

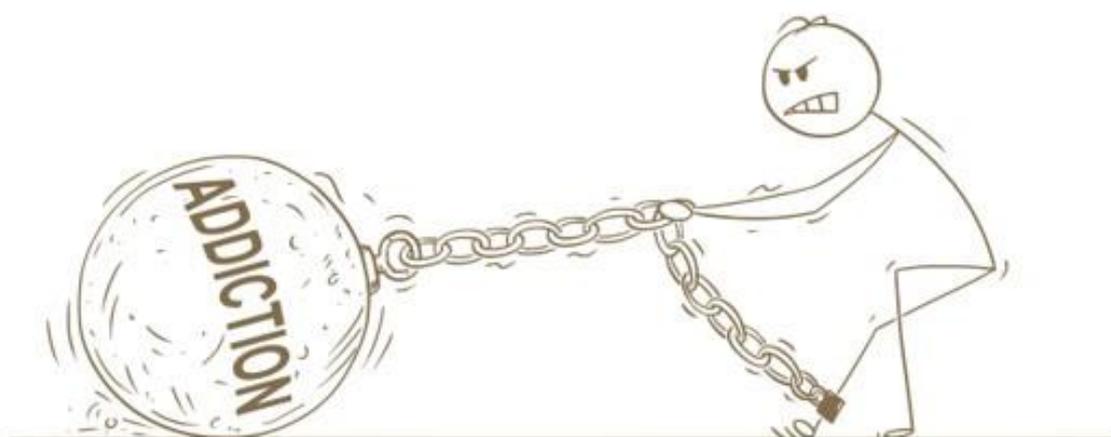
**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

UE 5.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

Le rôle des activités signifiantes dans la prise en soins des personnes
ayant un trouble de l'usage lié aux substances psychoactives

Mémoire présenté et soutenu par
Laurine ISIDORE

En mai 2023



**Mémoire co-dirigé par
Patrick Toffin**

Référent pédagogique des étudiants de 2ème année d'ergothérapie – ILFOMER

Isabelle Sponville

Ergothérapeute DE au Centre Hospitalier d'Esquirol à Limoges

Remerciements

J'aimerais remercier les personnes ayant dirigé mon mémoire, Isabelle Sponville et Patrick Toffin. Vos conseils m'ont permis d'évoluer et d'aboutir à un travail dont je suis fier.

De même, je tiens à remercier Stéphane Mandigout pour le temps qu'il nous a accordé durant les cours, mais aussi lors des journées d'écriture, à répondre à nos questions et surtout, à nous rassurer.

Je souhaite aussi remercier nos référents pédagogiques, Patrick Toffin et Thierry Sombardier, qui durant ces trois années ont été des personnes ressource. Ils ont su être à l'écoute et m'apporter des clés utiles pour évoluer en tant qu'individu, mais aussi en tant que future professionnelle.

Je remercie sincèrement ma famille et mes camarades de promotion qui, pendant ces trois années d'études, ont été aidants et bienveillants à mon égard. Leur soutien m'encourage tous les jours à toujours faire de mon mieux et à accomplir mes objectifs.

Merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont eu un regard bienveillant sur mon travail de fin d'études.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

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

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

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Laurine ISIDORE

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

**Et certifie que le mémoire présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra
être cité sans respect des principes de cette charte.**

Fait à Limoges, Le jeudi 25 mai 2023

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de mai 2023
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Laurine ISIDORE
Étudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec ma Directrice de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : jeudi 25 mai 2023

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned below the text 'Signature de l'étudiante'.

