

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2025-2026

**L'ergothérapie face aux addictions et
comorbidités psychiatriques :
soutenir l'identité occupationnelle**

Soutenu par : Claudy MARTIN

Tuteurs de mémoire : Amandine IBANEZ YAGUIYAN & Bernad DEVIN

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

LINA Bruno

Vice-Présidente du Conseil d'Administration

CHARLES Sandrine

Vice-président Commission Recherche

BRIOUDE Arnaud

Vice-présidente Commission de la Formation et de la Vie Universitaire

CHEMELLE Julie-Anne

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur de Composante

LUAUTE Jacques

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ YAGUIYAN Amandine

PERRET Nina

TRIOLET Luce

Responsables des stages

IBANEZ YAGUIYAN Amandine et PERRET Nina

Responsable des mémoires

IBANEZ YAGUIYAN Amandine



Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont accompagné de près ou de loin pour la réalisation de ce mémoire et de ces trois années de formation.

Merci à Amandine IBANEZ et Bernard DEVIN, mes tuteurs de mémoire pour leur accompagnement, leur soutien et leurs précieux conseils.

Je tiens à remercier grandement les ergothérapeutes ayant participé à cette étude pour temps et leur apport d'expérience, nos échanges très riches ont permis de nourrir ma réflexion et d'aboutir à ce travail.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique ainsi que mes tuteurs de stage pour leur encadrement, leurs conseils et l'ensemble des connaissances et compétences professionnelles qu'ils m'ont permis d'acquérir au fil de ces trois années.

Un grand merci à ma famille et mes amis qui m'ont soutenu, à ma promotion avec qui j'ai partagé ces trois années de formation, et une mention particulière à Lucie, Ludivine et Paloma sans qui ces années n'auraient pas été aussi mémorables.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
PREAMBULE.....	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE THEORIQUE	7
1. LE TROUBLE ADDICTIF : UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE COMPLEXE.....	7
1.1 Application du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) comme cadre conceptuel.....	7
1.2 Les caractéristiques cliniques du trouble addictif.....	8
1.3 Les mécanismes neurobiologiques menant à l'addiction.....	9
1.4 Influence des facteurs personnels et environnementaux dans les TUS.....	10
1.5 Les motivations sous-jacentes à l'usage de substances malgré les conséquences.....	11
1.6 Les liens complexes et ambivalents entre l'occupation et la santé.....	12
1.6.1 Des occupations négligées et difficiles à catégoriser.....	12
1.6.2 Le concept innovant du « côté obscur de l'occupation ».....	13
1.7 Le parcours de soins.....	14
1.7.1 Le parcours de soins en psychiatrie.....	14
1.7.2 Le parcours de soins spécifique en addictologie.....	15
2. LA COMORBIDITE ENTRE LE TROUBLE ADDICTIF ET PSYCHIATRIQUE	16
2.1 Le trouble psychiatrique : une cause ou une conséquence du trouble addictif?.....	17
2.1.1 Le trouble psychiatrique induit par une substance.....	17
2.1.2 La consommation de substance comme conséquence d'un trouble psychiatrique : l'hypothèse d'automédication.....	17
2.2 Enjeux et impacts de la comorbidité addictive et psychiatrique.....	19
2.2.1 Les retentissements de la comorbidité sur l'évolution clinique.....	19
2.2.2 Les retentissements sur la vie quotidienne et les occupations.....	20
2.3 Le parcours de soins des patients présentant une comorbidité entre un trouble psychiatrique et addictif.....	22
3. LE PROCESSUS D'INTERVENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE AUPRES DE PERSONNES PRESENTANT UN TROUBLE ADDICTIF ET UN AUTRE TROUBLE PSYCHIATRIQUE.....	23
3.1 L'évaluation : une étape centrale du processus d'intervention.....	23
3.2 L'intervention : un processus centré sur la personne et ses occupations.....	24
3.3 Une intervention confrontée à des enjeux éthiques.....	25
3.4 Une reconstruction occupationnelle et identitaire.....	26
PROBLEMATIQUE.....	27
PARTIE METHODOLOGIE.....	28
1. OBJECTIF DE L'ETUDE	28
2. TYPE DE RECHERCHE.....	28
2.1 Choix de la population interrogée.....	28
2.2 Méthode de recrutement.....	29
2.3 Choix et élaboration de l'outils d'investigation.....	29
2.4 Déroulement des entretiens.....	29
2.5 Méthode de traitement et d'analyse des données.....	30
2.6 Aspects éthiques.....	30
RESULTATS ET ANALYSE	31
1. PROFIL DES PARTICIPANTS ET CONTEXTE D'EXERCICE	31
2. LA COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE ET ADDICTIVE : UNE REALITE FREQUENTE ET COMPLEXE	32
3. LES OCCUPATIONS POTENTIELLEMENT « NEFASTES » POUR LA SANTE.....	34
4. LE ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRESENTANT UNE COMORBIDITE	34
5. PRISE EN COMPTE DE L'IDENTITE OCCUPATIONNELLE.....	37
DISCUSSION	40

1.	CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE.....	40
1.1	<i>Les évaluations occupationnelles des conduites liées à la consommation de substances.</i>	40
1.2	<i>L'identité occupationnelle : un concept sous-utilisé</i>	41
1.2.1	Une évaluation indirecte et informelle malgré l'existence d'outils spécifiques	41
1.2.2	Une reconstruction identitaire	43
2.	INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	44
3.	SUGGESTION POUR UNE POURSUITE DE L'ETUDE.....	45
CONCLUSION		46
BIBLIOGRAPHIE		48

Table des illustrations

Figure 1 – Tableau des profils professionnels des participants.....	31
---	----

Préambule

Au cours de mes trois années de formation, plusieurs questionnements ont émergé à travers les enseignements et les expériences vécues en stage. L'un d'entre eux a particulièrement retenu mon attention et a orienté ma réflexion, aboutissant à ce mémoire. Lors de mon stage au sein d'un service de psychiatrie, j'ai rencontré et accompagné différents patients présentant des troubles psychiatriques. J'ai pu constater qu'une grande proportion d'entre eux étaient également confrontés à des problématiques liées à l'usage de substances. Les patients étaient adressés au service en raison de leur pathologie psychiatrique ; cependant la question des occupations en lien avec l'usage de substances revenait fréquemment. Cela m'a alors amenée à m'interroger, tout d'abord sur le lien entre ces deux problématiques, les buts et le sens recherchés dans ces occupations. Mais aussi sur notre rôle en tant que professionnel de santé et professionnel de l'occupation. De manière générale, l'objectif principal de l'ergothérapeute est de favoriser l'indépendance et l'autonomie de la personne dans les occupations qui ont du sens pour elle. Cependant, lorsque ces occupations peuvent s'avérer néfastes pour la santé, quel est alors le rôle de l'ergothérapeute dans ces situations ?

Introduction

Les troubles addictifs représentent un véritable enjeu de santé publique. Les addictions peuvent être associées à des substances ou à des comportements (Zou et al., 2025). Dans cet écrit, seules les addictions liées à une substance seront étudiées, elles seront désignées sous le terme de troubles liés à l'usage de substances (TUS). A ce jour, de nombreux français utilisent quotidiennement des produits psychoactifs : 13 millions pour le tabac, 5 millions pour l'alcool et 700 000 pour le cannabis, à noter que d'autres ont une consommation occasionnelle (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2023). Le Ministère de la Santé (2025) estime que cette consommation est responsable de plus de 100 000 décès évitables.

D'autre part, les troubles additifs sont fréquemment corrélés avec les maladies psychiatriques, on parle alors de comorbidité entre ces deux troubles. Aux États-Unis en 2023, 20,4 millions (soit 7,9% des adultes) présentaient simultanément une maladie psychiatrique et un TUS (National Center for Drug Abuse Statistics, 2025). Ces affections interagissent entre elles, impactant l'évolution des troubles, la prise en soins et ainsi la qualité de vie de la personne.

Par ailleurs, la participation occupationnelle des personnes présentant ce trouble comorbide s'avère particulièrement entravée. Cela ouvre ainsi un champ d'intervention pertinent pour les ergothérapeutes. Grâce à leur approche centrée sur l'occupation tout en prenant en compte les composantes et les interactions entre la personne, l'environnement et l'activité, l'ergothérapeute peut tenir sa place dans la prise en soins de personnes souffrant de trouble psychiatrique et addictif (Vignola-Mir et al., 2017). Toutefois, en accompagnant des personnes dont certaines occupations sont liées à l'usage de substance, l'ergothérapeute est confronté à la participation d'occupations potentiellement néfastes pour la santé. La santé étant définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

Ces constats ont amené à la question de recherche suivante : **Comment l’ergothérapeute peut-il intervenir auprès de personnes présentant une comorbidité entre un trouble addictif et un trouble psychiatrique, et participant donc à des occupations néfastes pour leur santé ?**

La partie théorique de ce mémoire, présente selon le Modèle de l’Occupation Humaine les troubles addictifs et les occupations en lien avec les conduites addictives, puis le lien avec les autres troubles psychiatriques et les conséquences de cette comorbidité. Le troisième chapitre présente le rôle et les interventions de l’ergothérapeute auprès de cette population. Le Modèle de l’Occupation Humaine est présenté dès le premier chapitre de la partie théorique afin d’avoir un cadre conceptuel et un vocabulaire commun tout au long de ce mémoire.

Partie Théorique

1. Le trouble addictif : un trouble psychiatrique complexe

1.1 Application du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) comme cadre conceptuel

Le choix du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH ou MOHO pour Model Of Human Occupation) pour cette étude permet un essai d'un regard occupatio-centré des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Il est également utilisé dans plusieurs études sur lesquelles s'appuie ce mémoire comme celle d'Aubin et al. (2002) et Vignola-Mir et al. (2017). Ce modèle ergothérapique a été créé par le Dr Gary Kielhofner en 1980, il est centré sur le client mais accorde une place particulière à l'occupation en proposant une approche thérapeutique axée sur la participation du client à des occupations. La cinquième (Taylor & Kielhofner, 2017) et sixième édition (Taylor et al., 2023) de son ouvrage seront utilisées.

Ce modèle adopte une approche holistique, il peut être séparé en 4 composantes : l'être, l'agir, le devenir et l'environnement. L'être est composé de la volition, l'habitation et la capacité de performance ; la participation, la performance et les habiletés forment l'agir ; enfin le devenir contient l'identité, la compétence et l'adaptation. Ces composantes interagissent entre elles et se réalisent dans l'environnement comme le montre le schéma (Annexe A). L'environnement fait référence au contexte et ses aspects physiques et sociaux dans lequel une personne réalise une occupation, il influence et est influencé par la participation occupationnelle ainsi que par la volition, l'habitation et les capacités de performance (Taylor et al., 2023).

Dans le MOH, plusieurs notions n'apparaissant pas forcément dans d'autres modèles conceptuels sont présentées :

- La volition dans « l'être » fait référence à la motivation d'une personne pour exercer une occupation, elle prend en compte la capacité et le sentiment d'efficacité ; l'importance ou la valeur attachée à l'occupation ; le plaisir et la satisfaction éprouvés (Taylor et al., 2023).
- L'habitation dans « l'être » désigne la structuration semi-automatique des comportements en accord avec l'environnement, elle est composée d'habitudes que

l'on peut définir par une réponse automatique à une situation connue et dans un environnement familial. Elle est également composée des rôles, c'est-à-dire les statuts sociaux et l'identité auxquelles chaque individu s'identifie et agit en lien avec. (Taylor et al., 2023)

- L'identité occupationnelle dans « le devenir », peut être définie comme un sentiment composé de qui l'on est et ce qui l'on souhaite devenir en tant qu'être occupationnel. Elle est composée du sentiment de capacité et d'efficacité ; des centres d'intérêts ; de l'identité définie à partir des rôles et des relations établies ; des valeurs ; des attentes concernant les routines de vie ; l'environnement ; et des objectifs occupationnels personnels pour l'avenir (Taylor & Kielhofner, 2017).

Dans ce modèle, les occupations désignent les activités de la vie quotidienne, de travail et de loisirs réalisées dans un contexte temporel, physique et socioculturel constituant ainsi un élément central de la vie humaine (Kielhofner, 2008 cité par Taylor & Kielhofner, 2017). Elles regroupent les activités de vie quotidienne, c'est-à-dire celles nécessaires aux soins personnels ; les activités de loisirs ; et la productivité faisant référence à des activités rémunérées ou non, produisant des biens ou fournissant des services aux autres (Taylor & Kielhofner, 2017).

1.2 Les caractéristiques cliniques du trouble addictif

C'est au cours du 19^{ème} siècle que le concept d'addiction a été reconnu comme une maladie et non comme un simple trait de caractère (Olsen, 2022) ou comme un échec moral de la volonté (Zou et al., 2025). Aujourd'hui, le trouble addictif est considéré comme un trouble psychiatrique (Gouvernement français, s. d.-b). Pour Spitzer & Endicott (2018), le trouble psychiatrique aussi appelé trouble mental est un trouble médical se manifestant par des symptômes et/ou des signes de nature psychologique ou comportementale, les signes peuvent être physiques mais ne peuvent dans ce cas être expliqués uniquement grâce à des concepts de psychologie. Aujourd'hui le DSM 5 définit ce trouble comme « un syndrome caractérisé par la perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux

sous-tendant le fonctionnement mental » (American psychiatric association et al., 2013, p 22). Ces troubles causent une détresse chez l'individu et impactent son quotidien (American psychiatric association et al., 2013 ; Gouvernement français, s. d.), un accompagnement spécialisé est généralement nécessaire (Gouvernement français, s. d.-b). Evidemment, les normes et valeurs culturelles, sociales et familiales sont à prendre en compte dans leur définition (American psychiatric association et al., 2013). En 2021, 1 personne sur 7 dans le monde souffrait d'un trouble psychiatrique (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2025).

Ainsi, le Ministère de la Santé (2025) définit l'addiction comme l'incapacité à contrôler un comportement malgré les conséquences néfastes. Le symptôme caractéristique est le « craving » que l'on peut définir comme une pulsion, une envie irrésistible de consommer ou de pratiquer. La perception de la dépendance a évolué au fil des définitions données dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM), celle de la cinquième édition présente une définition plus holistique (Zou et al., 2025). Le DSM 5 définit les critères de diagnostic du TUS. Ils sont organisés en 4 catégories : la réduction du contrôle, l'altération du fonctionnement social, la consommation risquée et les critères pharmacologiques (tolérance, sevrage). La sévérité du trouble est évaluée en fonction du nombre de symptômes présents (American psychiatric association et al., 2013).

Aujourd'hui le NCDAS (National Center for Drug Abuse Statistics, 2025) estime que plus de 48,5 millions d'Américains âgés de plus de 12 ans sont touchés par un TUS et que 38,6% des consommateurs de drogues illicites présentent un trouble lié à l'usage de la drogue.

