnement de la personne, et puis elles vont venir peut-être renforcer tout ce que le produit peut lui-même engendrer. » « Après, donc, il y a vraiment l'influence de l'environnement, régulièrement, ce sont des personnes qui sont, qui décrivent peu d'entourage. » Des difficultés de relations avec l'entourage. » « Limiter les activités parce que s'ils se retrouvent que pour consommer. » « Quand les personnes ont coupé les ponts avec tout un environnement négatif, ben, au contraire, elles se retrouvent assez seules, isolées, donc, c'est un peu, parfois, difficile de pouvoir initier des activités seules. » « L'environnement physique aussi, il va jouer, l'isolement géographique, on a aussi pas mal de personnes au département, il y a beaucoup de personnes qui sont en campagne ou en montagne, donc,		
--	--	---	--	--

	Les modalités d'intervention que l'ergothérapeute peut proposer pour améliorer la participation occupationnelle : une visite à domicile (VAD), entretien individuel, de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), de la psychoéducation, Travail sur les capacités de performance, Favoriser la volition, Travail autour sur les	quand on a plus le permis de conduire. » « Isolé, c'est tout de suite beaucoup plus complexe pour aller travailler, pratiquer une activité sportive ou autre. » « Alors moi, je m'inscris vraiment dans une équipe, donc je reste modeste, je vais rester modeste, sachant qu'on est une très grosse équipe, donc il y a un côté extraordinaire parce que ça permet de mélanger plein de pratiques et puis de tendre vraiment vers l'interdisciplinarité. » « Déjà, on se disait de pouvoir accompagner les personnes de manière individuelle sur eux les objectifs qu'ils ont pu dégager parce que ça arrive souvent qu'il y en ait qui ont envie de choses assez précises, donc d'essayer de répondre à la demande à la mesure près. » « Ça peut être sur, effectivement, des conseils, des techniques, d'essayer de mettre en situation. » « On a la possibilité à l'hôpital de jour, après, ça peut aller sur des visites à domicile. » « Séquences co-op. »	« C'est principalement les groupes ici. » « Donc, on a un groupe par exemple de prendre soin de soi où là, on va aborder tous ces aspects, on va leur faire faire les courses, la cuisine, les budgets, les planifications du temps, les tâches de ménage, l'hygiène, tout ça. » « Et on a aussi un groupe qui s'inscrit là-dedans, c'est le groupe de sortie où on va leur faire découvrir toutes les activités qu'ils peuvent faire dans la ville parce que c'est des personnes qui vont s'isoler, qui ne vont plus ressortir de chez eux, qui vont rester enfermées, qui ne vont plus vouloir sortir pour ne pas croiser un dealer, pour ne pas être tentée dans les magasins ou ce genre de choses à cause des cravings. »	« Alors, justement, suite à l'évaluation fonctionnelle, notamment, on essaye d'étudier comment ça se passe leur temps libre, qu'est-ce qu'ils y font, quel est leur intérêt. » « Je peux être amenée à faire la liste des intérêts justement du MOH. » « J'essaye aussi de, pendant l'évaluation fonctionnelle, d'utiliser un petit peu l'OCAIRS. » « Les questions de l'OCAIRS sur les rôles, sur qu'est-ce qui est important pour eux. » « Leurs valeurs aussi, on les aborde. » « Et du coup, à partir de là, ça peut déboucher des fois vers de l'associatif, vers du temps libre à la maison, vers une sortie,
--	---	---	---	---