Table des abréviations

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

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

CIM : Classification Internationale des Maladies

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

DASS : Échelle de dépression, d'anxiété et de stress (en anglais : *Depression, Anxiety and Stress Scale*)

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

EVA : Échelle Visuelle Analogique

FFA : Fédération Française d'Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MeSH : *Medical Subject Headings*

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

OFDT : Observatoire Français de Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRISMA-ScR : PRISMA Extension for Scoping Reviews

RCT : Étude contrôlée randomisée (en anglais : Randomized control trial)

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

TUS : Trouble de l'Usage de Substances

Table des matières

Introduction	1
Etat de l'art.....	2
1. Les pratiques addictives.....	2
1.1. Définition	2
1.2. Épidémiologie.....	2
1.3. Étiologie	3
1.3.1. Facteurs de risque liés au produit	4
1.3.2. Facteurs de vulnérabilité individuels.....	5
1.3.2.1. Dimension génétique.....	5
1.3.2.2. Dimension liée au caractère et à la personnalité.....	5
1.3.2.3. Dimension liée aux comorbidités psychiatriques.....	6
1.3.3. Facteurs environnementaux.....	6
1.4. Trouble lié à l'usage de substances.....	6
1.4.1. Le processus vers la dépendance.....	7
1.5. Diagnostic	9
1.6. Les conséquences.....	9
1.6.1. Physiologique.....	9
1.6.2. Psychique	10
1.6.3. Du rôle social aux habitudes de vie.....	11
1.7. Prise en soins.....	11
1.7.1. Structure de l'offre de soins.....	11
1.7.2. Les objectifs.....	13
1.7.3. Le processus de changement	13
2. L'ergothérapie	15
2.1. Définition	15
2.2. L'activité, l'essence de l'ergothérapeute	15
2.3. Rôle de l'ergothérapeute auprès des usagers de substances.....	16
2.4. Modèle conceptuel rattachable à la pratique : le MOH.....	16
Problématique	19
Méthodologie.....	20
1. Principes de la méthodologie	20
2. Critères d'éligibilité.....	21
3. Choix des sources d'informations	21
4. Stratégie de recherche.....	22
4.1. Sélection des mots clés.....	22
4.2. Équation de recherche	22
4.3. Procédure de sélection des études.....	23
4.4. Démarche de la présentation des résultats.....	23
Résultats	24
1. Sélection des articles	24
2. Présentation des articles.....	25
3. Synthèse.....	27
3.1. Caractéristiques des études	27
3.2. Résultats pour chaque critère.....	28
3.2.1. Le craving	28

3.2.2. L'estime de soi	29
3.2.3. L'humeur.....	29
3.3. Bilan	30
Discussion.....	31
1. L'influence des activités signifiantes sur le craving.....	31
2. L'influence des activités signifiantes sur l'estime de soi	32
3. Limites	33
4. Perspectives	34
Conclusion	35
Références bibliographiques	36
Annexes	40

Table des illustrations

Figure 1 : Interactions des facteurs de risque : produit, personne, environnement	3
Figure 2 : Cube décrivant la dangerosité pharmacologique des substances.....	4
Figure 3 : Illustration imagée d'un parcours de soins en addictologie	14
Figure 4 : Critères d'éligibilités.....	21
Figure 5 : Diagramme de flux	24

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères PICO	20
Tableau 2 : Description des mots clés	22
Tableau 3 : Table d'extraction.....	25
Tableau 4 : Table d'extraction (bis).....	26
Tableau 5 : Caractéristiques des participants inclus dans l'analyse des résultats	27
Tableau 6 : Résumé des résultats de chaque étude incluse	30

Introduction

En France, les pratiques addictives demeurent un enjeu majeur de santé publique. Elles correspondent à l'ensemble des usages liés, ou non, à une substance psychoactive, susceptible d'entraîner un trouble. Le trouble de l'usage de substances (TUS) est un concept complexe globalement connu, mais encore entaché de préjugés.

La consommation de produits psychoactifs concerne des millions d'individus et séduit des populations de plus en plus jeunes. D'après, l'observatoire français de drogues et des tendances addictives (OFDT), en 2022, le nombre d'usagers, entre 11 et 75 ans qui ont expérimenté au moins une fois dans leur vie une ou plusieurs substances, correspond à 2,1 millions pour la cocaïne, 1,9 million pour la MDMA¹/ecstasy et 500 000 pour l'héroïne (OFDT, 2022). Les addictions touchent de près ou de loin l'ensemble de la population et engendrent d'importants dommages auprès des usagers et au sein de la société.