1.3 Les mécanismes neurobiologiques menant à l'addiction

Ainsi pour mieux comprendre le phénomène d'addiction et ses conséquences, il est intéressant d'étudier les mécanismes menant à ces comportements. Tout d'abord, il faut noter que l'addiction se développe suite à une exposition répétée d'une drogue (Zou et al., 2025) provoquant des changements dans le fonctionnement des neurotransmetteurs qui vont renforcer ou affaiblir les synapses et perturber les mécanismes du système de la récompense et ainsi développer ou faciliter le processus addictif (Koob, 2006 ; Volkow et al., 2013). De plus, dans des études animales, il a été observé que lors d'une exposition chronique aux drogues, des modifications de certains gènes se produisent risquant potentiellement d'affecter sur le

long terme les régions cérébrales spécifiques (Koob, 2006). Par ailleurs, pendant l'intoxication aux drogues, une diminution de l'activité du cortex préfrontal est observée, altérant le contrôle inhibiteur (l'inhibition étant une des fonctions du cortex préfrontal) et amenant ainsi à une consommation incontrôlée (Goldstein & Volkow, 2011). Enfin, dans son rapport de recherche, Koob (2006) identifie trois circuits majeurs sous-jacents à l'addiction : un circuit de renforcement de la drogue (« récompense » et « stress »), un de réactivation induite par la drogue et les signaux (« envie ») et un autre de recherche de la drogue (« compulsif »).

1.4 Influence des facteurs personnels et environnementaux dans les TUS

La présentation des mécanismes menant à l'addiction est importante mais ne suffit pas pour comprendre les comportements addictifs, l'étude de l'environnement de la personne et des facteurs de risque sont également essentielles. Tout d'abord, les TUS semblent toucher davantage les jeunes hommes (NCDAS, 2025) et commencent souvent pendant la période de l'adolescence. En effet les neuroscientifiques précisent que le cortex pré frontal dont une des fonctions est le contrôle de soi, arrive à maturité bien après d'autres zones du cerveau ce qui peut expliquer les difficultés à contrôler la consommation de substance à cette période (Olsen, 2022).

D'autre part, le processus d'addiction est fortement influencé par les facteurs génétiques (Zou et al., 2025). Selon Olsen (2022), les facteurs génétiques représentent 40-60% de risque de développer un trouble addictif. De plus, les enfants de parents souffrants d'alcoolisme sont plus à risque de développer un trouble lié à la consommation d'alcool (Hill et al., 1999).

Les facteurs sociétaux et environnementaux jouent également un rôle dans le développement de l'addiction. Par exemple, les individus semblent être davantage touchés par les TUS lorsqu'ils ont vécu dans des zones défavorisées avec de la pauvreté, de la violence, de la consommation et de la vente de drogue. Mais aussi lorsqu'ils ont vécu des expériences négatives dans l'enfance, une exposition chronique au stress ou ont été victimes de discrimination (Laviola et al., 2008 ; Olsen, 2022). A l'inverse, dans sa revue de la littérature Laviola et al. (2008) exposent qu'un environnement positif et enrichi d'autant plus pendant

les périodes critiques de développement, pourrait avoir un effet protecteur contre l'addiction aux drogues ou améliorer le pronostic d'un TUS.

1.5 Les motivations sous-jacentes à l'usage de substances malgré les conséquences

Evidemment consommer des drogues entraîne des conséquences néfastes, comme dans le pire des cas le décès par overdose, selon le NCDAS (2025) c'est l'une des principales causes de décès chez les personnes de moins de 45 ans. Par ailleurs, selon la même source la consommation de drogues augmente fortement le risque de contracter des infections virales comme l'hépatite ou le VIH. En outre, cela peut engendrer d'autres conséquences au niveau physiologique (perte de conscience, hyperactivité, perte d'appétit, etc.) et psychologique (faible estime de soi, sauts d'humeur, etc.) affectant les occupations (Sy et al., 2021).

Malgré les conséquences néfastes de l'utilisation de drogue, les consommateurs trouvent un intérêt dans cette consommation. Dans leurs études qualitatives respectives, Wasmuth et al. (2014) et Sy et al. (2021) se sont intéressés à la manière dont était vécue l'addiction pour les consommateurs. Pour certains, elle favorise un sentiment de contrôle qui est souhaité, par exemple afin de contrôler leurs humeurs, ou au contraire certains utilisent de la drogue dans le but de perdre le contrôle (Wasmuth et al., 2014). Ainsi l'addiction pouvait être décrite comme un moyen de faire face à la vie ou à l'inverse un moyen d'y échapper, en fuyant ses propres pensées, ses sentiments ou encore une réalité et des circonstances extérieures inconfortables (Wasmuth et al., 2014), telles que des préoccupations liées à la participation sociale (Sy et al., 2021). Des participants expliquent rechercher aussi l'effet motivant et capturant de l'addiction (Wasmuth et al., 2014), leur permettant par exemple de moins dormir et d'être plus performants (Sy et al., 2021). De plus, des consommateurs expliquent qu'utiliser de la drogue permettait de contrer l'ennui et donc participer à des occupations. Pour certains cela facilitait aussi les interactions sociales, limitait la solitude et pouvait favoriser un sentiment d'appartenance. Enfin, pour certains c'est un moyen de compenser un déficit occupationnel afin de répondre aux besoins humains essentiels de sens, de structure temporelle et d'identité (Sy et al., 2021 ; Wasmuth et al., 2014). En effet dans le MOH, Taylor & Kielhofner (2017) développent la notion d'identité occupationnelle et expliquent qu'elle se construit notamment à travers la participation aux occupations. Par

conséquent, participer à des occupations en lien avec l'addiction contribue à former l'identité de la personne.

De nombreux auteurs sont d'accord pour définir l'addiction comme une occupation importante et significative pour certaines personnes (Stewart et al., 2016 ; Sy et al., 2021 ; Wasmuth et al., 2016). Cette occupation peut nuire à l'être et entraver le devenir mais peut à certains moments faciliter l'action en améliorant la participation et/ou la performance occupationnelle (Sy et al., 2021) produisant ainsi des résultats positifs (Hocking, 2020 ; Stewart et al., 2016). Mais, il est alors intéressant de s'interroger sur la manière dont ces occupations potentiellement néfastes pour la santé sont abordées dans la littérature.

1.6 Les liens complexes et ambivalents entre l'occupation et la santé

1.6.1 Des occupations négligées et difficiles à catégoriser

Dans la littérature, on retrouve majoritairement l'influence positive qu'a l'occupation sur la santé et le bien être (Mønsted et al., 2024 ; Stewart et al., 2016), mais le fait que l'occupation puisse impacter négativement la santé est rarement abordé, ces occupations ont été négligées (Kiepek et al., 2019 ; Stewart et al., 2016 ; Rebecca Twinley, 2020).

Les activités liées à la consommation ou à la vente de drogue sont majoritairement considérées comme des activités néfastes pour la santé. Cependant, Mønsted et al.(2024) soulignent la nécessité de faire attention à cette catégorisation binaire des occupations comme saines ou malsaines. En effet les occupations sont si complexes qu'elles ne peuvent difficilement être séparées en deux (Twinley, 2013 ; 2020) ni placées avec certitude sur un continuum sain-malsain (Greber, 2020). Cela peut être d'autant plus problématique lorsqu'une occupation est malsaine pour certains domaines de la santé et bénéfique pour d'autres, comme les effets positifs de la consommation de substance évoqués précédemment. Cela pose également un problème lorsque des comportements initialement perçus comme favorables à la santé et au bien être deviennent néfastes dans certains contextes ou de manière démesurée (Greber, 2020).

D'ailleurs Stewart et al. (2016) proposent de définir l'occupation comme neutre et que ce soit le contexte dans lequel la personne y participe qui détermine si elle est bénéfique ou

néfaste pour la santé, cette idée est soutenue par Mønsted et al. (2024). Dans le contexte les auteurs comprennent l'environnement, la personne et le sens qu'elle attribue à l'occupation. D'autres auteurs soulignent l'importance de prendre en compte le contexte, comme Kiepek et al. (2019) qui expliquent que la « nature » de l'occupation évolue dans le temps et dépend de processus socio-politique et culturel. En effet, 93% des participants de l'étude de Mønsted et al. (2024) ont estimé que les normes et les valeurs culturelles influençaient la participation à des occupations considérées comme malsaines, immorales, inacceptables.

1.6.2 Le concept innovant du « côté obscur de l'occupation »

Ce manque de documentation sur les occupations potentiellement néfastes pour la santé invite Twinley (2013) à introduire un nouveau concept : le côté obscur de l'occupation (« dark side of occupation » en anglais). Ce concept prend en compte la participation à des occupations ne favorisant pas toujours la santé, elles sont considérées comme antisociales, illégales voire criminelles mais pouvant être significatives, agréables, divertissantes, voire être des activités de productivité et ainsi pouvant procurer un sentiment de bien-être.

Dans l'introduction de son livre « Illuminating the dark side of occupation », Twinley (2020) raconte s'être confrontée à un débat terminologique. Dans ce concept, elle ne souhaite pas qualifier des occupations de « sombres » car cela suggère un jugement moral porté sur les personnes participant à ces occupations et sur leur expérience. De plus, considérer les occupations comme malsaines ou non-autorisées stigmatise les occupations et les personnes y participant. L'utilisation de ce terme n'est néanmoins pas une autre manière de catégoriser les occupations et de les présenter comme ayant deux côtés.

Dans cette introduction, elle démontre également le manque systématique d'attention et d'exploration de certaines occupations qui ont donc été laissées dans l'obscurité. Ainsi le choix du terme « obscur » illustre également le manque de mise en lumière sur ces occupations. Elle utilise d'ailleurs la métaphore de la lune qui présente un côté non éclairé représentant ces occupations (Twinley, 2020). Elles sont peu éclairées car elles peuvent être malsaines, dangereuses, ne respectant pas les valeurs sociales ou la loi (Mønsted et al., 2024). D'autre part, Hart (2020) propose des explications sur le manque de documentation

concernant le côté obscur de l'occupation : le désir de se concentrer sur le positif et le fait que ce soit un nouveau concept avec donc un manque de théorie et la peur de l'inconnu.

Bien que la littérature n'accorde peu d'importance aux occupations néfastes pour la santé comme celles liées à l'utilisation de substances, il est pertinent de s'intéresser à la manière dont ces troubles sont appréhendés et pris en charge.

1.7 Le parcours de soins

1.7.1 Le parcours de soins en psychiatrie

Tout d'abord, il existe différentes conditions de soins : la personne peut être soignée avec son accord, elle est donc en soins libres ou alors sans son accord. Il existe deux procédures d'admission qui peuvent être réalisées sans le consentement de la personne : l'admission sur décision du directeur d'établissement à la demande d'un tiers ou en cas de danger imminent et l'admission sur décision du représentant de l'Etat en cas d'atteinte à autrui ou à l'ordre public (Gouvernement français, s. d.-a). De plus, il existe différentes structures de soins en santé mentale comme les CMP (centre médico-psychologique), des hospitalisations à temps complet / de jour / de nuit en service de psychiatrie, les CAMPS (centre, d'action médico-sociale précoce), les CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) etc. (Chevallier, 2021). D'autre part, les personnes ressentant le besoin de consulter pour la première fois des services de santé mentale se tournent majoritairement vers les médecins généralistes, puis de manière moins fréquente, directement vers les services spécifiques ou d'urgence (Steel et al., 2006). L'étude de Steel et al. (2006) estime le temps médian d'accès aux services à 6,3 mois avec une grande variation au sein de l'échantillon. Les personnes avec des troubles psychotiques accèdent aux services plus rapidement après la première consultation et sont par ailleurs plus susceptibles d'être hospitalisés. En effet, plus les symptômes sont graves et sévères plus la personne est susceptible d'être hospitalisée. Enfin selon l'OMS (2025), le système de santé répond difficilement aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux à cause d'un manque de ressources.

1.7.2 Le parcours de soins spécifique en addictologie

En France, une personne souffrant de troubles addictifs peut être prise en soins en sollicitant différents secteurs. Il y a le secteur libéral, plusieurs personnes peuvent être interpellées notamment les médecins généralistes, les addictologues libéraux, les psychiatres, les psychologues, les pharmaciens, des microstructures médicales en addictologies etc. Les personnes peuvent aussi être prises en soins dans le secteur hospitalier grâce à des consultations, des hospitalisations complètes ou de jour en addictologie ou via des services médicaux de réadaptation en addictologie. Enfin, il existe le secteur médico-social spécialisé en addictologie qui dispose entre autre de centres de soins d'accompagnement et de prévention (CSAPA) ; de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2023b).

L'équipe pluridisciplinaire accompagnant une personne souffrant de TUS va évaluer différentes dimensions de la personne. Une évaluation clinique par un médecin addictologue ou un psychiatre et une évaluation neuropsychologique vont être réalisées. D'autres professionnels peuvent aussi être sollicités comme le/la médecin généraliste, le/la psychologue, le/la psychomotricien.ne, le/la diététicien.ne, l'orthophoniste, l'assistant.e social.e, etc. Quant à l'ergothérapeute, il/elle évalue l'autonomie, les ressources de la personne, les répercussions fonctionnelles du trouble sur le quotidien et réalise des évaluations écologiques (Peyron et al., 2024).

Après la synthèse des évaluations, un plan de suivi individualisé est établi. Plusieurs outils et méthodes thérapeutiques sont utilisés comme la psychoéducation, la remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales, les approches psychocorporelles, la pair-aidance, un accompagnement socio-professionnel etc. Ainsi les interventions thérapeutiques ne se concentrent pas uniquement sur la consommation de substance et les conséquences fonctionnelles, elles nécessitent d'être centrées sur la personne et de s'adapter à son fonctionnement (Peyron et al., 2024).

Toutefois, selon le rapport mondial sur les drogues de l'ONDUC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), 2019) seulement une personne sur sept souffrant d'un trouble lié à l'usage de drogues bénéficie d'un traitement. En France parmi les personnes

souffrant d'un TUS, moins de 20% bénéficient d'un traitement, on parle alors de « Treatment Gap » pour définir cette différence entre le nombre de personnes souffrant d'addiction et le nombre qui suivent un traitement (MILDECA, 2023a). Dans leur étude, Balan et al. (2023) tentent d'apporter des explications concernant le retard de traitement. Selon eux, ce retard peut être la conséquence d'un manque de connaissance sur la prise en soins, de problèmes financiers, de difficultés éprouvées pour amener la personne vers une structure ou une consultation et/ou d'un faible soutien social. D'autre part, cette étude montre également que plus le patient a un niveau d'éducation élevé, plus il adopte une attitude positive pour chercher de l'aide.

2. La comorbidité entre le trouble addictif et psychiatrique

Ainsi les troubles addictifs impactent la vie et les occupations de la personne. Toutefois ces troubles sont souvent corrélés à d'autres pathologies, de manière générale les personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique ont un risque accru de présenter d'autres troubles psychiatriques et pathologies médicales générales (Momen et al., 2020). Les autres troubles psychiatriques comprennent les troubles anxieux, les troubles de l'humeur comme les troubles dépressifs et bipolaires ; les troubles délirants dont la schizophrénie ; les troubles des conduites alimentaires, etc. (Gouvernement français, s. d.-b). Selon l'OMS (2025) les troubles anxieux et dépressifs sont les plus courants. Ainsi, il a été observé que les TUS sont plus fréquents chez des personnes qui ont un autre trouble psychiatrique, on parle alors de comorbidité. La comorbidité entre un trouble psychiatrique et addictif est fréquente, dans l'étude de Nesvåg et al. (2015), la prévalence d'un TUS était de 25,1% dans la schizophrénie, 20,1% dans le trouble bipolaire et 10,9% dans le trouble dépressif. Becir (2012) indique aussi que la majorité des personnes dépendantes à l'héroïne présentait un trouble de la personnalité. De plus, le TUS est plus fréquent chez des personnes atteintes de trouble psychiatrique comme la schizophrénie que dans la population générale (Simon et al., 2015). Cependant le lien de causalité n'est pas toujours évident à déterminer.