	rôles et les habitudes Activités thérapeutiques au sein de l'hôpital de jour en addictologie activités physiques et sportive, activités manuelles, activités expressives, reprise d'activités significatifs (réalisation de la liste d'intérêt)	« La gestion du temps [...] et réfléchir à la mise en place d'un planning. » « Différents outils pour l'équilibre et l'inventaire de l'équilibre occupationnel. » « Permettre à la personne de pointer ou alors le profil PPR. » « Alors, dans le sein, moi, du programme, en fait, on a un programme d'ETP qui est décliné en plein de domaines, particulièrement par rapport à la problématique, enfin, la pathologie addictive. » « Néanmoins, ils prennent conscience en évoquant cette thématique que, pour eux, la notion d'activité, elle serait due essentiellement à l'activité de loisir. » « C'est paradoxal, on en est quand même souvent assez, activités de loisir ou alors professionnelles. » « Très régulièrement, ben, les personnes ont tendance à éduquer le fait que, ben, l'hygiène de soi, l'hygiène de l'environnement, la cuisine, les tâches administratives, etc., etc., ce sont des activités, ben, nous, comme on peut le considérer en tant qu'incos, c'est des activités	« On a très peu l'occasion de faire de l'individuel. » « Alors, là, j'ai quelques VAD qui se remettent des visites à domicile, qui vont se remettre parce qu'il y en a qui n'arrivent pas à gérer, que ce soit leur repas ou leur cuisine, ou qui sont dans des contextes sociaux un peu compliqués. » « Mais après, c'est vraiment beaucoup des groupes ici. » « Donc, se remettre dans une recherche d'emploi, ce n'est pas simple. » « Après, il peut aussi y avoir des troubles du sommeil. » « Donc, c'est des gens qui vont être décalés, qui ne vont plus dormir la nuit et qui vont dormir le jour.	l'organisation de sortie. » « À partir de ce qu'ils me donnent, ça peut orienter vers des réflexions et des propositions. » « Je n'aime pas trop ça, mais de leur faire émerger une envie de quelque chose. » « Donc je fais des visites à domicile, un accompagnement individuel ou de groupe aussi. » « Il y a tout ce qui est activité créative que moi, j'aime bien, dans le sens où ça peut permettre à la personne de redécouvrir des activités manuelles. » « On a eu des personnes qui ont redécouvert leur côté créatif, on va dire, à travers ces groupes-là. » « Ça me permet aussi de travailler la relation de confiance qui est primordiale pour, après, aborder des bilans qui sont quand même plus compliqués parfois. » « Je fais partie de groupe d'ateliers de psychoéducation ou d'ETP, en fait. » « Sur tout ce qui est confiance en soi, estime de soi. » « Je fais aussi, des fois, comprendre son addiction. » « Et j'aimerais bien faire un ETP aussi ou un atelier psychoéducation sur la dépression. »
--	--	--	--	--

		à part entière et elles ne le prennent pas forcément en compte. » « Au sein de ce programme, moi, j'ai trois séquences qui s'intéressent vraiment à la personne et à ses activités. » « Et au sein de la première, on travaille avec l'équilibre occupationnel et j'essaie de questionner la personne sur qu'est-ce qu'elle pense de l'équilibre de leurs activités. » « En redéfinissant, j'utilise l'outil, gérer son équilibre, gérer ses activités au quotidien, un petit fascicule qui avait été créé par des ergothérapeutes. » « Dans le cadre des ateliers de groupe, aussi on utilise tout ce qui est créatif. » « Et on réalise des ateliers vraiment mise en situation, comme une remédiation cognitive et ateliers créatifs ou autre chose, la cuisine ou autre. »		
Les rôles (Hypothèse 1)	Inversion des rôles entre parent et enfant Perte de certains rôles comme le rôle de travailleur/ rôles liées aux activités de loisirs Délétion du rôle de parent et des responsabilités qui lui sont associés	« Souvent, ils (les usagers) sont assez étonnés parce que la notion de rôle, enfin, c'est tellement ancré en nous que c'est comme le fait que les activités de la vie quotidienne, souvent, ils réalisent que oui, en fait, c'est très large. » « Et donc, la notion de rôle, le fait d'être parent, enfant, etc. »	« Les rôles, ok. » « Bah, donc, la parentalité, c'est compliqué. » « Ça peut être très compliqué parce que, bon, un parent qui est alcoolisé, il tient de gros impacts sur les enfants. » « Alors, soit les enfants, ils ne veulent plus les voir, soit au quotidien, c'est	« Les rôles qui semblent atteints c'est souvent, pour les parents, des fois, par rapport à leurs enfants, le rôle de parent. » « Ça peut être aussi professionnel. » « Je ne sais pas si on peut le dire comme ça, mais dans le sens où le produit prend tellement de place sur le temps professionnel que ça peut entraîner des conséquences qui peuvent être