L'accoutumance au produit conduit la personne à entrer progressivement dans une pratique addictive répétitive qui devient une activité signifiante. Elle s'installe dans ses habitudes de vie et prend la place d'autres activités. Le craving correspond à l'envie irrésistible de vouloir consommer. C'est un des signes majeurs de l'apparition d'une dépendance et freine toute initiative de la personne à entreprendre d'autres activités, ce qui impacte à long terme son état psychique et mène à une perte totale de l'estime de soi. Les individus se retrouvent affectés dans leur vie quotidienne et perdent leur équilibre occupationnel.

En comprenant cela, je me suis posé la question du rôle des activités signifiantes dans la prise en soins auprès des personnes ayant un TUS. En effet, si nous remarquons un déséquilibre occupationnel en lien avec des pratiques de consommation, il serait intéressant de proposer de nouvelles activités signifiantes à l'utilisateur afin de jouer sur les facteurs comme le craving et l'estime de soi.

Dans ce domaine, l'ergothérapeute est un professionnel adapté à la prise en soins. L'ergothérapie base son travail sur les activités signifiantes de l'individu et les adapte selon les composantes physiques et environnementales du patient dans le but de garantir à celui-ci une autonomie dans sa vie de tous les jours (« Qu'est-ce que l'ergothérapie », 2021).

L'objectif de ce mémoire est d'étudier l'intérêt des activités mises en place dans les prises en soins des usagers ayant un TUS et observer les bénéfices de ces occupations sur les symptômes de ce trouble, en particulier sur le craving et l'estime de soi. Ce sont deux facteurs primordiaux à prendre en compte pour assurer un bon suivi et prévenir des rechutes.

¹ 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

Etat de l'art

1. Les pratiques addictives

1.1. Définition

Les pratiques addictives regroupent l'ensemble des conduites addictives et des comportements de consommation de substances psychoactives licites ou illicites (HIRSCH-VANHOENACKER et al., 2017). C'est un terme fédérateur qui met en lumière les variétés des comportements d'addictions et expose les multiples composantes environnementales qui sont mises en jeu dans ce domaine. Il permet de dépasser le carcan des anciennes terminologies. En effet, les termes, « alcoolisme, tabagisme, toxicomanie » encore présents dans les années 90, réduisaient le concept d'addiction et de dépendance au seul produit et à ses effets. Cependant, un point de vue global de ces situations était nécessaire pour appréhender tous les facteurs englobant les conduites addictives (Reynaud et al., 2000).

La notion de « pratiques addictives » révèle la complexité et la spécificité de ces prises en soins. Elles intègrent les notions d'abus et d'usage à risque des différentes consommations avec une vue d'ensemble des composantes liées aux pratiques telles que l'environnement et la personne qui utilise le produit. Ce concept est un socle commun, plus objectif et compréhensif des enjeux rencontrés par cette population (Reynaud, 2016).

1.2. Épidémiologie

Les pratiques addictives et les conséquences qu'elles engendrent dans la société relèvent, depuis plusieurs années, d'un enjeu majeur de santé publique. C'est une problématique mondiale qui de nos jours touche des milliards de personnes, que ce soit dans un cadre festif ou d'usage quotidien. Dans cette partie, nous allons focaliser notre approche sur les produits de consommation les moins courants comme l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy/MDMA...