2.1 Le trouble psychiatrique : une cause ou une conséquence du trouble addictif ?

2.1.1 Le trouble psychiatrique induit par une substance

Le DSM 5 différencie les TUS décrits précédemment, des troubles mentaux induits par une substance ou un médicament. Ici des troubles mentaux temporaires ou des syndromes persistants du système nerveux central se développent suite à la consommation abusive d'une substance. On retrouve notamment des troubles dépressifs, anxieux, psychotiques ou encore des troubles neurocognitifs. Pour être diagnostiqués comme induits par une substance, ces troubles doivent survenir pendant ou peu de temps après l'intoxication ou le sevrage d'une substance ; être jugés comme être dus aux effets physiologiques et causer une détresse et/ou une déficience importante. Ces troubles peuvent engendrer les mêmes conséquences que les troubles mentaux indépendants comme la tentative de suicide, cependant ils sont susceptibles de s'améliorer en cas d'abstinence. De même, les troubles mentaux induits par une substance sont susceptibles de provoquer les mêmes conséquences fonctionnelles que celle du TUS (American psychiatric association et al., 2013).

Toutefois, le DSM 5 précise que le TUS ne doit pas être confondu avec un trouble psychiatrique primaire (American psychiatric association et al., 2013). Des scientifiques ont tenté de comparer ces deux situations de troubles psychiatriques. Les résultats de l'étude de Woolridge et al. (2023) évoquent de meilleures performances dans les capacités d'adaptation, de traitement de l'information visuelle et un meilleur niveau de conscience de la maladie chez les personnes présentant une psychose induite par une substance. La revue systématique de Wilson et al. (2018) démontre que les individus souffrants d'un trouble psychotique induit par une substance présentent moins de symptômes positifs et négatifs mais un niveau plus élevé d'anxiété et un degré de conscience de la maladie plus élevé.

2.1.2 La consommation de substance comme conséquence d'un trouble psychiatrique : l'hypothèse d'automédication

A l'inverse, l'hypothèse d'automédication apporte une autre explication à cette comorbidité. C'est une théorie selon laquelle les troubles addictifs seraient causés par une souffrance psychologique que les individus tentent de soulager (Khantzian, 2013 ; 2016 ; Mariani et al., 2014) voir même de contrôler (Khantzian, 2013). La souffrance est une notion

très subjective et se ressent différemment selon les individus, elle peut être vécue comme envahissante, intense ou au contraire vague, confuse (Khantzian, 2016). La deuxième notion essentielle dans cette théorie (la première étant le soulagement de la souffrance) est la spécificité pharmacologique : l'individu choisit une substance en fonction de son action dans le soulagement d'une douleur (Khantzian, 2013). Ce point est important car cela fournit des indices sur quelles psychopharmacologies seraient les plus efficaces pour soulager les symptômes du patient (Mariani et al., 2014). Dans le cadre de pathologies psychiatriques, cette hypothèse d'automédication suggère que les personnes cherchent à réduire les symptômes de la maladie et/ou les effets indésirables des traitements (Khantzian, 2013).

Par exemple, les stimulants sont utilisés pour contrebalancer les symptômes dépressifs et d'anergie (Mariani et al., 2014) comme la nicotine qui soulage l'anxiété, la dépression, la colère et améliore la concentration (Khantzian, 2016). Dans la schizophrénie, on retrouve une consommation de nicotine très présente, en effet elle soulage la détresse associée au trouble (Khantzian, 2016). Une autre étude montre que lors du premier épisode psychotique dans la schizophrénie, la nicotine est utilisée pour pallier les déficits cognitifs (Segarra et al., 2011). Dans son commentaire, Khantzian (2013) prend l'exemple du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et explique que selon lui les individus dépendants à l'héroïne cherchent à soulager les émotions intenses ressenties dans le SSPT. Un autre exemple d'automédication est donné par Arendt et al. (2007) : les patients présentant des comportements violents incontrôlables utilisent le cannabis pour se détendre et diminuer la méfiance réduisant ainsi les agressions.

Enfin, Khantzian (2016) dans son article souligne le fait que reconnaître que des patients puissent chercher à s'auto médicamenter avec des drogues, est un moyen pour eux de comprendre et de se sentir compris par les professionnels favorisant ainsi l'alliance thérapeutique, nécessaire pour une prise en soins optimale

2.2 Enjeux et impacts de la comorbidité addictive et psychiatrique

2.2.1 Les retentissements de la comorbidité sur l'évolution clinique

La présence de la comorbidité entre les troubles addictifs et psychiatriques n'est pas sans conséquences. Il y a tout d'abord, l'effet de la substance sur les symptômes de la maladie psychiatrique mais cela ne fait pas consensus chez tous les auteurs. En effet, dans leur article, Simon et al. (2015) s'intéressent aux résultats de différentes études sur la variation des symptômes dans la schizophrénie selon si la maladie est associée à un TUS ou non. Ils exposent alors les divergences et les contradictions des résultats en fonction des études mais tendent à conclure que les patients souffrants de la comorbidité présentent moins de symptômes négatifs que ceux atteints uniquement de schizophrénie. Mais pour Segarra et al. (2011) les symptômes négatifs s'aggravent chez les fumeurs, et ainsi le tabagisme constituerait un marqueur d'une maladie plus prononcée. Les symptômes négatifs de la schizophrénie regroupent l'avolition (perte de motivation), l'anhédonie (perte de plaisir), asocialité (manque d'intérêt pour les relations sociales), la réduction de la capacité à s'exprimer et exprimer ses émotions (Manuel MSD, 2025b). L'obtention de résultats contradictoires peut s'expliquer par des difficultés et/ou des erreurs méthodologiques dans l'évaluation des symptômes des troubles psychiatriques et des troubles addictifs, dans les échelles utilisées (Simon et al., 2015).

Dans la sous-partie précédente, le rapport longitudinal de Segarra et al. (2011) avait été évoqué, il exposait le fait que lors du premier épisode psychotique dans la schizophrénie les individus utilisaient la nicotine pour pallier les déficits cognitifs. En effet après la première stabilisation les patients fumeurs obtenaient des scores plus élevés dans les tests d'attention et de mémoire de travail. Cependant après l'instauration du traitement, aucun bénéfice n'était rapporté et leurs symptômes se sont aggravés au cours de l'année. Dans cette même étude, les auteurs ont conclu que le tabagisme n'était pas associé à une réduction des effets secondaires extrapyramidaux (c'est-à-dire des troubles moteurs liés à une atteinte du système extrapyramidal) du traitement antipsychotique. Comme effets secondaires la dystonie, la raideur musculaire et les tremblements sont retrouvés (Manuel MSD, 2025a).

Mise à part les conséquences concernant les symptômes de la maladie, des répercussions sur la prise en soins sont observées : une mauvaise ou non observance

thérapeutique, une augmentation du risque de rechute, d'hospitalisation, de complication (Simon et al., 2015 ; Wilson et al., 2018) et du risque de suicide (Hawton et al., 2005).

2.2.2 Les retentissements sur la vie quotidienne et les occupations

Ainsi la présence de la comorbidité entraîne des conséquences sur les symptômes et sur la prise en soins mais il est aussi pertinent d'explorer les impacts sur les occupations de la personne.

Dans leur revue systématique, Wasmuth et al. (2016) abordent brièvement le trouble comorbide entre les troubles addictifs et les troubles dépressifs. Ils décrivent un déficit occupationnel aggravé et des altérations sociales et personnelles plus importantes que lorsqu'uniquement un trouble addictif n'était présent. Seul cet article a été identifié par la revue de la littérature concernant les conséquences du trouble comorbide sur les occupations. Ainsi les articles s'intéressant au retentissement des trouble addictif et des maladies psychiatriques de manière distincte seront présentés afin d'obtenir d'autres éléments.

Concernant le trouble addictif, plusieurs auteurs décrivent la place prédominante qu'occupent les activités liées à la consommation ou à la vente de drogues. A terme, les comportements liés à l'addiction envahissent la vie de la personne au détriment de la participation à d'autres occupations (American psychiatric association et al., 2013 ; Nhunzvi et al., 2019 ; Peyron et al., 2024 ; Sy et al., 2021 ; Wasmuth et al., 2014). L'utilisation de drogue constitue alors un obstacle à la participation aux activités de la vie quotidienne (Sy et al., 2021) et les individus rencontrent des problèmes liés aux performances sociales, de loisirs et professionnelles (American psychiatric association et al., 2013). Par exemple, des consommateurs expliquent qu'utiliser de la drogue facilitait les interactions sociales et limitait la solitude mais était paradoxalement aussi une source d'isolement car les interactions ne se faisaient qu'avec d'autres pairs consommant aussi de la drogue (Sy et al., 2021 ; Wasmuth et al., 2014). Pour donner d'autres exemples, des participants de l'étude de Sy et al. (2021) ont rapporté une mise à distance de leur spiritualité pendant la consommation de drogues illicites. Par ailleurs, dans leur article Peyron et al. (2024) décrivent la notion de cercle vicieux dans le

processus addictif : la dégradation des habitudes de vie antérieures favorise l'apparition d'un vide, contribuant au développement de comportements addictifs.

En parallèle, des participants de l'étude qualitative de Wasmuth et al. (2014) expliquent qu'au fil du temps, les comportements addictifs sont intégrés dans leur routine et leurs habitudes de vie et finissent par faire partie de leur identité, leur addiction devient alors un moyen de se définir.

Pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques de manière générale, bien que leurs occupations se limitent essentiellement à dormir, se nourrir et participer à des activités de loisirs plutôt passives, il y a tout de même un impact sur les occupations (Aubin et al., 2002). Les personnes souffrant de ces troubles décrivent un manque de sens à leur vie et n'associent que peu de valeur et de signification à leurs activités (Aubin et al., 2002). Elles expliquent aussi qu'elles souhaiteraient être plus performantes et satisfaites dans la réalisation de différentes occupations, les personnes souffrant de dépression sont apparemment moins performantes dans leurs occupations, par rapport à celles présentant une schizophrénie ou un trouble bipolaire (Madi et al., 2022). A noter que les domaines d'occupation où les individus éprouvent des difficultés diffèrent aussi en fonction des troubles sauf pour les IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne) qui était le domaine d'occupation le plus touché et communs à toutes les pathologies étudiées. Par exemple, les personnes schizophrènes, anxieuses ou avec un trouble de la personnalité étaient plus en difficultés dans les interactions sociales tandis que pour les individus présentant une dépression cela concernait plutôt les activités professionnelles, et les personnes bipolaires les activités de loisirs (Madi et al., 2022). Par ailleurs, certains troubles psychiatriques comme le trouble de la personnalité influencent la participation à certaines occupations : comme des occupations socialement désapprouvées ou socialement valorisées mais dans le but de plaire ou impressionner (Potvin, 2021).

D'autre part, la réalisation d'occupations participe à la formation de l'identité et inversement les individus participent à des occupations reflétant leur identité (Potvin, 2021 ; Taylor & Kielhofner, 2017) ainsi les individus forgent en partie leur identité à partir d'occupations qui sont pourtant impactées et modifiées. En reprenant l'exemple du trouble de la personnalité, les individus investissent majoritairement des occupations les amenant à se définir à travers le regard des autres (Potvin, 2021). Dans cette même étude, l'auteur

indique que chez les personnes consommant des substances, cela faisait partie de leur identité. Dans les maladies psychiatriques, les personnes s'identifient généralement à leur maladie et à leur diagnostic influençant finalement leur identité (O'Connor et al., 2018). Dans le trouble de la personnalité, une perturbation de l'identité est clairement indiquée (Potvin, 2021). De plus, d'après Christiansen (1999) si un individu n'est pas capable de réaliser les activités qui lui sont importantes en raison d'une maladie cela peut influencer le regard qu'il porte sur lui-même. Cela peut également impacter l'estime de soi (O'Connor et al., 2018).

2.3 Le parcours de soins des patients présentant une comorbidité entre un trouble psychiatrique et addictif

Ainsi, la prise en soins s'avère complexe, d'une part en raison de la présence d'une comorbidité entre les troubles psychiatriques et addictifs, et d'autre part du fait que ces troubles sont encore trop rarement traités de manière simultanée et coordonnée. En effet, bien que la nécessité d'une thérapie globale et intégrée soit prouvée (National Institutes on Drug Abuse (NIDA), 2020), les traitements des troubles addictifs et psychiatriques réalisés simultanément sont peu courants (Jones & McCance-Katz, 2019). Dans l'étude de McGovern et al. (2014), environ 18% des programmes de traitement de la dépendance et 9% de ceux de santé mentale étaient capables de gérer un double diagnostic. Souvent les deux problématiques sont traitées séparément car les systèmes ne sont pas suffisamment préparés et équipés pour traiter l'ensemble des problèmes rencontrés par les patients (National Institutes on Drug Abuse (NIDA), 2020).

Ainsi l'association fréquente des troubles addictifs et des troubles psychiatriques amène les professionnels de santé dont les ergothérapeutes exerçant en addictologie ou en psychiatrie à y être régulièrement confrontés. Cette comorbidité entraînant des répercussions sur les occupations de la personne, cela souligne la pertinence d'un accompagnement en ergothérapie.

3. Le processus d'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes présentant un trouble addictif et un autre trouble psychiatrique

Le processus d'intervention de l'ergothérapeute se fait en plusieurs temps. L'évaluation pour comprendre au mieux la personne et identifier ses ressources et difficultés ; l'intervention en elle-même pour agir sur la personne, l'environnement et/ou les occupations. Le tout en respectant un raisonnement éthique et ajusté pour en fin accompagner la personne dans une reconstruction de son identité.

3.1 L'évaluation : une étape centrale du processus d'intervention

L'ergothérapeute intervient dès la phase d'évaluation réalisée en équipe pluridisciplinaire, qui peut prendre la forme d'entretien, d'activités et/ou de mises en situation. Il/elle va évaluer la sphère personnelle, environnementale et occupationnelle. Son but est tout d'abord de créer une bonne alliance thérapeutique, connaître la personne, son profil occupationnel et éventuellement évaluer son profil de consommation. (Vignola-Mir et al. 2017). De plus comme souligné par Peyron et al. (2024), un autre objectif est d'évaluer les répercussions fonctionnelles du comportement addictif au niveau des habiletés opératoires, de communication et d'interaction et plus rarement les habiletés motrices. Ainsi, des tests peuvent être employés pour évaluer le niveau physique ou cognitif de la personne. Comme le test LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) (Rojo-Mota et al., 2017) ou l'ERF (échelle de répercussion fonctionnelle) (Centre ressource réhabilitation, 2021 ; Vianin, 2020) qui évaluent les fonctions cognitives et leurs répercussions au quotidien.

L'ergothérapeute va idéalement aussi se concentrer sur les ressources de la personne, cela peut s'évaluer avec l'AERES (Peyron et al., 2024). L'AERES est un auto questionnaire, adapté au milieu de la psychiatrie qui évalue les ressources internes et externes pouvant contribuer au rétablissement. Il se réalise sous la forme d'un tri de cartes, les cartes sont composées de 31 items classés en 3 catégories : les caractéristiques et qualités personnelles ; les loisirs et passions ; les ressources sociales et environnementales, (Bellier-Teichmann et al., 2017).