		« Certains disent qu'ils ont perdu leur rôle de parent parce qu'on leur a retiré la garde, tout simplement. » « Soit parce qu'il y a eu une inversion des rôles du fait de la pathologie, la personne n'est plus encapacitée ou trop à distance des autres pour pouvoir continuer à maintenir ce rôle. » « Souvent, c'est deux rôles. » « Et celui de travailleur, ça, par contre, il revient » « Mais ce rôle-là, il est vachement fort. » « Il revient très régulièrement. » « Mais en tout cas, c'est un rôle qu'ils ont vraiment envie de retrouver. » « Ils disent vraiment, je me sens inutile, je veux de nouveau être utile. » « Très souvent, c'est le rôle de parent qu'ils aspirent à trouver. » « Le rôle de compagnon et de compagne, aussi, parce que c'est souvent des rôles qui sont très mis en difficulté par les consommations, tout simplement. » « Soit parce qu'il y a des divorces, soit parce qu'il y a des séparations, si la personne n'est pas mariée, soit parce qu'il y a des violences conjugales, etc. » « Donc c'est souvent des rôles qui sont mis à mal. » « Et quand la personne la trouve ou la retrouve, c'est quand même des	compliqué parce qu'ils ne savent pas assumer leurs tâches parentales. » « Après, il y a des environnements très étayant, mais ça a quand même un impact sur les enfants. » « Après, au niveau du travail, ça peut être compliqué aussi. » « S'ils viennent alcoolisés au travail, ils peuvent perdre leur emploi. » « Après, il y en a beaucoup qui sont en arrêt et qui peuvent récupérer leur travail après. »	graves. » « Familial aussi, du couple, le rôle de conjoint. »
--	--	--	---	--

	Reprise de rôle significatif pour la personne Accompagnement sur la reprise d'une activité professionnelle et rôle de travailleur/ reprise d'une activité de loisir qui attribue	rôles, ça peut être aussi des objectifs et des motivations intrinsèques, c'est vraiment conserver le lien avec son compagnon ou sa compagne. » « On évoquait tout ce qui va être, j'ai dit enfant, mais ça va être enfant, dans le lien familial, neveu, nièce, cette instabilité qui peut se créer du fait des problématiques addictives. » « Alors il y en a beaucoup qui évoquent aussi le rôle de bénévole, il y en a qui acquièrent le rôle de bénévole et qui sont très satisfaits, fiers, d'acquiescer ce rôle. » « C'est vraiment tout ce processus d'accompagnement en addicto qui, pour moi, au-delà de l'ergothérapie pure, on est vraiment dans en fait, pour moi, c'est vraiment le processus de réhabilitation psychosociale où on permet à la personne de gagner, de récupérer la meilleure qualité de vie possible et pour moi, la notion de rôle, elle est collée. » J'essaie de leur expliquer que nos activités induisent nos rôles et inversement, moi, très modestement, si je peux leur permettre, en travaillant sur tous de manière individuelle ou en groupe,	« On a monté le service tous ensemble, donc bon, il est en constante évolution. » « Moi, personnellement, moins pour l'instant. » (Accompagnement sur les rôles) « Après, j'ai une collègue éducatrice spécialisée qui aborde le retour à l'emploi. »	« Ça ressort quand on fait l'évaluation, là aussi, quand on aborde les thèmes famille-enfant. » « Là, il peut y avoir une plainte, par exemple. » « Et où, du coup, on déplie en disant comment ça peut évoluer, qu'est-ce que vous pourriez faire pour que vous soyez plus satisfaits de votre rôle de papa ou de maman vis-à-vis de vos enfants. » « C'est comme ça qu'on le déplie, en fait. » « On réfléchit ensemble. »
--	--	---	---	--