Parmi ces produits psychoactifs, la cocaïne est le stimulant le plus consommé avec 5,6% des 18-64 ans qui l'ont déjà expérimentée. C'est-à-dire qu'un individu a déjà consommé la substance au moins une fois au cours de sa vie. Cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion du produit dans la population. Ensuite, nous retrouvons, avec 5 %, la MDMA/ecstasy, ce qui correspond à 1,9 million d'expérimentateurs en France pour cette drogue. L'héroïne et les nouveaux produits de synthèse se placent derrière, avec 1,3 % d'expérimentateurs ayant entre 18 et 64 ans. Nous observons, dans l'ensemble, une prédominance masculine, 8 % des hommes sont des usagers de cocaïne dans l'année 2017 par rapport à 3,2 % pour les femmes (OFDT, 2022). Au fil des années, une tendance à un rapprochement des conduites d'usage de substances psychoactives entre les hommes et les femmes semble coïncider avec une dynamique d'uniformisation des rôles sociaux (Beck, 2016).

Que ce soit pour les hommes ou les femmes, le nombre de patients nécessitant un suivi en structure de soins spécifiques en addictologie ne fait qu'augmenter. La file active des Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) intégrant les usagers suivis en accueils fixes, unités mobiles et interventions extérieures est estimée à environ 70 000 personnes en 2012. Ce chiffre est passé à 92 500 en 2019. Par ailleurs, la même année, 14 % des patients vus en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) viennent par rapport à une problématique d'usage d'héroïne. Ces chiffres démontrent un réel besoin de prise en soins, car rappelons-le, 503 décès sont directement liés à l'usage abusif de substances illicites en France en 2019 (OFDT, 2022).

1.3. Étiologie

D'après Claude Olivenstein : « *La toxicomanie, c'est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel* » (Rozaire et al., 2009). Il voulait exprimer par cette phrase que l'émergence d'une conduite addictive n'est pas seulement liée aux effets du produit, comme nous le pensions dans les années 90. La consommation d'un produit psychoactif doit être prise en compte avec l'ensemble des composantes qui l'entoure. C'est-à-dire que pour comprendre le processus d'addiction et de dépendance, il faut avoir une vision globale en considérant la personne et son environnement. L'engagement dans une pratique addictive résulte d'un ou plusieurs facteurs de risques.

Ces facteurs de risques sont présentés (voir figure 1) et catégorisés dans la littérature en trois domaines (Karila & Reynaud, 2016; Rozaire et al., 2009) :

- Facteurs de risque liés au produit
- Facteurs individuels de vulnérabilité
- Facteurs environnementaux

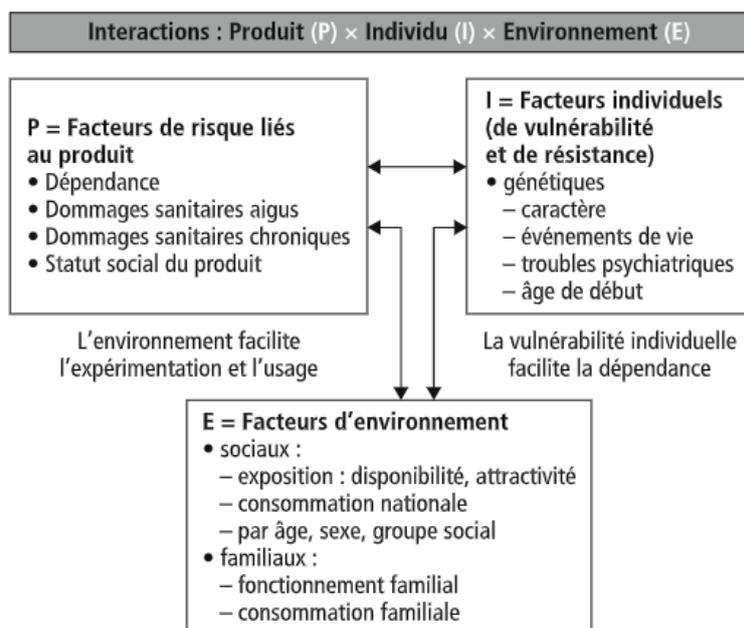


Figure 1 : Interactions des facteurs de risque : produit, personne, environnement

1.3.1. Facteurs de risque liés au produit

Les substances psychoactives existent depuis la nuit des temps pour guérir ou encore apaiser les esprits et les corps, suivant les différentes croyances. Elles peuvent être naturelles ou de synthèse : leurs effets psychotropes modifient la faculté de conscience du corps et l'utilisateur perçoit alors le monde autrement. Elles suscitent des sensations apparentées au plaisir et cela incite les consommateurs à un usage plus régulier et pouvant conduire à une dépendance.