Concernant les occupations, l'ergothérapeute évalue celles importantes pour la personne et dans lesquelles elle est en difficulté. Un de ses objectifs est d'évaluer le niveau d'autonomie de la personne dans ses occupations (Peyron et al., 2024). Cela peut s'effectuer par des activités et des mises en situations où le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) peut être utilisé (Vignola-Mir et al., 2017). Le MOHOST mesure la participation occupationnelle de la personne afin de déterminer pourquoi elle est en difficulté en prenant en compte la volition, l'habitation, l'environnement et les habiletés, sous la forme de 24 items (Parkinson et al., 2017). Toutefois, les occupations potentiellement néfastes pour la santé comme celles auxquelles s'adonnent les personnes consommant des substances sont souvent peu prises en compte et évaluées (Twinley, 2020). Cela peut être dû aux croyances et au discours des professionnels qui peuvent les conduire à négliger certaines occupations et leurs valeurs pour les clients (Mønsted et al., 2024). Ainsi il est nécessaire d'explorer consciemment les domaines de l'occupation mal compris et d'intégrer le côté obscur afin d'améliorer la compréhension de la nature de l'occupation et son rôle dans la vie des individus (Hart, 2020). Ceci permettrait d'adopter une vision plus globale des personnes accompagnées (Kramer, 2022), car si certaines occupations sont ignorées ou jugées, les individus y participant risquent d'être marginalisés et exclus de la société (Mønsted et al., 2024). Dans cette dernière étude, les ergothérapeutes interrogés étaient effectivement favorables à l'intégration de ces occupations dans des discussions et dans la formation en ergothérapie et qu'une méthode d'évaluation reconnaissant ces occupations soit développée. La revue de la littérature n'a pas permis d'identifier d'outils ou de techniques spécifique concernant cette thématique. Toutefois, même lorsque ces occupations sont évaluées et prises en compte, il n'est pas toujours évident pour les ergothérapeutes de déterminer si une activité est bénéfique ou néfaste pour la santé ni de définir comment accompagner au mieux leurs clients dans la participation à ces activités (Greber, 2020).

3.2 L'intervention : un processus centré sur la personne et ses occupations

Par la suite, l'ergothérapeute propose différentes interventions portant sur les composantes de la personne, de l'environnement et/ou de l'occupation. De manière générale, il est important que les professionnels comprennent et respectent la volition de leurs patients

ainsi que le but et le sens recherché dans la participation à certaines occupations (Creek & Hughes, 2008 ; Greber, 2020 ; Mønsted et al., 2024), bien qu'ils puissent ne pas partager les mêmes perspectives éthiques et morales, celles-ci étant des constructions intrinsèquement neutres (Greber, 2020). Ceci souligne l'importance de la collaboration avec le patient et donc une bonne relation thérapeutique (Greber, 2020). Toutefois, cela exige également que les thérapeutes examinent leurs propres valeurs, croyances et réfléchissent à leur potentiel impact sur la prise en soins (Mønsted et al., 2024), car ces facteurs peuvent être introduits dans la relation thérapeutique (Hart, 2020). Les objectifs de l'intervention sont tout d'abord de favoriser la prise de conscience puis de soutenir et renforcer la motivation au changement, pour cela les ergothérapeutes peuvent utiliser des stratégies motivationnelles. Ces stratégies constituent souvent un complément important à d'autres méthodes d'interventions (Vignola-Mir et al. 2017 ; Stoffel & Moyers, 2004). Les ergothérapeutes utilisent parfois aussi des approches cognitivo-comportementales pour améliorer les performances cognitives (Stoffel & Moyers, 2004). En parallèle, ces interventions ont également comme but de favoriser l'estime et l'affirmation de soi mais aussi l'amélioration de la gestion de l'anxiété et de ses émotions (Vignola-Mir et al., 2017), ainsi qu'une diminution du niveau d'agressivité et de tension (Becir, 2012). L'amélioration des habiletés sociales est également visée (Stoffel & Moyers, 2004 ; Sy et al., 2021 ; Wasmuth et al., 2014).

Concernant l'environnement, l'ergothérapeute peut travailler avec la personne sur la mobilisation dans l'espace, le réaménagement du domicile afin de l'aider à regagner en autonomie dans ses activités du quotidien grâce à un apport pratique et directement applicable (Peyron et al., 2024). D'autre part, des interventions portant sur l'environnement social de la personne sont pertinentes par exemple en encourageant la participation à des groupes d'entraide (Stoffel & Moyers, 2004).

3.3 Une intervention confrontée à des enjeux éthiques

Comme il l'a été présenté précédemment, les ergothérapeutes n'évaluent peu les occupations potentiellement néfastes pour la santé. Ceci peut être en partie expliqué par le fait que l'intervention concernant ces occupations est compliquée à imaginer et à mettre en place pour les ergothérapeutes. En effet, les thérapeutes sont souvent confrontés à un

dilemme éthique entre aider les clients à poursuivre leurs occupations dans une approche centrée sur la personne et entre les réorienter vers des activités favorisant la santé (Creek & Hughes, 2008 ; Mønsted et al., 2024). Ce dilemme est d'autant plus présent quand une activité a des conséquences positives et négatives sur différents aspects de la santé (Greber, 2020). Cela peut traduire un manque de consensus pour se positionner professionnellement par rapport à ces occupations, chaque praticien est souvent amené à juger quand soutenir une occupation et comment axer son intervention (Greber, 2020 ; Mønsted et al., 2024).

3.4 Une reconstruction occupationnelle et identitaire

Ainsi certains professionnels suggèrent de trouver un équilibre en proposant des alternatives (Mønsted et al., 2024). Greber (2020) ajoute qu'en effet parfois une modification, une adaptation ou une substitution de l'occupation est nécessaire pour préserver le but et le sens mais sans qu'il n'y ait de conséquences juridiques, morales ou compromettant la santé. Comme il l'a été présenté précédemment, la participation occupationnelle forme en partie l'identité occupationnelle de la personne, cependant si ces occupations sont modifiées voire supprimées qu'en est-il de l'identité occupationnelle ?

Dans la conclusion de son étude, Wasmuth et al. (2014) proposent comme piste d'intervention pour les ergothérapeutes, d'aider les personnes à identifier les occupations leur faisant ressentir un sentiment de liberté et de perte de contrôle ou au contraire une sensation de maîtrise et d'efficacité en fonction de ce qu'elles recherchent dans la consommation de substance. De plus, lors de l'arrêt de la consommation, les ergothérapeutes aident leurs patients à identifier des activités leur procurant du plaisir et combler le potentiel « vide occupationnel et identitaire » laissé par l'arrêt de la consommation en utilisant des activités « de substitution » (Vignola-Mir et al., 2017). Ainsi, l'ergothérapeute peut proposer des interventions basées sur le travail et sur les loisirs. L'étude de Wasmuth et al. (2016) montre des résultats mitigés tandis que celle de Farhadian et al. (2024) obtient des résultats prouvant que la participation à des activités de loisirs après abstinence impacte profondément et durablement la performance occupationnelle, l'équilibre occupationnel et la participation aux activités de loisirs. Des interventions sur la participation sociale peuvent également être fournies, dont l'étude de Wasmuth et al. (2016) démontre l'efficacité. Ainsi Greber (2020)

explique dans son chapitre qu'un raisonnement professionnel doit être adopté pour apporter une réponse complexe à un problème complexe. Ce raisonnement prend en compte la compréhension des objectifs occupationnels de la personne, les principes éthiques et moraux, la relation thérapeutique mais aussi le contexte et le cadre de pratique pour ainsi permettre aux professionnels de santé de prendre des décisions.

Problématique

Ainsi cette revue de la littérature a mis en évidence les problématiques occupationnelles rencontrées par les personnes souffrant d'un trouble addictif en comorbidité avec un autre trouble psychiatrique. Cette partie théorique a également permis d'explorer le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population tout en montrant que les thérapeutes sont confrontés à des occupations qui sont potentiellement néfastes pour la personne y participant. Par ailleurs, il a été démontré notamment grâce au modèle du MOH que la participation occupationnelle contribuait à la formation de l'identité occupationnelle de l'individu, c'est-à-dire que l'identité des individus ayant des occupations liées à l'usage de substances est construite et dépend de ces occupations. Toutefois dans certaines études, les auteurs suggèrent qu'il est parfois nécessaire de modifier voire remplacer ces occupations qui peuvent être délétères. Cependant cela soulève un questionnement sur la prise en compte de l'identité occupationnelle dans cette démarche. La revue de la littérature n'ayant ni identifié ni apporté de réponse à cette interrogation, il en découle la problématique suivante :

Comment les ergothérapeutes accompagnant des personnes souffrant d'un trouble addictif en comorbidité avec un autre trouble psychiatrique prennent-ils en compte les occupations potentiellement délétères, tout en soutenant la construction et la préservation de l'identité occupationnelle ?

Partie Méthodologie

1. Objectif de l'étude

Cette étude a pour objectif d'explorer l'intervention de l'ergothérapeute face à des occupations potentiellement néfastes pour la santé chez des personnes souffrant d'un trouble addictif corrélé à un autre trouble psychiatrique tout en soutenant la construction et la préservation de l'identité occupationnelle. Pour y répondre, plusieurs axes d'analyse seront développés : l'exploration de l'impact de la comorbidité entre les deux troubles sur l'intervention, l'étude de l'évaluation et de l'intervention de l'ergothérapeute en lien avec les occupations néfastes pour la santé, ainsi que l'identification des interventions possibles lorsque l'identité occupationnelle est fragilisée.

2. Type de recherche

Dans le cadre de ce mémoire, l'étude prend la forme d'une recherche exploratoire qualitative, les données sont collectées via des entretiens semi-dirigés dont l'enregistrement sera retranscrit. Le but est d'interroger sur la problématique des personnes qui ont été choisies.

2.1 Choix de la population interrogée

Les personnes interrogées doivent être des ergothérapeutes travaillant dans une structure de santé mentale. Il semblait pertinent de réaliser des entretiens avec des professionnels exerçant dans des services de psychiatrie et d'autres en addictologie. Peu importe la structure, il est recherché des ergothérapeutes accompagnant des adultes souffrant d'un trouble addictif et d'un autre trouble psychiatrique. Aucun nombre d'année d'expérience n'est exigé.

2.2 Méthode de recrutement

Afin de recruter les ergothérapeutes pour cette étude, un mail a été envoyé au GRESM (Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale) auquel cinq professionnels ont répondu positivement, trois d'entre eux ont été interrogé. D'autres mails ont été envoyé afin de recruter des professionnels travaillant uniquement en addictologie.

2.3 Choix et élaboration de l'outils d'investigation

L'outil d'investigation qui paraît le plus approprié et qui est utilisé dans le cadre de ce mémoire est l'entretien individuel. Cette méthode permet d'accéder directement à la personne, à ce qu'elle pense et ce qu'elle fait (Tétreault & Guillez, 2014). La forme de l'entretien sera semi-directive, cela permet d'aborder différents thèmes à partir de questions prédéterminées dont l'ordre est flexible. La souplesse de cette méthode permet d'obtenir des réponses aux questions posées tout en établissant des liens entre les thèmes et d'approfondir certains propos du participant (Tétreault & Guillez, 2014).

Ainsi un guide d'entretien (Annexe C) a été constitué pour cibler les questions à aborder lors de l'entretien. Il a été majoritairement construit à partir de questions ouvertes car bien que ce sont des questions auxquelles il est plus souvent difficile de répondre et par la suite difficile à classer et analyser, cela permet au participant de répondre librement sans être influencé par les réponses prédéfinies. Cela lui donne aussi la possibilité de détailler sa réponse, et ainsi de plus facilement identifier ses idées (Tétreault & Guillez, 2014).

2.4 Déroulement des entretiens

Au total quatre ergothérapeutes ont été interrogés, les entretiens se sont déroulés en visio-conférence pour des raisons de disponibilité et d'éloignement géographique. Les entretiens ont duré entre 55 minutes et 1h15, ils ont été enregistrés sur l'application utilisée pour la visio-conférence (Teams et Zoom) et également sur l'application dictaphone sur le téléphone.

2.5 Méthode de traitement et d'analyse des données

Les retranscriptions des entretiens ont été réalisées sur l'application Teams ou par dictée vocale sur Word, plusieurs vérifications de celles-ci ont été effectuées.

En parallèle du guide d'entretien, une grille d'analyse (Annexe D) a été construite puis affinée en fonction des données recueillies. L'analyse de chaque entretien a été réalisée en sélectionnant et répartissant les verbatims selon les thématiques et les indicateurs afin de mettre en évidence les convergences et divergences des réponses des participants.

2.6 Aspects éthiques

Afin de respecter les aspects éthiques de cette étude, les participants ont signé un formulaire de consentement (Annexe E) présentant les conditions de réalisation de l'entretien, les règles de confidentialité et d'utilisation des données, cela leur a été rappelé au début de l'entretien. Ainsi les participants ont été informés que l'entretien serait enregistré et retranscrit, que les données seraient anonymisées et confidentielles, utilisées uniquement lors de cette étude, et seulement accessibles par l'étudiant et le jury.

Résultats et Analyse

1. Profil des participants et contexte d'exercice

	E1	E2	E3	E4
Année de diplôme	2017	1983	2024	2024
Lieu d'exercice	Hôpital psychiatrique : deux unités de soins : une avec un mandat de psychiatrie communautaire et une autre d'admission pour des premières hospitalisation ou des crises aiguës.	A la retraite depuis 2 ans. A travaillé en psychiatrie essentiellement en intra hospitalier, et en addictologie pour des temps de sevrage.	Hôpital de jour d'addictologie.	Hôpital psychiatrique : à mi-temps en intra hospitalier sur deux unités : une plutôt de crise et une autre de « pré-sortant » ; et à mi-temps en extra hospitalier : en hôpital de jour, en CMP et CATTP
Public accompagné	Adultes avec tout type de pathologies psychiatriques.	Adultes En psychiatrie : toutes les pathologies. Addictologie : principalement des personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool	Adultes présentant un trouble de l'usage de substances.	Adultes souffrants de trouble psychiatriques, principalement de psychoses (schizophrénie), de troubles de l'humeur.

Figure 1 : Tableau des profils professionnels des participants

Tous les ergothérapeutes proposent des séances individuelles et groupales sauf E2 qui intervenait uniquement sous la forme de groupe. Les séances de E1, E3 et E4 n'étaient pas obligatoires, cependant dans le service d'addictologie de E2 les patients n'avaient pas le choix de venir en ergothérapie.

Concernant les approches utilisées par les ergothérapeutes, E1 utilise la psychodynamie et la réhabilitation psychosociale bien que la structure soit axée sur la psychodynamique voire

psychanalyse. E2 avait une approche psychodynamique en psychiatrie et plutôt cognitivo-comportementale et axée sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en addictologie. E3 utilise la réhabilitation psychosociale, enfin l'approche d'E4 est fondée sur la psychodynamie et cognitivo-comportementale.

2. La comorbidité psychiatrique et addictive : une réalité fréquente et complexe

Tous les ergothérapeutes interrogés déclarent rencontrer des patients souffrant d'un trouble addictif corrélé à un autre trouble psychiatrique, E1 et E4 soulignent que cela est « très fréquent » (E1). Dans les services de psychiatrie, E1 et E4 indiquent observer tout type de consommation chez les patients souffrants de troubles psychiatriques. Dans les services de psychiatrie et d'addictologie, E2 évoque notamment le symptôme dépressif associé à la consommation d'alcool. Enfin dans le service d'addictologie d'E3, les principaux troubles associés sont le TDAH, la dépression, le trouble bipolaire et le trouble borderline.