	un rôle (membre d'une équipe de sport)	surtout de manière individuelle, si on est vraiment sur des... de retrouver cette capacité de participer à retrouver la capacité de s'organiser, d'entretenir le logement, de participer à ces activités de vie quotidienne, déjà, ça va permettre de maintenir ou de restaurer le rôle de compagnon de compagne, de colocataire, ils le sont, de parents » « Le fait de faire, de leur permettre de retrouver leur activité, on arrive forcément à la notion de rôle. » « J'axe avec une collègue sur la notion de réinvestissement des activités, de loisirs ou de bénévolat. »		« On y parle se questionne. » « Et après, du coup, ça peut amener à dire » « Ah ben tiens, je pourrais peut-être faire une bonne chose. Ce week-end ? Ok, d'accord. Est-ce que vous pensez que c'est possible ? S'il fait beau, oui, bon, ben d'accord, on en reparle lundi. Voilà. » « Des choses comme ça, comme des petits objectifs. » « Parce qu'on parle beaucoup, nous ici, des petits pas. »
Les habitudes (Hypothèse 2)	Changement constant des routines et habitudes Développement de nouvelles habitudes (non lié aux substances) Nouvelles routines (objectifs à court/moyen et long terme)	« La question de la routine, je la pose systématiquement lors du bilan d'entrée. » « Alors, est-ce que leur routine leur permet de faire tout ce qu'ils doivent faire, tout ce qu'ils veulent faire ? « Et ensuite, est-ce qu'ils sont satisfaits de leur routine ? » « Et si oui ou si non, qu'est-ce qu'ils aimeraient ajouter, améliorer, mettre dans cette routine ? » (Définition de routine selon E1) « Cette notion d'avoir des habitudes qui se répètent, qu'elles soient très ritualisées ou pas, le fait	« Au niveau des habitudes, c'est vrai qu'il faut savoir que dans l'addiction, les zones du cerveau changent avec l'addiction et on est beaucoup plus réceptifs aux habitudes et aux renforcements négatifs plutôt qu'aux renforcements positifs. » « Et on voit vraiment que ces zones-là grandissent ou rapetissent avec les addictions. » « Donc, c'est vrai que les habitudes, c'est compliqué, les habitudes mises en place. »	« En fait, souvent, on fait le lien que la consommation de produits empêche justement de se mettre en activité et d'être satisfait de pouvoir faire ses habitudes, donc c'est, on voit plutôt comment on peut diminuer la consommation, comment, qu'est-ce qui ferait que la consommation pourrait être moins importante pour que les habitudes puissent revenir, quoi. » « On travaille plus là-dessus. » « Du coup, on revient au petit pas, quoi. » « Oui. » « Que la consommation soit moins

		d'avoir des activités quotidiennes ou alors des activités plus à distance, la notion de répétition. » « Rejet de la routine. » « Mais moi, je ne veux pas de routine, justement. » « La routine est vu comme d'extrêmement rigide, plombant. » « Mais effectivement, consommer, c'est une activité. Une activité, comme diraient certains. » « Mais c'est une routine. » « C'est une routine de dire, je vais aller à tel endroit, je vais acheter mon produit, je vais rentrer chez moi, je vais le consommer, il me faut ça, je vais en consommer, je vais redescendre, etc. Donc, ça crée aussi une routine. » « En tout cas, si on parle de routines, entre guillemets, positives, vertueuses, ou du moins qui satisfait la personne, vers laquelle la personne aimerait tendre, oui, elles déstructurent quand même pas mal les routines. » « Cette routine délétère de consommation et de lever très tard, de nuit déstructurée, de coucher très tard, de ne pas sortir de chez eux, de manger du tout prêt. » « Des séances individuelles, avec l'utilisation du profil PPR. »	« Il y a une énorme incidence sur les habitudes de vie. » « En fait, leur quotidien va être dicté par le produit, par comment je vais aller me le fournir, à quel moment, et puis pour ne pas déclencher de craving ou de tremblements, il faut les prendre à tel ou tel moment. » « Vraiment, c'est vraiment un truc quotidien. » « Limite, les journées s'ancrent autour de la consommation et du produit. » « On intervention sur les habitudes forcément, avec mes groupes, c'est plus sur l'anxiété, sur la mise en place du quotidien, parce qu'il y en a qui, par exemple, ne vont pas manger et oublier de manger, parce qu'avec leurs produits, c'est restructurer leur journée. » « Ça, c'est important aussi. » « Et du coup, par exemple, pour restructurer. « Parce qu'ils n'arrivent plus à se mettre à ranger ce genre de choses, ce que je leur dis, c'est de mettre un chronomètre, 5 minutes, d'arranger ce qu'ils voient pendant 5 minutes et surtout ne pas se mettre d'objectifs fixes énormes du genre il faut que je range toute la maison. » « Parce que c'est	importante pour revenir à de nouvelles habitudes plus stables. »
--	--	---	--	---