Nous pouvons classifier les produits psychoactifs de multiples façons. Il existe une classification en fonction de leurs effets sur le corps. Les substances sont réparties en 3 catégories (Rozaire et al., 2009) :

- Les **psycholeptiques**, déprimeurs du système nerveux central, auront un effet anxiolytique et relaxant. Par exemple, l'alcool ou le cannabis.
- Les **psychoanaleptiques** interviennent dans l'augmentation de l'activité cérébrale. L'excitation peut être causée par le tabac, la cocaïne ou encore la famille des amphétamines.
- Les **psychodysleptiques**, comme le LSD², induisent une perturbation des fonctions psychiques.

Cette classification est intéressante, mais ne révèle pas le potentiel addictif de ces substances. Le schéma proposé par Alain Morel (voir figure 2), regroupe les produits psychoactifs les plus utilisés et les présente selon leur potentiel addictif, leur toxicité et leur faculté de modification du psychisme.

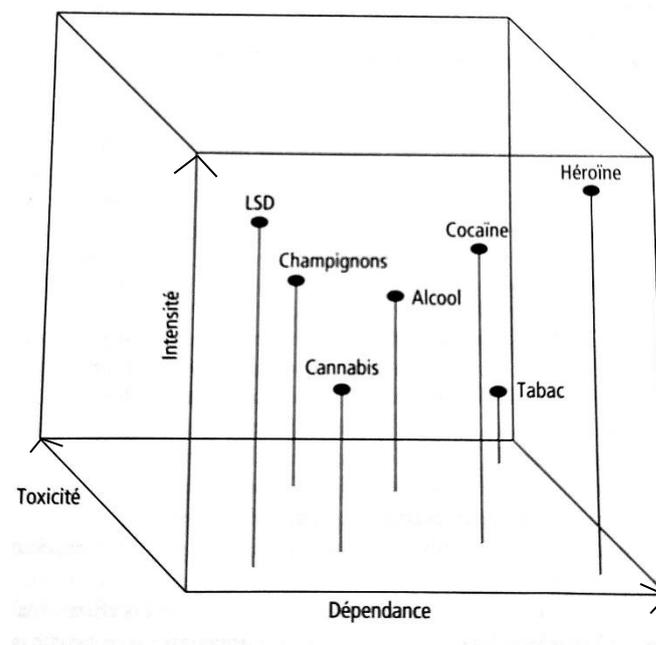


Figure 2 : Cube décrivant la dangerosité pharmacologique des substances

² diéthylamide de l'acide lysergique

Ce schéma permet de visualiser le caractère de dangerosité que représente chaque substance individuellement. En effet, nous pouvons observer que l'héroïne possède une forte prévalence à un risque de chute vers la dépendance alors que le LSD nettement moins. Nous remarquons aussi que parmi toutes ces drogues, le tabac présente le plus haut taux de potentiel addictif et de toxicité. Ce dernier porte atteinte au fonctionnement du corps et cause des modifications psychiques qui vont perturber les fonctions comportementales de l'individu.

De plus, l'effet toxique des produits influe sur le développement du cerveau. Lors de la première prise de drogues, celle-ci active une sensation de plaisir intense et donc met en marche le système de récompense situé dans notre système nerveux. Ce système est présent pour répondre à nos besoins vitaux. Des études récentes ont démontré que la répétition de la conduite de consommation peut entraîner un dérèglement du circuit de récompense. C'est-à-dire que les éléments qui procurent du plaisir de manière saine, tels que manger ou boire, ont un effet inférieur à ce que peut donner une prise de substance. La substance court-circuite le cerveau. À ce moment-là, l'individu va reprendre la substance pour retrouver cette sensation de plaisir, et ainsi, petit à petit tomber dans un cercle vicieux de dépendance (Dematteis & Pennel, 2016).