Ainsi la comorbidité entre les deux troubles étant fréquente, certains ergothérapeutes ont décidé de se former : E1 est « en train de faire un DU en pratiques addictives [...] je prête une attention un peu plus particulière à la question des consommations, j'ai besoin de comprendre un peu plus les mécanismes peut être comportementaux et même neuro derrière ça », E3 a également « le projet de faire le DU pratiques addictives » car selon elle « on est pas assez formé [...] on avait eu 2 heures de cours en addicto à l'IFE et c'est un peu tout ». De même, E4 va réaliser prochainement « une formation sur maladie psychiatrique et addiction, c'est vraiment traité dans cette histoire de comorbidité ». Quant à E2, elle n'a « pas eu de formation de psychiatrie ou d'addictologie ».

Les participants indiquent que la comorbidité est complexe et peut s'expliquer de différentes manières. Tout d'abord « La consommation comme automédication » (E4), en effet les quatre ergothérapeutes évoquent le fait que le trouble addictif peut être une conséquence d'un trouble psychiatrique ou d'un mal-être : « l'alcool comme anti-dépresseur » (E2), « quand on consomme, on veut généralement ou ressentir quelque chose ou arrêter de ressentir quelque chose » (E4). Ils soulignent également que des symptômes psychiatriques peuvent être déclenchés par l'usage de substances comme des épisodes

« délirants » (E1), « psychotiques » (E4) ou encore des « symptômes dépressifs » (E2) notamment car « l'alcool est dépressiogène qui du coup fait encore aller plus mal » (E3). D'autres explications sont apportées par E3 « l'addiction peut être déclenchée par [...] une histoire de vie difficile, par la génétique » et par E4 « y a le contexte social [...] dealer c'est une occasion de faire de l'argent [...] quand on est en statut de demandeur d'asile, [...] quand on a pas trop de diplôme, qu'on est de la cité [...] et quand on en vend généralement on en consomme aussi ».

Tous les ergothérapeutes déclarent observer des conséquences résultant de l'interaction entre les deux troubles. En effet E1, E3 et E4 mentionnent la majoration des symptômes positifs ou négatifs, E4 donne l'exemple d'un patient rencontré où « les symptômes de la psychoses sont de plus en plus forts, les impacts de la consommation sur combien de temps derrière il va mettre pour revenir dans la réalité sont de plus en plus longs, ses capacités semblent être de plus en plus dégradées », E4 l'explique par le fait que « les substances psychoactives vont se fixer sur les neurotransmetteurs qui sont exactement là où se fixent les antipsychotiques ». E1 et E3 soulignent le fait que « la souffrance psychique entretient potentiellement la consommation » (E1) et la notion de « cercle vicieux » (E3) entre la dépression et la consommation de produits. Par ailleurs, E1 évoque le fait que cela affecte leur « estime de soi » et leur « confiance en soi ». E2 et E4 mentionnent une dégradation des capacités : « une fois qu'ils sont dégradés cognitivement et en grande difficulté, ils vont être dépressifs et potentiellement suicidaires parce qu'ils se rendent compte de la dégradation de leur vie » (E2 en service d'addictologie). Au niveau des occupations, « la prise de substances, ça réduit complètement le répertoire occupationnel » (E4), « ça prend toute la place » (E2).

Enfin, les ergothérapeutes évoquent l'impact sur leur accompagnement. En effet, E3 et E4 expliquent que leur suivi est entrecoupé : « des gens qui sont dans un tel état que c'est pas possible d'intervenir [...] et ton intervention t'as l'impression de la recommencer à 0 » (E4). E1 évoque que parfois le craving est trop important pour continuer la séance et que « le taux d'absentéisme est majoré », pour y pallier elle essaye d'adapter l'horaire de la séance. D'autre part, « la consommation ça les remet dans un état de crise et quelque part ça les met à distance de la réalité, des soignants » (E4) et « empêcher qu'ils puissent faire un travail psychique intérieur » (E2).

3. Les occupations potentiellement « néfastes » pour la santé

Lors des entretiens, les ergothérapeutes interrogés ont pu exprimer que les liens entre l'occupation et la santé sont complexes et qu'il est difficile de catégoriser les occupations : « C'est à quel moment qu'on arrive à quelque chose qui est vraiment considéré comme néfaste pour la santé ? » (E1), « il y a des choses que ça [la consommation] t'apporte aussi » (E4), « Pour moi la face sombre des occupations, elle est dans toutes les occupations » (E2).

Trois participants (E1, E3, E4) déclarent qu'en théorie la consommation de produits dans le contexte d'une addiction peut être considérée comme une occupation car « ça occupe la journée, ça donne un rôle, ça donne du sens, on consomme pas n'importe quoi pour n'importe quelle raison » (E1). Dans la pratique, E4 dis l'évoquer auprès des patients comme une occupation, contrairement à E3 : « Ce n'est pas quelque chose que j'évoque comme une occupation » qui d'autre part dans un groupe « apporte de la théorie sur pourquoi faire des activités c'est bon pour la santé ». Dans leur intervention, certains ergothérapeutes placent les occupations liées à la consommation de substances sur le même plan que les autres occupations (E1 et E4) : « je la traite comme n'importe quelle occupation pour laquelle la personne dirait qu'il y a un souci » (E1). Au contraire, certains les mettent au second plan « par contre j'appuie vraiment sur tout le reste. [...] J'ai envie de pouvoir me décaler du sujet pour leur offrir d'autres espaces » (E3), « en psychiatrie, quand on mettait l'accent sur le syndrome dépressif je ne me préoccupais pas de ça » (E2).

4. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes présentant une comorbidité

Les ergothérapeutes interrogés bien qu'ils sont tous confrontés à des patients présentant les deux troubles simultanément, interviennent différemment. E4 intervient peu sur la question d'addiction, E2 priorise un trouble en fonction du service : en psychiatrie : « on mettait l'accent sur l'aspect psychologique et l'addiction en découlait derrière » et en addictologie : « on allait bosser plus directement sur le comportement alcoolique et ça allait améliorer l'état dépressif ». Tandis que E3 indique : « J'ai l'impression d'intervenir ni sur l'un ni sur l'autre comme ma cible ça va être l'addiction. [...] Je vais vraiment être sur le côté fonctionnel ». De son côté, E1 s'adapte à la personne : « je fais avec ce qu'elle me dit, si elle

ne veut pas parler des consommations, de son trouble addict, de sa pathologie psy bah on fait avec ce qu'elle amène ».

Différents objectifs et moyens d'évaluations sont énoncés par les professionnels. Tout d'abord, la visée de comprendre comment la consommation s'inscrit dans leur quotidien, quelles sont les raisons, leurs motivations : « Essayer de comprendre vraiment qu'est ce qui se joue. Aller chercher les raisons, la motivation et où en est la personne par rapport à ce projet » (E1), « parler, amener à la conscience » (E4). E1 cherche aussi à « tâter le terrain, de faire de la prévention, voir s'il y a une ouverture pour un suivi addicto ». De son côté, E3 évoque comme autre objectif « pouvoir travailler sur autre chose ». Pour atteindre ces objectifs, différents moyens sont utilisés : des questions en entretien, la balance décisionnelle, l'observation lors d'activités créatives, l'utilisation du KAWA. Par ailleurs, E3 évoque l'OT Hope qu'elle utilise habituellement mais « il n'y a pas de cartes sur les addictions, sur la consommation de produits ou sur ces trucs-là [...] ce serait bien d'avoir une carte comme ça ».

Concernant l'intervention, l'objectif est tout d'abord qu'il y ait une « prise de conscience » (E2) et de faire de la « prévention » (E1). Tous les ergothérapeutes ont ensuite comme objectif principal de détourner la personne des consommations notamment en substituant ces occupations. Les ergothérapeutes cherchent à ce que les patients acquièrent d'autres stratégies occupationnelles pour prévenir et gérer le craving (E3), contrer « l'ennui » (E3 et E4) ou « quand je suis énervé » (E4) mais aussi pour « réélargir le répertoire occupationnel » (E4). Cela permet aussi de leur faire « expérimenter d'être à distance des consommations » (E1) et leur « faire voir qu'il y a autre chose, qu'on peut prendre son plaisir dans autre chose, on peut se sentir compétent dans autre chose » (E4). Pour cela, les ergothérapeutes vont avec le patient « chercher ce qui leur plait, ce qui leur fait du bien, ce qui fait sens pour eux » (E1), par le biais de discussions ou avec « un jeu sur le temps des loisirs » (E2). Puis généralement ils leur proposent d'autres activités comme de la « relaxation » (E2), des activités créatives, E4 mentionne par exemple la « mosaïque », la « menuiserie ». E3 intègre ces activités dans un groupe appelé « prévention et gestion du craving par l'activité » tandis que E4 indique « je leur fais visiter mon atelier, dedans ben y a ci, y a ça, tiens est ce que vous avez un truc qui vous a intrigué ? ». De son côté E3 axe son intervention sur le « partage d'expérience », dans un de ses groupes elle collabore avec un patient expert qui pour une séance « vient raconter les activités qu'il a mis en place pour s'en

sortir ». D'autre part, certains ergothérapeutes cherchent à « travailler sur le sens, mon intention était qu'il y ait de l'expression » (E2) et qu'ils puissent « extérioriser » (E4) en utilisant des médiations thérapeutiques. Tandis que E3 a plutôt comme but de « travailler sur d'autres choses qui les décalent un peu de la maladie » et mentionne des objectifs plutôt fonctionnels comme « l'indépendance dans la ville » avec un groupe « sorties culturelles ».

En accompagnant ces personnes, les professionnels sont confrontés à des comportements parfois illégaux et ne favorisant pas la santé : « Je fais avec. Je ne vais pas les valider, forcément je reste thérapeute, et puis au niveau de l'éthique on ne va pas valider ce genre de comportement, mais l'idée ce n'est pas non plus de juger la personne [...] ne pas faire sentir que c'est mal » rapporte E1. E4 avec son équipe se questionne également sur la restriction de liberté des patients : « est ce qu'il fallait même mettre en isolement quelqu'un pour éviter qu'il consomme ou pour éviter qu'il ramène de la drogue pour tout le service ». Par ailleurs, les ergothérapeutes interrogés évoquent plusieurs difficultés dans leur accompagnement, E3 indique ressentir un « sentiment d'impuissance [...] sur la consommation de produits parce que dans l'addiction y a des rechutes et qu'en fait parfois on voit un patient aller bien puis d'un coup ça va plus ». D'autres difficultés sont observées comme le fait que des patients soient dans le « déni » (E1 et E2) ou ont tendance à « minimiser » (E2), et le manque de « motivation » (E1, E2, E3). Des ergothérapeutes mentionnent aussi le fait que certaines personnes « ne sont pas aidées ni par l'environnement physique ni par l'environnement humain » (E1), E4 donne l'exemple d'un patient qui dans son environnement est exposé aux drogues et « qui ne va pas chercher absolument à consommer [...] c'est tellement rageant [...] tu ne peux pas déraciner quelqu'un pour le mettre ailleurs [...] c'est le plus plombant parce qu'on ne peut pas protéger de ça ». Cela complique donc le retour dans l'environnement : « si ce n'est pas suivi en ambulatoire, ça ne marche pas » (E1) c'est pourquoi E1 et E3 aimeraient travailler dans un environnement plus écologique. Ainsi dans l'objectif évoqué précédemment de changer les occupations de la personne, les ergothérapeutes sont confrontés au fait que cela demande pour le patient « un changement tellement profond des habitudes, du cercle social et du rapport à l'environnement » (E1), « une motivation à agir qui est quand même énorme [...] pour des patients qui ne se sentent compétents en rien [...] qui ont une estime d'eux-mêmes complètement effondrée [...] J'ai l'impression que le futur ça leur paraît loin [...] Faut avoir le

budget » (E3). Enfin E1 indique qu'il est compliqué « en tant qu'ergo formée en addicto mais qui travaille en psy, c'est de travailler avec une équipe qui n'est pas formée à ça ».

5. Prise en compte de l'identité occupationnelle

Lorsque que la question de l'identité occupationnelle a été abordée, tous les participants ont été en mesure de la définir malgré quelques hésitations. Toutefois, les ergothérapeutes ont semblé peu à l'aise et peu familiers avec ce concept : « ça ne me parle pas trop » (E2), « Je n'avais pas pensé à ce concept pour ma pratique » (E3), E1 avoue que « ce n'est pas quelque chose qu'on a beaucoup abordé [dans son master sciences de la santé] ». Tout de même, E3 « trouve ça hyper intéressant cette question de l'identité occupationnelle mais je ne sais pas comment l'appréhender avec ces patients-là ».

Concernant l'impact de l'addiction sur l'identité, E1 explique que « chez des personnes pour qui la consommation, notamment de drogues dures est ancrée depuis des années, c'est tout le rapport au monde qui est biaisé [...] et qui vient modifier d'autres façons d'être [...] et donc potentiellement une identité qui est complètement déformée ». Les ergothérapeutes mettent en avant le fait que l'addiction « est effectivement structurante sur l'identité occupationnelle » (E4) : « L'identité occupationnelle des personnes addictes c'est alcoolique » (E2), « l'identité actuelle est très basée sur les consommations » (E3). Cela se manifeste au niveau du « look » (E4), au niveau social comme le souligne E4 et E2 : « pour beaucoup aussi c'est un package de l'identité sociale [...] y a un espèce de truc avec [...] les gens que tu vas voir, tu discutes des dealers etc. » (E4), « ils se déplaçaient en bande tous ensemble, ils étaient dans un espèce de "nous " collectif, " nous les alcooliques " » (E2). Mais aussi au niveau professionnel, dans des situations où « la consommation de drogues elle allait dans son activité professionnelle [...] dealer » (E4), E1 donne aussi l'exemple des « chefs d'entreprise et traders [...] qui consomment [...] pour être plus productifs, plus performants. Et là c'est pareil en termes d'identité, s'ils arrêtent de consommer, ils sont plus performants, plus productifs et donc potentiellement ils perdent leur travail ». Toutefois E1 apporte une subtilité : « C'est très variable en fonction de la substance qui est consommée, de comment elle est consommée et depuis combien de temps c'est inscrit [...]. Je pense que ça dépend aussi de où ils en sont, des personnes qui sont tellement dans le déni et tellement atteints cognitivement ». En effet

elle explique qu'elle rencontre aussi certaines personnes « qui font comme si tout allait bien » en donnant l'exemple d'un patient « avec une atteinte neuro tellement importante qu'en fait pour lui il n'y avait pas d'impact sur son identité, sauf que la personne qu'il décrivait correspondait plus du tout à la personne qu'on avait en face de nous ».

Dans leur processus d'intervention, au moment de l'évaluation, les ergothérapeutes prennent en compte l'identité occupationnelle de manière plutôt indirecte : « l'identité transparait à un moment donné sans forcément l'investiguer spécifiquement » (E4). En effet, de manière générale l'ergothérapeute « s'intéresse à elle [la personne], ses habitudes de vie » (E1), il/elle cherche à « connaître l'autre dans ce qu'il est et ce qu'il fait » (E4). E3 indique qu'elle « s'intéresse à l'identité passée [...] comprendre ce qu'il comptait pour la personne, là où elle mettait du sens et pourquoi ». Les participants abordent ce sujet lors d'« entretiens » (E3 et E1), où lors de la réalisation d'« un mini profil occupationnel » (E2). Certains utilisent des outils comme « l'AERES [...], l'ELADEB [...] pour mesurer l'écart entre notre perception de la personne, de ses difficultés, de ses besoins et sa perception à elle » (E1). E4 utilise « les méthodes créatives surtout le collage où généralement le collage que je fais un peu évaluatif » avec différents thèmes « soit je ne donne rien du tout, [...] soit "parlez-moi de...", [...] "ça [le thème] sera sur nous" ». E4 aborde brièvement aussi l'outil « OCAIRS » qui évalue l'identité occupationnelle, cependant il ne l'utilise pas.