		« L'établissement d'un planning par semaine ou au mois, ça peut être, après, ça va vraiment dépendre de la personne pour essayer de faire un point sur les activités qui sont importantes et qu'on a envie de recaler, et ça, ça peut, ça va dépendre de la personne, mais c'est souvent plus en individuel. » « Mais déjà, les ateliers, les trois séquences d'ateliers et d'ETP, ça permet quand même déjà pas mal de travailler dessus. » [Séance d'ETP ou les personnes puissent] « essayer de se fixer des objectifs simples, un peu smart, pour dire, ça, je peux l'atteindre, je peux appeler le kiné, je peux poursuivre mon accompagnement à l'HDJ, je peux essayer de trouver un club de pétanque où ils ne boivent pas d'alcool. » « Quelles sont les grandes, les activités qui structurent leur temps, les activités qu'ils aiment faire, les activités qu'ils n'aiment pas faire, les activités qu'ils ne veulent pas enlever de leur routine, leur journée idéale, et puis d'essayer de trouver un petit bloc-note de quelles sont mes activités ressources, les activités que j'aimerais améliorer, et celles que j'aimerais intégrer dans mon emploi du temps. »	délétère et du coup on avance petit à petit comme ça. » « Après, j'ai déjà mis en place des chronomètres ou des choses comme ça pour ceux qui oublient de manger, pour ceux qui oublient... »	
--	--	---	---	--

Système familial dans la réalisation des rôles et habitudes (Hypothèse 3)	Interaction des éléments Système principal : système familial et sous-système : parental, conjugal Rigidité du système Changement de rôle difficile Manque de sécurité par le manque d'habitude stable Environnement sociale de la personne accompagnée	Soit-il sont isolés, soit ils sont effectivement en famille, ou du moins dans des réseaux sociaux, ça peut être des colocataires aussi, ou ça peut être parfois il y a eu des ex-compagnons ou compagnes qui sont toujours à domicile, « Il y a qui vont dire que les proches sont aidants, sont présents, ils ont pu leur exprimer leur parcours, leur chemin, et puis il y en a une grosse partie, on sent qu'il y a des conflits parce que les aidant, ils s'épuisent, ils ne comprennent pas. » « Très souvent, ils verbalisent le fait que les personnes, que ce soit la famille ou les familles donc vraiment compagnons, compagnes, enfants, ou plus loin, ne comprennent pas la problématique addictive et souvent la problématique psychiatrique. » « Donc on a créé un groupe d'aidants en entourage. » « On transmet des connaissances à la personne qui a une problématique addictive, de transmettre à l'aidant ou à l'aidante les billes pour qu'on comprenne c'est quoi, ça marche comment, comment on peut améliorer la	« L'influence de ce système ça peut se transparaître, ça peut être négatif comme positif. » « Ça dépend si les personnes dans la famille, le conjoint ou les parents, peu importe, consomment aussi. » « Ça peut influencer dans un sens. » « Par contre, il y en a qui peuvent être influencés dans l'autre sens. » « Dans le sens où quand ils sont chez l'enfant, ils ne vont pas consommer. » « Après, il y a des parents qui poussent à ne pas consommer. » « Il y a des parents qui sont étudiants dans ce sens-là. » « Il y en a qui peuvent aller se réfugier chez eux quand ils ont besoin d'un environnement où ils savent qu'ils ne boiront pas. » « Il y a des mécanismes qu'on met en place aussi autour de l'entourage. » « Parce que souvent, l'entourage, ils sont demandeurs aussi. » « Ils sont aussi en détresse ou ils sont demandeurs d'avoir des aides pour comprendre que c'est une maladie. »	« Le système famille, ben, tout dépend, déjà, s'ils sont en couple avec des enfants, déjà, parce que les enfants peuvent renvoyer aussi pas les enfants, aussi, s'ils comprennent la situation, s'ils, voilà. » « Le conjoint, aussi, comment il réagit face à l'addiction de son autre conjoint. » « Et puis, après, pour ceux qui sont seuls, c'est les frères et sœurs, les parents. » « Comment ils réagissent face à tout ça ? » « Face à la consommation, face à... Je dirais à la consommation et pas forcément à la maladie, parce que quand ils parlent de maladie, c'est qu'ils ont déjà bien notion du problème, une notion différente du problème, quoi, de l'addiction. » « Si le patient ou la patiente se sent compris, écouté par son système familial, c'est plus facile, dans le sens où il peut trouver un appui, l'équipe pluripro peut trouver aussi un appui, ou au moins, pas forcément un appui, mais l'accompagner aussi, parce qu'on peut faire des accueils de l'entourage, de l'accompagnement de l'entourage, qui explique... » « Nous, au niveau de l'hôpital, on
---	---	--	--	--