1.3.2. Facteurs de vulnérabilité individuels

1.3.2.1. Dimension génétique

Chez une personne, plusieurs facteurs peuvent influencer la survenue d'un usage à risque qui peut, potentiellement, mener vers une dépendance. Les scientifiques s'accordent à dire que les caractéristiques génétiques d'une personne jouent un rôle dans cette prédisposition à la dépendance. Les effets d'une substance sur le corps varient suivant le métabolisme et peuvent changer d'une personne à l'autre (Hiroi & Agatsuma, 2005). Selon Reynaud, « *les gènes expliqueraient de 40 % à 80 % de la variance interindividuelle des addictions aux différentes substances* » (Reynaud, 2016).

De plus, nous ne pouvons pas séparer les caractéristiques génétiques de l'environnement, car tous deux sont interdépendants et influent sur la vulnérabilité d'une personne aux drogues (Karila & Reynaud, 2016).

1.3.2.2. Dimension liée au caractère et à la personnalité

Les traits de personnalité jouent sur le mécanisme de décision et amènent vers une prise de risque dans le but de consommer (Chakroun et al., 2004). Dans ce domaine, nous retrouvons deux cas possibles. La personne est en quête de sensations toujours plus fortes et prend plus de risque pour ressentir les effets escomptés. Ou bien, la personne recherche dans la consommation la sensation anesthésiante et de tranquillité physique et surtout psychique que certaines substances peuvent donner (Rozaire et al., 2009). Dans les deux situations, le comportement de l'utilisateur est influencé par son caractère et sa personnalité.

1.3.2.3. Dimension liée aux comorbidités psychiatriques

Les pathologies psychiatriques peuvent entraîner des répercussions sur les comportements de consommation et les prises de risque liées à ceux-ci. De nombreuses études soulignent que la survenue précoce de symptômes psychiatriques augmenterait la prévalence d'initier l'usage de substances psychoactives et d'induire une conduite addictive par la suite (Karila & Reynaud, 2016). En outre, les scientifiques évaluent que de 30 à 50 % des patients actuellement admis en psychiatrie ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances (Vignola-Mir et al., 2017).

1.3.3. Facteurs environnementaux

L'environnement est un thème large qui intervient dans l'exposition aux produits et dans la régulation de la consommation. Il met en lumière l'expression des conduites addictives au quotidien.

Tout d'abord, l'homme se construit et évolue via un mécanisme de mimétisme comportemental. Lors de son développement, l'enfant reproduit par imitation les comportements de ses aînés, avec les membres de la famille, en premier lieu, puis avec les pairs. L'initiation à la consommation de substances est souvent liée à un contexte social où les pairs jouent un rôle important. Un environnement, où des produits psychoactifs sont disponibles et dont l'usage est la norme dans le groupe, facilitera l'installation de pratiques addictives et leur pérennisation sur le long terme (Jessor, 1991). Le sentiment d'appartenance au groupe est fort : pour en être acceptée, la personne adopte les mêmes comportements et augmente les prises de risque. De plus, l'âge d'entrée dans la pratique de conduites addictives est influencé par un cadre familial non sécurisé avec un stress environnemental important. Ce dernier est un prédicteur favorisant le développement d'un trouble de l'usage et donc d'une dépendance (Reynaud, 2016).

Les pratiques addictives sont des phénomènes qui touchent toutes les sociétés. Tous les facteurs de risques doivent être repérés et considérés comme des éléments favorisant le passage de l'usage récréatif vers une dépendance.

« Plus encore que le choix de l'objet addictif, c'est la répétition du comportement du sujet vis-à-vis de l'objet qui importe » (Rozaire et al., 2009). Nous pouvons nous demander à quel moment la répétition du comportement devient un trouble ? Quels sont les critères ?