Ainsi, les professionnels sont confrontés à des patients dont l'identité est impactée, pour certains le but est d'« arriver à changer cette identité » (E4), même si pour E2 ce n'était pas son « intention première ». Quant à E3, elle « ne sait pas comment l'appréhender avec ces patients-là » car elle « se base beaucoup sur l'identité occupationnelle qui a précédée [...] c'est plus simple [...] parce qu'on connaît de quoi elle est composée [...] je pense que c'est aussi un biais parce qu'il y a beaucoup de patients qui nous disent "je voudrais revenir comme avant" [...]. En fait je me demande si c'est une bonne idée [...] leur parler du passé ça leur parle mais en même temps ça les fait se remettre dans un truc qu'ils ne vivent plus aujourd'hui donc ça peut être douloureux aussi. Et en même temps s'ils ont trouvé du sens à certaines occupations, peut-être qu'ils en trouveront toujours ou peut-être pas, je sais pas ». Par la suite elle a interrogé le patient expert qui lui a répondu : « "moi j'ai tout reconstruit", tout ce qu'il faisait avant aujourd'hui il ne le fait plus, c'est-à-dire qu'avant il était commercial maintenant il est patient expert, avant [...] parmi ses activités il y avait aller au bar, bon ça évidemment il le

fait plus, il a changé ses amis [...] il parle beaucoup d'une forme de nouvelle personne qu'il est ». Ainsi pour « reprogrammer un petit peu l'identité [...] il faut la remplacer par quelque chose, la nature aime pas le vide » (E4). C'est pourquoi les ergothérapeutes pensent qu'en proposant aux patients d'autres activités lors des séances « si ça devient des occupations significatives pour eux » (E2), ils vont « l'inclure dans le quotidien et peut être que ça deviendra une partie de leur identité » (E3). E4 aborde aussi « la force du groupe », il essaye de « rebasculer ça [l'activité individuelle] dans une activité de groupe » et propose aux patients d'intégrer « les groupes d'entraide mutuelle [...], groupes de parole autour des addictions » car selon lui « l'appartenance peut jouer un grand rôle [...] tu te réfère entre guillemets à un groupe [...] même s'il est pas physique ou clairement identifié [...] "je fais partie des gens qui ont arrêté» ». Selon lui cela permet aussi de se projeter sur l'avenir et de pouvoir se référer à des personnes qui ont réussi à ne plus consommer : « se dire qu'il y a eu un précédent, que ça a pu arriver pour d'autres, je ne suis pas tout seul ». C'est également ce que vise E3 en intégrant dans ses séances l'intervention d'un patient expert, qui en racontant son parcours et les activités qui l'ont aidé dans son rétablissement permet aux patients de se référer à cette expérience partagée.

Ainsi, l'analyse des résultats a permis de souligner la complexité de l'accompagnement des personnes présentant un trouble addictif associé à un autre trouble psychiatrique. Les ergothérapeutes interrogés ont décrit leur rôle et leur processus d'intervention auprès de cette population ainsi que les difficultés rencontrées. Concernant les occupations potentiellement délétères pour la santé liées aux consommations, celles-ci semblent être évaluées sans recours à des outils spécifiques. Par ailleurs, le concept d'identité occupationnelle apparaît peu abordé par les professionnels interrogés, qui l'évaluent de manière indirecte et sans outils spécifiques. Néanmoins ils ont proposé différentes pistes d'intervention afin de soutenir une reconstruction identitaire. Ces éléments seront détaillés et confrontés avec la littérature dans le chapitre de discussion suivant.

Discussion

1. Confrontation des résultats avec la littérature

1.1 Les évaluations occupationnelles des conduites liées à la consommation de substances

Les données issues des entretiens confirment les propos de Twinley (2013 ; 2020) et Greber (2020) quant à la complexité des occupations. En effet, il est difficile d'assurer qu'une occupation est saine ou malsaine, car comme souligné par les participants bien que la consommation de substance puisse être considérée comme néfaste pour la santé, cette occupation apporte quelque chose de bénéfique aux consommateurs. Par ailleurs, Twinley (2020) décrivait le manque d'exploration de ces occupations, dans l'enquête réalisée cela est également observable, certains ergothérapeutes ne se préoccupent pas ou peu de ces occupations.

Cela est également souligné par le fait que les ergothérapeutes n'utilisent pas d'outils spécifiques pour évaluer ces occupations. Les participants de l'étude utilisent différents moyens : des questions lors d'entretiens, la balance décisionnelle établissant les avantages et inconvénients à continuer et arrêter un comportement, des observations lors d'activités créatives, le KAWA. Le KAWA est un modèle ergothérapique fondé par Michael Iwama, il repose sur l'intégration de la culture de la personne dans la prise en soin. Il est basé sur la métaphore de la rivière représentant la vie de la personne avec quatre éléments conceptuels : l'eau, le lit et les rives (leur rétrécissement illustre la contrainte exercée par l'environnement), les rochers représentant les problèmes rencontrés et le bois à la dérive signifiant les atouts et handicaps de la personne. Ce modèle est également un outil d'évaluation et d'intervention : le thérapeute demande à la personne de dessiner sa rivière avec les différents éléments dans son ensemble et en coupe. Ainsi cela permet d'avoir la vision de la personne sur sa propre situation qui est bien sûr subjective (Morel-Bracq, 2017). D'autre part, une des ergothérapeutes a fait part de son envie et besoin de l'intégration des occupations telles que la consommation de substances dans des outils comme l'OT Hope adulte. L'OT Hope adulte est un outil ergothérapique permettant d'autodétermination des objectifs, la personne classe les cartes représentant différentes activités selon sa performance occupationnelle, par la suite elle sélectionne les objectifs qu'elle souhaite travailler en ergothérapie (OT's Hope, s. d.).

D'autres ergothérapeutes de l'étude de Mønsted et al. (2024) souhaiteraient qu'une méthode d'évaluation reconnaissant ces occupations soit développée. Cependant, la revue de la littérature n'a pas permis d'identifier de telles méthodes d'évaluations.

Quant à l'intervention elle-même, les professionnels évoquent comme Greber (2020) un l'objectif tourné sur la modification, l'adaptation et la substitution de ces occupations. Les ergothérapeutes interrogés apportent également les difficultés rencontrées dans l'atteinte de cet objectif : le déni, la motivation, le manque de sentiment de compétence, l'environnement social et physique et le budget. Pour cela, les participants évoquent les mêmes moyens que Wasmuth et al. (2014) et Vignola-Mir et al. (2017) : identifier puis leur faire tester d'autres occupations où ils peuvent trouver du plaisir et du sens, leur proposer d'autres stratégies occupationnelles en fonction de ce qu'ils recherchent dans la consommation.

Enfin, certains ergothérapeutes estiment nécessaire de se former aux troubles addictifs avec ou sans les pathologies psychiatriques associées, cependant il serait pertinent que cet enseignement apparaisse davantage lors de la formation initiale. Des ergothérapeutes interrogés dans l'étude d'Estreet & Privott (2021) et de Vignola-Mir et al. (2017) ont estimé manquer de formation professionnelle pour travailler avec des patients présentant un trouble de l'usage de substances ou un trouble comorbide.

1.2 L'identité occupationnelle : un concept sous-utilisé

Les professionnels s'accordent avec les données de la littérature sur le fait que le rétablissement d'une maladie psychiatrique nécessite une reconstruction identitaire (Fernandez-Rodriguez et al., 2025 ; Westwell & Burr, 2026).

1.2.1 Une évaluation indirecte et informelle malgré l'existence d'outils spécifiques

Les ergothérapeutes révèlent ne pas accorder une grande importance à l'identité occupationnelle dans leur accompagnement. L'évaluation de celle-ci est réalisée de manière indirecte par des outils ne mesurant pas spécifiquement l'identité occupationnelle. Il existe cependant dans la littérature et notamment dans le modèle de l'occupation humaine (MOH) des outils permettant d'évaluer l'identité occupationnelle de la personne. Il y a tout d'abord

l'OPHI-II (l'Occupational Performance History Interview – II version 2.1), un outil issu du MOH centré sur l'identité occupationnelle. Il mesure l'identité et la compétence occupationnelle, trois parties le compose : une entrevue semi-structurée, associée à trois échelles permettant sa cotation et l'histoire de vie narrative illustrée sous la forme d'une courbe de vie. Cinq thèmes sont abordés lors de l'entrevue : « les rôles occupationnels ; la routine quotidienne ; les milieux occupationnels (environnements) ; les choix occupationnels ; les événements critiques de la vie » (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, s. d.). Cet outil permet peut être utilisé quel que soit l'âge, le diagnostic et la culture de la personne. Les évaluateurs peuvent facilement utiliser l'OPHI-II de manière valide, sans formation formelle (Kielhofner et al., 2001). Dans leur étude, Fernandez-Rodriguez et al. (2025) ont exploré grâce à l'OPHI-II la manière dont l'histoire de vie, l'identité, la compétence et le contexte influencent le processus de rétablissement des personnes souffrants de troubles mentaux. De même dans leur article, Ennals & Fossey (2009) démontrent à travers l'analyse d'un récit d'une patiente l'intérêt d'utiliser un outil tel que l'OPHI-II. Ces deux études soulignent l'importance d'intégrer l'histoire de vie et les perspectives occupationnelles dans l'évaluation grâce à des outils comme l'OPHI-II qui aide les patients à réfléchir sur leur parcours de vie et à projeter les identités occupationnelles désirées. De plus l'utilisation de cet outil permet à l'ergothérapeute d'obtenir une compréhension plus approfondie de l'expérience vécue et de la volition du patient et ainsi d'établir une intervention véritablement centrée sur la personne (Ennals & Fossey, 2009 ; Fernandez-Rodriguez et al., 2025).

D'autres outils permettant d'évaluer certaines composantes de l'identité occupationnelle ont été repérés : le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool), l'OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale) et l'OSA (Occupational Self-Assessment).

Le MOHOST est l'outil d'évaluation de la participation occupationnelle du MOH, il offre une vue d'ensemble des éléments influençant la participation occupationnelle. La partie établissant le « profil d'occupation » de la personne dédie un item aux « rôles » de la personne dont un des concepts clés est « l'identité liée aux rôles » (Parkinson et al., 2017).

L'OCAIRS est un outil présenté sous la forme d'une entrevue semi-structurée, associée à une grille de cotation, il vise à évaluer rapidement les composantes de la participation

occupationnelle de la personne. Il permet notamment d'explorer les rôles de la personne, ses valeurs et ses intérêts (Haglund & Forsyth, 2013).

Quant à l'OSA, il s'agit d'une auto-évaluation mesurant la compétence occupationnelle et la valeur par rapport à cette compétence. La compétence occupationnelle est définie comme la « capacité à maintenir un patron d'occupations cohérent avec l'identité occupationnelle » (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, s. d.). Cet outil permet donc d'obtenir la perception de la personne.

Ainsi ces trois outils comportent des items représentant des composantes de l'identité occupationnelle (Taylor & Kielhofner, 2017) ; leur utilisation permet donc l'évaluation d'une partie de celle-ci.

Ces outils permettent d'évaluer l'identité occupationnelle à un instant précis de l'accompagnement et ainsi d'objectiver la reconstruction identitaire.

1.2.2 Une reconstruction identitaire

Pour favoriser la reconstruction identitaire, les ergothérapeutes évoquent le fait de proposer d'autres activités qui, si elles sont intégrées dans la vie quotidienne de la personne feront partie de son identité occupationnelle. Il manque dans la littérature des données à ce sujet, en effet le rôle de l'ergothérapeute dans la reconstruction identitaire auprès de personnes souffrants de troubles mentaux quels qu'ils soient est peu documenté. Cependant des études évoquant des éléments favorisant la reconstruction identitaire auprès de personnes souffrants de troubles mentaux ou de troubles addictifs ont été réalisées et peuvent être rattachées à l'intervention en ergothérapie. Parmi ces éléments, l'importance de l'adhésion à des groupes d'entraide est évoquée. Dans leur étude, Kucur et al. (2026) démontrent que l'adhésion au groupe des Alcooliques Anonymes (AA) permet aux participants de ressentir un sentiment d'appartenance et leur permet de construire une identité tournée vers l'avenir. Les personnes étant sobres depuis longtemps et venant témoigner de leurs erreurs et apporter des conseils peuvent servir de source de comparaison pour les autres participants (Kucur et al., 2026 ; Westwell & Burr, 2026). C'est également ce que rapportent les ergothérapeutes interrogés, en effet certains essayent de mettre en relation les patients dans les groupes, de favoriser le partage d'expérience entre les patients et également grâce à

l'intervention d'un patient expert et d'accompagner les patients dans l'intégration aux groupes d'entraide. Westwell & Burr (2026) évoquent également le rôle de l'imagination dans le processus de reconstruction identitaire, les participants de l'étude révèlent qu'en s'imaginant sobres, ils expérimentaient cette nouvelle identité. Cet élément a été brièvement abordé par un ergothérapeute : des mises en scènes semblables avaient été réalisées dans son service encadrés par d'autres professionnels, mais cela pourrait faire partie de l'intervention de l'ergothérapeute. Enfin, Aas et al. (2025) évoquent la question de l'emploi dans la reconstruction de l'identité, les résultats de leur étude révèlent que l'emploi pouvait soutenir la reconstruction de l'identité des personnes souffrants d'un trouble addictif en leur permettant d'assumer des rôles significatifs et socialement valorisés et ainsi de se percevoir différemment. Dans l'enquête réalisée, aucun ergothérapeute n'avait mentionné l'emploi comme éléments favorisant la reconstruction identitaire.

2. Intérêts et limites de l'étude

En mettant en avant le rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes souffrants de troubles addictifs associés à d'autres troubles psychiatriques, et en accordant une attention particulière au concept d'identité occupationnelle, cette étude aborde des thématiques qui manquent d'exploration dans la littérature et de mise en pratique. L'enquête a été réalisée auprès d'ergothérapeutes ayant des niveaux d'expérience et des contextes d'exercice variés. Cette diversité a permis d'obtenir des résultats complémentaires et de mettre en évidence des similitudes mais aussi des contradictions.

Cette recherche présente plusieurs limites. Les contraintes temporelles n'ont permis d'interroger que quatre ergothérapeutes. Cet échantillon restreint ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des pratiques des ergothérapeutes accompagnant cette population. Certains aspects du sujet n'ont probablement pas pu être abordés ou approfondis lors des entretiens, d'autant que le contexte dans lequel se sont déroulés les entretiens présente également des limites méthodologiques. Ceux-ci ont tous été réalisés en visio-conférence dont un sans l'utilisation de la caméra. Bien que cet outil d'entretien permette une meilleure flexibilité géographique et organisationnelle, la qualité et

la richesse de l'échange avec le participant semblent plus limitées. L'utilisation de questions ouvertes favorise l'expression du participant et le recueil de réponses développées et personnelles, toutefois cela ne permet pas toujours d'obtenir de réponses claires et centrées sur la question.