		relation, la gestion des émotions, etc. dans l'accompagnement. »	[Prendre en compte le système familial] « Après, ça permet de comprendre toute la personne dans son entièreté, de comment elle fonctionne. » « De savoir ses responsabilités pour pouvoir l'adapter. » « Il y a des choses qui sont étayantes. » « C'est vraiment du cas par cas. » « On prend tout son environnement et on lui propose des adaptations en fonction. » « Comprendre les responsabilités au sein de la famille, par exemple pour quelqu'un qui doit gérer ses enfants à telle heure, à telle heure, à telle heure. » « Déjà, ça fait un étayage. » « Et que c'est important pour eux, ou qu'ils veulent se reconnecter avec leurs enfants, ça peut être des leviers. » « Oui, l'environnement peut être un levier dans l'accompagnement. » « Ou un frein ! »	a quand même une pensée systémique aussi, on a la thérapie familiale systémique, donc on est déjà habitué à avoir cette pensée là. » « On voit bien que quand le système, quand ils n'ont pas d'appui familial, c'est beaucoup plus compliqué. » « Quand ils ont des reproches sur leur consommation, quand ils ne sont pas compris, quand ils sont en divorce aussi, en séparation, en divorce, en instabilité du couple, c'est plus compliqué. » « Nous, on ne les croise pas (entourage familial). » « Moi, je ne vois jamais la famille, ou très rarement. » « On a un couple qui est suivi, par contre, donc voilà, même si on ne dévoile pas de secrets professionnels, on fonctionne avec les deux. » « Je ne sais pas comment... On prend en compte les deux.
--	--	--	--	--

Accompagnement en ergothérapie des personnes présentant un trouble de l'usage de substances : favoriser la participation occupationnelle
Introduction : Les personnes présentant un trouble de substances vivent généralement une altération de leur participation occupationnelle. Les ergothérapeutes sont des professionnels de santé qui promeuvent la participation occupationnelle en tenant compte des facteurs qui l'influencent. Parmi ces facteurs, l'habitude et le système familial sont particulièrement affectés chez ces personnes. L'habitude englobe les rôles et les habitudes. Objectif : L'objectif de cette étude était d'explorer comment le suivi en ergothérapie intègre l'habitude afin de promouvoir la participation occupationnelle auprès de personnes présentant un trouble de l'usage de substances dans un hôpital de jour en addictologie. Méthodes : Une méthode qualitative et une approche hypothético-déductive ont été utilisées. De plus, pour répondre à la question de recherche, des entretiens semi-directifs ont été menés. Résultats : Trois ergothérapeutes exerçant dans un centre de jour en addictologie ont été interrogés. Les ergothérapeutes intègrent l'habitude pour promouvoir la participation occupationnelle en aidant les patients à établir de nouvelles habitudes. Cependant, la réappropriation des rôles et la prise en compte du système familial ne dépendent pas uniquement de l'accompagnement effectué par l'ergothérapeute, mais également d'une collaboration interdisciplinaire. Conclusion : Les ergothérapeutes peuvent intégrer l'habitude pour favoriser la participation occupationnelle en développant de nouvelles habitudes. Cependant, tous les ergothérapeutes ne se concentrent pas nécessairement sur la réappropriation des rôles ni sur la prise en compte du système familial. Mots clés : Ergothérapie - Trouble de l'usage de substances - Participation occupationnelle - Hôpital de Jour en Addictologie - Habitude

Occupational therapy support for people with substance use disorders: promoting occupational participation
Background: Individuals with substance use disorder frequently experience alterations in occupational participation. Occupational therapists are health care professionals who promote occupational participation by considering the factors that influence it. Among these factors, habituation and the family system are particularly affected in these individuals. Habituation encompasses roles and habits. Aim: The aim of this study was to explore how occupational therapy interventions incorporate habituation to promote occupational participation among individuals with substance use disorders in an addiction day hospital. Methods: A qualitative method and a hypothetical-deductive approach were used. In addition, to answer the research question, semi-structured interviews were conducted. Results: Three occupational therapists practising in an addiction day hospital were interviewed. Occupational therapists incorporate habituation to promote occupational participation by helping patients establish new habits. However, the re-appropriation of roles and the consideration of the family system depend not only on the support provided by the occupational therapist, but also on interdisciplinary collaboration. Conclusion: Occupational therapists may integrate habituation to promote occupational participation by developing new habits. However, not all occupational therapists necessarily focus on reintegration into roles or take the family system into account. Key words: Occupational therapy - Substance use disorder - Occupational participation - Addiction day hospital - Habituation