3. Suggestion pour une poursuite de l'étude

Cette étude pourrait être poursuivie de différentes manières. Tout d'abord, réaliser la même enquête à plus grande échelle en interrogeant plus d'ergothérapeutes, ceci permettrait d'obtenir une meilleure vision du rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population.

Par ailleurs, cette étude a permis de mettre en évidence que les troubles addictifs sont fréquents notamment dans les services de psychiatrie et que l'accompagnement des patients souffrants de ces deux troubles est complexe. En psychiatrie les professionnels sont fréquemment confrontés à cette problématique et manquent de connaissances sur les troubles addictifs. C'est pour cela qu'il serait pertinent de proposer auprès des ergothérapeutes des modules de formation aux troubles addictifs.

Cette étude révèle enfin le manque d'intégration du concept d'identité occupationnelle dans la pratique en ergothérapie. Une sensibilisation des professionnels à l'identité occupationnelle permettrait une approche d'accompagnement adaptée à cette population ainsi que l'utilisation des outils permettant de l'évaluer en se référant au modèle conceptuel du MOH.

Conclusion

Ainsi les troubles addictifs sont fréquents dans la population générale et notamment chez les personnes présentant un trouble psychiatrique. L'association de ces deux troubles impacte grandement l'accompagnement de ces personnes pour tous les professionnels dont les ergothérapeutes. En effet, les professionnels de l'occupation se retrouvent confrontés à des occupations pouvant être délétères pour la santé, bien qu'il ait été démontré que ces occupations apportent tout-de-même du sens pour les consommateurs. Dans ce contexte, la revue de la littérature indique que leur objectif est de modifier voire substituer ces occupations. Cependant, le MOH en soulignant le concept d'identité occupationnelle, démontre que notre participation aux occupations contribue à la création de notre identité. Ainsi modifier les occupations de la personne suppose un changement d'identité. Par conséquent cette recherche visait à explorer l'intervention de l'ergothérapeute face à des occupations potentiellement néfastes pour la santé chez cette population, tout en soutenant la construction et la préservation de l'identité.

Les professionnels interrogés rapportent que l'association des deux troubles est effectivement fréquente, cependant certains ergothérapeutes ne se préoccupe peu des occupations liées à la consommation de substances notamment dans les services de psychiatrie. De plus, ils manquent de moyens spécifiques pour évaluer ces occupations. Leurs objectifs restent semblables à ceux évoqués dans la littérature, c'est-à-dire investiguer en premier lieu les raisons de l'implication de la personne dans cette conduite puis de substituer ces occupations en cherchant avec la personne d'autres stratégies occupationnelles. Pour cela, les thérapeutes proposent d'autres activités et prônent le partage d'expérience.

Les données issues des entretiens exposent le manque d'intégration du concept d'identité occupationnelle dans la pratique en ergothérapie. En effet les professionnels réalisent des évaluations plutôt indirectes de celle-ci, bien qu'il existe des outils spécifiques comme l'OPHI-II ou encore le MOHOST, l'OCAIRS et l'OSA. Ils démontrent toutefois qu'il y a bel et bien un impact sur leur identité occupationnelle, leur identité étant grandement basée sur les occupations liées à l'addiction. Concernant l'identité, leur objectif est de favoriser la reconstruction identitaire grâce à la participation à de nouvelles occupations, et à des groupes

d'entraide contribuant au sentiment d'appartenance à un groupe. Un article de la littérature expose aussi le rôle de l'emploi dans cette reconstruction identitaire.

Enfin, cette étude met en avant le manque de formation des ergothérapeutes par rapport aux troubles addictifs mais aussi au niveau de l'intégration du concept d'identité occupationnelle dans leur pratique.

Bibliographie

Aas, E. M., Havnes, I. A., Raveen, R. R., Ullevoldsæter Lystad, J., Ajo Arnevik, E., & Borger Rognli, E. (2025). 'I am somebody now'—Exploring meanings and experiences of gaining employment among people in substance use disorder treatment. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 0(0), 1-15. <https://doi.org/10.1080/09687637.2025.2527640>

American psychiatric association, Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2013). *Maunel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5ème édition* (5e éd). Elsevier Masson.

Arendt, M., Rosenberg, R., Fjordback, L., Brandholdt, J., Foldager, L., Sher, L., & Munk-Jørgensen, P. (2007). Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychological Medicine*, 37(7), 935-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009688>

Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218-228. <https://doi.org/10.1177/000841740206900406>

Balan, A., Kannekanti, P., & Khanra, S. (2023). Pathways to care for substance use treatment among tribal patients at a psychiatric hospital : A comparative study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 14(3), 432-439. https://doi.org/10.25259/JNRP_30_2023

Becir, K. (2012). P-09—Psychiatric comorbidity of heroin dependence and personality disorders and treatment within work-occupational therapy. *European Psychiatry*, 27, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74176-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74176-7)

Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Évaluer les ressources des patients : Une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 41-59. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.03.004>

Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (s. d.). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine—Université Laval*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 15 mai 2026, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/>

Centre ressource réhabilitation. (2021, avril 16). Echelle de Répercussion Fonctionnelle (ERF). Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/echelle-de-repercussion-fonctionnelle-erf>

Chevallier, M. (2021, mai 8). *Les différentes structures de soins psychiques*. Morgane Chevallier. <https://www.morganechevallier.com/post/les-différentes-structures-de-soins-psychiques>

Christiansen, C. H. (1999). Defining Lives : Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558. <https://doi.org/10.5014/ajot.53.6.547>

Creek, J., & Hughes, A. (2008). Occupation and Health : A Review of Selected Literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(11), 456-468. <https://doi.org/10.1177/030802260807101102>

Dubreucq, S., Chanut, F., & Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : La situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31-46. <https://doi.org/10.7202/1012642ar>

Ennals, P., & Fossey, E. (2009). Using the OPHI-II to Support People With Mental Illness in Their Recovery. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25(2), 138-150. <https://doi.org/10.1080/01642120902859048>

Estreet, J. K., & Privott, C. (2021). Understanding Therapists' Perceptions of Co-Occurring Substance Use Disorders Using the Model of Human Occupation Screening Tool. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 9(2), 1-8. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1773>

Farhadian, M., Akbarfahimi, M., Hassani Abharian, P., Khalafbeigi, M., & Yazdani, F. (2024). The Effect of Leisure Intervention on Occupational Performance and Occupational Balance in Individuals with Substance Use Disorder : A Pilot Study. *Occupational Therapy International*, 2024(1), 6299073. <https://doi.org/10.1155/2024/6299073>

Fernandez-Rodriguez, O. I., Cal-Herrera, A., Fernandez-Blanco, M., Guillen-Rogel, P., Fernandez-Diez, B., & Martinez-Sinovas, R. (2025). Life History, Identity, and Recovery in People with Mental Health Conditions: A Phenomenological Study Using OPHI-II. *HEALTHCARE*, 14(1), 3. (001657404500001). <https://doi.org/10.3390/healthcare14010003>

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction : Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11), 652-669. <https://doi.org/10.1038/nrn3119>

Gouvernement français. (s. d. a). *Soins pour troubles psychiatriques*. Consulté 28 janvier 2026, à l'adresse <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F761>

Gouvernement français. (s. d. b). *Troubles de la santé mentale : Connaître les différents troubles*. info.gouv.fr. Consulté 28 janvier 2026, à l'adresse <https://www.info.gouv.fr/grand-dossier/parlons-sante-mentale/les-differents-troubles>

Greber, C. (2020). Challenges for occupational therapists working with clients who choose illicit, immoral or health-compromising occupations. In *Illuminating the dark side of occupation* (p. 95-103). Taylor & Francis.

Haglund, L., & Forsyth, K. (2013). The measurement properties of the Occupational Circumstances Interview and Rating Scale—Sweden (OCAIRS-S V2). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 412-419. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.787455>

Hart, C. (2020). The whole of the moon : How our occupational lens helps or hinders our exploration of the dark side of occupation. In *Illuminating the dark side of occupation* (p. 35-47). Taylor & Francis.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide : Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9-20. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>

Hill, S. Y., Locke, J., Lowers, L., & Connolly, J. (1999). Psychopathology and Achievement in Children at High Risk for Developing Alcoholism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 883-891. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00019>

Hocking, C. (2020). The dark side of occupation : Accumulating insights from occupational science. In *Illuminating the dark side of occupation* (p. 17-25). Taylor & Francis.

Jones, C. M., & McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>

Khantzian, E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*, 108(4), 668-669. <https://doi.org/10.1111/add.12004>

Khantzian, E. J. (2016). Measuring the unmeasurable, affect life, and the self-medication hypothesis-the case of nicotine dependence in schizophrenia. *American Journal on Addictions*, 25(4), 257-258. <https://doi.org/10.1111/ajad.12367>

Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K., & Lai, J.-S. (2001). Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 260-267. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.3.260>

Kiepek, N. C., Beagan, B., Rudman, D. L., & Phelan, S. (2019). Silences around occupations framed as unhealthy, illegal, and deviant. *Journal of Occupational Science*, 26(3), 341-353. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1499123>

Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction : A neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101, 23-30. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01586.x>

Kramer, P. (2022). Illuminating the Dark Side of Occupation : International Perspectives from Occupational Therapy and Occupational Science. *Occupational Therapy in Mental Health*, 38(2), 211-213. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2022.2061671>

Kucur, F., Kelebek, Ö., Kapıcı, M. R., & Temiz, E. (2026). Alcoholics anonymous and recovery in Türkiye : A qualitative study in the context of Social Identity Theory. *The British Journal of Social Psychology*, 65(2), e70083. <https://doi.org/10.1111/bjso.70083>

Laviola, G., Hannan, A. J., Macrì, S., Solinas, M., & Jaber, M. (2008). Effects of enriched environment on animal models of neurodegenerative diseases and psychiatric disorders. *Neurobiology of Disease*, 31(2), 159-168. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2008.05.001>

Madi, H. I., Ismael, N. T., Hamaideh, S. H., & Jaber, A. F. (2022). Occupational performance and satisfaction of individuals with mental disorders in Jordan : A cross-sectional study. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(11), 869-879. <https://doi.org/10.1177/03080226221089853>

Manuel MSD. (2025). *Médicaments antipsychotiques—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophrénie-et-troubles-apparentés/médicaments-antipsychotiques>

Manuel MSD. (2025). *Schizophrénie—Troubles mentaux*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/schizophrénie-et-troubles-apparentés/schizophrénie>

Mariani, J. J., Khantzian, E. J., & Levin, F. R. (2014). The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence : An update. *The American Journal on Addictions*, 23(2), 189-193. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12086.x>

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Gotham, H. J., Claus, R. E., & Xie, H. (2014). Dual Diagnosis Capability in Mental Health and Addiction Treatment Services : An Assessment of Programs Across Multiple State Systems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 205-214. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0449-1>

Ministère de la Santé. (2025, février 25). *Addictions*. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2023, mars 14). *MILDECA | L'e-Santé : Un énorme potentiel contre les addictions*. <https://www.drogues.gouv.fr/le-sante-un-enerme-potentiel-contre-les-addictions>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2023, mars 15). *MILDECA | Le dispositif de soins en addictologie*. Gouvernement. <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>

Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., Benros, M. E., Børghlum, A. D., Christensen, M. K., Dalsgaard, S., Degenhardt, L., Jonge, P. de, Debois, J.-C. P. G., Fenger-Grøn, M., Gunn, J. M., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Kessler, R. C., Laursen, T. M., Lim, C. C. W., Mors, O., Mortensen, P. B., ... McGrath, J. J. (2020). Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721-1731. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915784>

Mønsted, N., Mahaffey, L., Jessen Winge, C., & Larsen, A. E. (2024). Perceptions of unilluminated occupations a survey of Danish occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 31(1), 2373080. <https://doi.org/10.1080/11038128.2024.2373080>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd.). De Boeck Supérieur.

National Center for Drug Abuse Statistics. (2025). *NCDAS : Substance Abuse and Addiction Statistics [2025]*. NCDAS. <https://drugabusestatistics.org/>

National Institutes on Drug Abuse (NIDA). (2020). *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report*. National Institutes on Drug Abuse (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>

Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høye, A., & Et., A. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness : A registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1025-2>

OT's Hope. (s. d.). *OT'HOPE A, outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie chez l'ADULTE*. OT's Hope. Consulté 18 mai 2026, à l'adresse <https://www.ot-hope.com/Info%20othope%20A.html>

O'Connor, C., Kadianaki, I., Maunder, K., & McNicholas, F. (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Social Science & Medicine*, 212, 94-119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.011>

Occupational Therapy Cognitive Assessment to Evaluate People with Addictions. *Occupational Therapy International*, 2017(1), 2750328. <https://doi.org/10.1155/2017/2750328>

Olsen Yngvild. (2022). What Is Addiction ? History, Terminology, and Core Concepts. *Medical Clinics of North America*, 106, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.001>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1946). *Constitution*. Constitution Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2025, septembre 30). *Troubles mentaux*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. De Boeck Supérieur.

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>

Potvin, O. (2021). *La contribution des occupations à l'identité des personnes qui vivent avec un trouble de la personnalité*.

Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., León-Frade, I., Aldeapoyo, P., Alonso-Rodríguez, M., Pedrero-Aguilar, J., & Morales-Alonso, S. (2017). Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment to Evaluate People with Addictions. *Occupational Therapy International*, 2017(1), 2750328. <https://doi.org/10.1155/2017/2750328>

Segarra, R., Zabala, A., Eguíluz, J. I., Ojeda, N., Elizagarate, E., Sánchez, P., Ballesteros, J., & Gutiérrez, M. (2011). Cognitive performance and smoking in first-episode psychosis : The self-medication hypothesis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(4), 241-250. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0146-6>

Simon, N., Belzeaux, R., Adida, M., & Azorin, J.-M. (2015). Symptômes négatifs dans la schizophrénie et addiction. *L'Encéphale*, 41(6, Supplément 1), 6S27-6S31. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30007-0](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30007-0)

Spitzer, R. L., & Endicott, J. (2018). Troubles médicaux et mentaux : Proposition d'une définition et de critères. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(7), 666-677. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.005>

Steel, Z., McDonald, R., Silove, D., Bauman, A., Sandford, P., Herron, J., & Minas, I. H. (2006). *Pathways to the first contact with specialist mental health care*.

Stewart, K. E., Fischer, T. M., Hirji, R., & Davis, J. A. (2016). Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being : Vers la reconceptualisation de la relation entre l'occupation et la santé et le bien-être. *Canadian*

Journal of Occupational Therapy, 83(4), 249-259.
<https://doi.org/10.1177/0008417415625425>

Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 570-586. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.570>

Sy, M. P., Reyes, R. C. D., Roraldo, Ma. P. N. R., & Ohshima, N. (2021). Uncovering the lived experiences of Filipino drug recoverees towards occupational participation and justice through an interpretative phenomenological analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(6), 457-470. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1642380>

Taylor, R., Bowyer, P., & Fisher, G. (2023). *Kielhofner's Model of Human Occupation* (6^{ème} édition). Lippincott Williams & Wilkins.

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

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*.

Twinley, R. (2013). The dark side of occupation : A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301-303. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12026>

Twinley, R. (2020). *Illuminating the Dark Side of Occupation*. Taylor & Francis. <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780429266256&type=googlepdf>

Université Laval. (s. d.). Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRMOH | ULaval. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 9 janvier 2026, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Vianin, P. (2020). La remédiation cognitive, un outil pour le rétablissement. *Revue de neuropsychologie*, 12(3), 273-279. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0589>

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* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V3N1.49>

Volkow, N. D., Wang, G.-J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Unbalanced neuronal circuits in addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 639-648. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.01.002>

Wasmuth, S., Crabtree, J. L., & Scott, P. J. (2014). Exploring Addiction-as-Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(12), 605-613. <https://doi.org/10.4276/030802214X14176260335264>

Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders : A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.011>

Westwell, G., & Burr, V. (2026). Imagining a sober self : The role of future, possible selves in recovery from alcohol addiction. *Addiction Research & Theory*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/16066359.2025.2605958>

Wilson, L., Szegedi, A., Kearney, A., & Clarke, M. (2018). Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders : A systematic review. *Schizophrenia Research*, 197, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.001>

Woolridge, S. M., Wood-Ross, C., Voleti, R., Harrison, G. W., Berisha, V., & Bowie, C. R. (2023). A neuropsychological approach to differentiating cannabis-induced and primary psychotic disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(6), 564-572. <https://doi.org/10.1111/eip.13348>

Zou, Z., Wang, H., D'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2025). Definition of Substance and Non-Substance Addiction. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1010, 21-41. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

Annexes

Annexe A : Le modèle de l'occupation humaine (MOH)	II
Annexe B : Informations concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle	II
Annexe C : Guide d'entretien	III
Annexe D : Grille d'analyse vierge	V
Annexe E : Formulaire de consentement vierge	VII

Annexe A : Le modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Université Laval, s.d.)

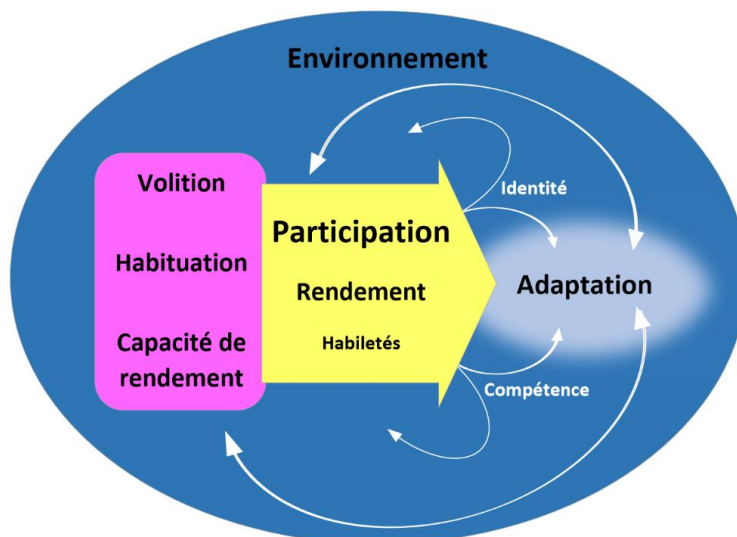


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Québécoise)
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet, A. Doussin et C. Marcoux (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

Annexe B : Informations concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle

Dans ce mémoire, le recours à l'intelligence artificielle (IA) a été très limité et réalisé avec une grande prudence. Elle a été utilisée uniquement pour corriger des fautes de syntaxe et pour reformuler des phrases et des titres. Une vérification systématique du contenu généré par l'IA a été effectuée.

Les entretiens ont été retranscrits grâce à l'application Microsoft Teams qui utilise une IA, toutefois, plusieurs vérifications de cette retranscription ont été réalisées.

En aucun cas, des articles ou des données issues directement des entretiens n'ont été transmises à l'IA.

Annexe C : Guide d'entretien

Rappel des conditions de réalisation de l'entretien : Cet entretien est enregistré et retranscrit, les données seront anonymisées et confidentielles. Elles seront utilisées uniquement pour cette étude et ne seront accessibles que pour le jury.		
Thème	Questions	Indicateurs
Présentation du thème de l'étude : Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à l'intervention de l'ergothérapeute face à des occupations potentiellement néfastes pour la santé chez des personnes souffrant d'un trouble addictif corrélé à un autre trouble psychiatrique tout en assurant leur identité occupationnelle.		
Contexte : les interventions	- Pouvez-vous présenter votre parcours d'ergothérapeute brièvement - Dans quel service intervenez-vous ? - Auprès de quel public intervenez-vous ? - Comment se déroulent vos interventions ? Pouvez-vous me décrire une séance ? - Quelle(s) approche(s) utilisez-vous ? - Avez-vous une formation particulière sur la psychiatrie ou sur les troubles addictifs ? Si oui comment cette formation vous aide dans votre pratique ?	- Année de diplôme - Parcours professionnel - Années d'expérience dans le service - Type de service - Pathologies rencontrées - Séances groupales / individuelles - Fréquence des séances - Cadre des séances : obligatoires ? ouvert / fermé - Moyens / outils utilisés - Approche psychodynamique / réhabilitation psychosociale / autre - Formation

Processus d'intervention en ergothérapie avec des personnes qui présentent des addictions et d'autres troubles psychiatriques	- Comment définissez-vous votre accompagnement en ergothérapie auprès de personnes souffrant d'un trouble addictif en comorbidité avec un autre trouble psychiatrique ? - Quels sont les impacts de la comorbidité ? - Pouvez-vous donner des exemples concrets	- Intervention sur les 2 troubles simultanément / séparément / sur 1 seul ? - Pourquoi ? - Objectifs de l'intervention - L'impact du trouble addictif sur l'autre trouble psychiatrique, et inversement ? - L'impact de la comorbidité sur l'intervention ?
La prise en compte des occupations potentiellement néfastes pour la santé	- Comment prenez-vous en compte les occupations pouvant être néfastes pour la santé ? - Pouvez-vous donner des exemples concrets - Quelles difficultés et limites repérez-vous dans l'intervention auprès de cette population ?	- Evaluation de ces occupations : oui / non ? ; objectifs ; moyens - Intervention sur ces occupations : oui / non ; objectifs ; moyens - Difficultés / limites
La prise en compte de l'identité occupationnelle	- Connaissez-vous le terme d'identité occupationnelle ? Comment le définiriez-vous ? - Chez cette population, comment décririez-vous leur identité occupationnelle ? - Comment prenez-vous en compte l'identité occupationnelle dans votre accompagnement ? - Pouvez-vous donner des exemples concrets	- Aisance et connaissance du concept d'identité occupationnelle - Identité impactée ? Comment ça se manifeste ? - Evaluation de l'identité occupationnelle : oui / non ; moyens - Intervention : oui / non ; objectif ; moyens
Souhaitez-vous parler d'un point qui n'a pas été abordé ou voulez-vous revenir sur quelque chose ?		

Annexe D : Grille d'analyse vierge

Thèmes	Sous thèmes et indicateurs			E1	E2	E3	E4	synthèse	
Le contexte d'intervention	Professionnel	Année de diplôme							
		Parcours professionnel							
		Années d'expérience dans le service							
	Structure et service actuel								
	Public rencontré	Age, genre, catégorie sociale							
		Pathologie							
	Type d'intervention	Séance groupale / individuelle							
		Fréquence, cadre des séances							
		Description							
	Outils								
	Approche utilisée								
	Formation spécifique								
La comorbidité entre le trouble addictif et un autre trouble psychiatrique	La description et l'explication de la comorbidité	La description de la comorbidité	Fréquence						
			Troubles associés observés / produits consommés						
		Explication de la comorbidité	Le trouble addictif comme conséquence d'un trouble psychiatrique / mal-être (hypothèse d'automédication)						
			Symptômes psychiatriques causés par la consommation de substances						
			Autre						
		Les impacts de la comorbidité	Impacts sur l'évolution clinique						
			Conséquences sur l'être						
	Conséquences sur les occupations								
	Impacts sur l'intervention								

Les occupations potentiellement néfastes pour la santé	Les liens complexes entre l'occupation et la santé								
	L'addiction considérée comme une occupation ?	En théorie							
		Dans la pratique	Traitée comme une occupation ?						
			Traitée de la même manière que les autres occupations ?						
Le rôle de l'ergothérapeute	L'intervention axée sur les 2 troubles simultanément / séparément / sur 1 trouble ?								
	Evaluation	Objectifs							
		Moyens							
	Intervention	Objectifs							
		Moyens							
		Principes							
	Posture professionnelle adoptée								
Difficultés, limites									
La prise en compte de l'identité occupationnelle	Aisance avec la notion d'identité occupationnelle (observée en vidéo)								
	Connaissance ? Définition								
	Le lien entre les occupations liées à l'addiction et l'identité								
	L'impact de l'addiction sur l'identité	Identité impactée ?							
		Comment ça se manifeste	Au niveau professionnel						
			Au niveau social						
			Au niveau personnel						
			Variabilité						
	Evaluation	Oui / non							
		Objectifs							
		Moyens, outils							
	Intervention	Oui / non							
		Objectifs	"Retourner à l'identité passée"						
			"Construire une nouvelle identité"						
			Raisons						
		Moyens, outils							

Annexe E : Formulaire de consentement vierge



Formulaire de consentement - Participation à une étude exploratoire de terrain

Je soussigné·e· ci-après dénommé·e « Le Participant », déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer à l'étude exploratoire de terrain telle que détaillée ci- dessous :

Présentation de l'étude et de ses objectifs

Cette étude exploratoire de terrain intervient dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche, réalisé par Claudy Martin, ci-après dénommée « L'étudiant » étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lyon, Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Ce mémoire est réalisé sous la direction de Bernard Devin.

Le Participant est invité à prendre part à une enquête exploratoire de terrain, qualitative, qui prend la forme d'entretiens individuels semi-directifs.

L'étude porte sur l'intervention de l'ergothérapeute face à des occupations potentiellement néfastes pour la santé chez des personnes souffrant d'un trouble addictif corrélé à un autre trouble psychiatrique tout en assurant leur identité occupationnelle. Les objectifs sont d'explorer l'impact de la comorbidité entre les deux troubles sur l'intervention ; d'étudier l'évaluation et de l'intervention de l'ergothérapeute en lien avec les occupations néfastes pour la santé ; ainsi que d'identifier des interventions possibles lorsque l'identité occupationnelle est fragilisée.

Nature et durée de la participation

L'entretien se déroule en visio-conférence, sur une durée prévue entre 45 et 60 min. Les questions sont ouvertes, pour permettre une plus grande liberté dans les réponses apportées par le Participant.

Compensation financière

La participation à ce projet ne fait l'objet d'aucune compensation financière.

Confidentialité, partage, publication

Un enregistrement audio de l'entretien est réalisé, pour permettre sa retranscription écrite intégrale.

Aucune autre personne que l'Etudiant n'aura accès à cet enregistrement audio. Celui-ci sera détruit à compter de sa retranscription écrite, qui sera intégrée en annexe au dossier remis à l'ISTR lors du dépôt du mémoire. Ce dossier avec la retranscription intégrale des entretiens et la grille d'analyse est destiné aux membres du jury, comme témoin de la démarche intellectuelle employée pour le mémoire.

Le mémoire, s'il est publié, ne comprendra pas ces retranscriptions intégrales ni la grille d'analyse.

L'ensemble des renseignements recueillis lors de l'entretien sera anonymisé et traité de façon confidentielle. La retranscription de l'entretien ne permettra aucunement d'identifier le Participant.

Les publications écrites et les présentations orales qui découleront de ce projet pourront inclure des citations tirées de la retranscription anonyme de l'entretien.

Le Participant, s'il le souhaite, pourra recevoir une copie du mémoire par mail dès le dépôt de celui-ci auprès de l'université.

Consentement éclairé et participation volontaire

Le Participant déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

Sa participation à ce projet est volontaire. Par ailleurs, il est libre de mettre fin à sa participation, en tout temps au cours de ce projet, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque.

Engagement de l'Etudiant

L'Etudiant atteste de la réalité des informations exposées dans ce document et s'engage à en respecter les règles de confidentialité.

L'Etudiant vous remercie grandement pour votre participation, essentielle à la réalisation de ce travail d'initiation à la recherche.

Fait à, le .../.../...

Signatures :

Le Participant

L'Etudiant

Coordonnées de l'étudiant :

Résumé et Abstract

L'ergothérapie face aux addictions et comorbidités psychiatriques : soutenir l'identité occupationnelle

Introduction : Les troubles addictifs sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques, impactant grandement les occupations de la personne. Dans ce contexte, l'ergothérapeute, professionnel de santé spécialisé dans les occupations, est confronté à des occupations pouvant être considérées comme néfastes pour la santé. Toutefois modifier voire supprimer ces occupations liées à l'addiction peut impacter l'identité occupationnelle de la personne.

Objectif : Cette étude vise à explorer l'intervention de l'ergothérapeute face à des occupations potentiellement néfastes pour la santé chez des personnes souffrant d'un trouble addictif corrélé à un autre trouble psychiatrique, tout en soutenant la construction et la préservation de l'identité occupationnelle.

Méthode : Une recherche qualitative exploratoire a été menée. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de quatre ergothérapeutes qui accompagnent des patients souffrant des deux troubles. Les données ont été retranscrites puis analysées selon les thèmes identifiés.

Résultats : L'intervention des ergothérapeutes interrogés varie selon le service et l'approche utilisée mais vise principalement à substituer les occupations liées à la consommation de substances en leur proposant d'autres stratégies occupationnelles. Par ailleurs, l'identité occupationnelle apparaît peu intégrée dans leur pratique, et est généralement évaluée de manière indirecte bien que des outils spécifiques existent. Les professionnels reconnaissent toutefois que le rétablissement implique une reconstruction identitaire qui peut être favorisée par l'intégration de nouvelles occupations dans leur quotidien et la participation à des groupes d'entraide.

Conclusion : Les ergothérapeutes sont fréquemment confrontés à l'association des deux troubles, ce qui complexifie leur accompagnement. Ils manquent de formation sur les troubles addictifs et sur l'identité occupationnelle afin de l'intégrer davantage dans leur pratique.

Mots clés : ergothérapie ; addiction ; troubles psychiatriques ; « dark occupations » ; identité occupationnelle

Occupational therapy in the context of addiction and co-occurring psychiatric disorders : supporting occupational identity ?

Introduction : Substance use disorders are frequently associated with other psychiatric disorders that significantly impact a person's occupations. Therefore, occupational therapists (OT) are confronted with occupations that may be considered unhealthy. However, modifying or even eliminating these addiction-related activities can affect a person's occupational identity.

Aim : This study aims to explore the OT's approach to potentially unhealthy activities among individuals with these two co-occurring disorders, while supporting their occupational identity.

Method : An exploratory qualitative study was conducted. Semi-structured interviews were performed with four OTs who work with patients suffering from both disorders. The data were transcribed and then analyzed thematically.

Findings : The OTs interviewed use different interventions depending on the department and the approach employed but their main objective is to replace these substance-related occupations by offering patients alternative occupational strategies. Furthermore, occupational identity seems to be poorly integrated into their practice and is generally assessed indirectly, even though specific tools exist. However, they recognized that recovery involves a process of identity reconstruction that can be facilitated by incorporating new occupations into daily life and participating in support groups.

Conclusion : The OTs interviewed often work with patients suffering from both disorders, which complicates their care. They lacked training in addiction disorders and occupational identity, which would enable them to incorporate this concept more fully into their practice.

Key words : occupational therapy ; addiction ; psychiatric disorders ; dark occupations ; occupational identity