1.4. Trouble lié à l'usage de substances

Dans les années 50, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit le terme de toxicomanie comme étant un invincible désir ou besoin de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens. Cette définition reste vague et ne saisit pas les fondements de l'addiction. Elle ne fait pas référence aux modalités de consommations (type de substance, environnement) qui sont déterminantes dans la mise en place d'une dépendance, comme vu précédemment.

En 1990, Aviel Goodman va proposer une définition : « *l'addiction est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.* » (Couteron, 2019).

De nos jours, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) décrit l'addiction comme « *une pathologie cérébrale définie par une dépendance à une substance ou une activité ayant des conséquences délétères pour l'utilisateur.* » (INSERM, 2020).

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), « *le trouble de l'usage de substance est basé sur l'identification d'un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance malgré des problèmes (personnels, familiaux, socioprofessionnels, etc.) considérables liés à son utilisation* » (HAS, 2022).

Nous pouvons observer, que dans l'ensemble de ces définitions, la littérature fait référence à un comportement, et que celui-ci est poursuivi malgré la connaissance des conséquences environnementales et sociales. De plus, la chute vers la dépendance est associée à une perte de contrôle de la consommation, et engendre des modifications de l'équilibre émotionnel accompagné de troubles physiques, ainsi qu'une perturbation de la vie personnelle, sociale et professionnelle. Nous pouvons nous demander quels sont les différentes étapes qui amènent un usager vers la dépendance.

1.4.1. Le processus vers la dépendance

L'installation de la dépendance s'inscrit dans une temporalité propre à l'individu. C'est un processus comprenant une série d'étapes :

Tout d'abord, la recherche de plaisir et de nouvelles sensations sont les biais par lesquels l'utilisateur va expérimenter et tester la substance. Le sentiment de plaisir intense ressenti par la personne lors de la prise est directement lié au système de récompense du système nerveux central. En temps normal, lorsqu'un individu ressent du plaisir lors d'une activité, les circuits neuronaux responsables de la récompense vont s'activer et entraîner une libération de dopamine. Lors d'un usage répétitif de produits psychoactifs, le consommateur hyper active ce système qui devient défaillant dans le temps (INSERM, 2020; Reynaud, 2016).

Le système étant endommagé, le taux de dopamine chute à chaque consommation. C'est-à-dire, que le consommateur ne ressent plus cet effet de plaisir intense lors de la prise. C'est ce qu'on appelle la tolérance. Par définition, c'est un phénomène qui consiste à une diminution progressive de la sensibilité de l'organisme à une substance chimique (Reynaud, 2016). Autrement dit, afin que l'utilisateur retrouve les effets désirés, il va devoir rapprocher les prises et augmenter les doses. La tolérance est un des signes de dépendance physique, le deuxième étant le sevrage. En effet, des symptômes physiques commencent à apparaître dus au manque de la substance dans l'organisme : c'est le sevrage (HIRSCH-VANHOENACKER et al., 2017). Les signes cliniques peuvent varier en fonction du produit de consommation. Cet état engendre du stress et un changement dans les comportements de la personne avec une augmentation d'émotions négatives. Tout ce mal-être incite l'utilisateur à consommer plus pour ne plus ressentir cet état de mal dans son corps et dans son esprit. À ce moment-là, l'individu peut être amené à avoir des usages à risques entraînant parfois des dommages lourds.

Enfin, l'apparition du trouble de l'usage lié à un ou plusieurs produits arrive à un stade où la recherche de substance devient indispensable et l'utilisateur a une perte de contrôle total sur sa consommation. En plus des manifestations physiques, il existe une dépendance psychique, que nous appelons le *craving*. C'est en réalité une modification du processus de raisonnement par le cortex frontal (Dematteis & Pennel, 2016). La personne ne peut plus s'auto-réguler, prendre de décision et résister à la consommation de drogues. Nous pouvons le traduire en une envie compulsive, voir impérieuse, d'assouvir le besoin de consommer la substance.

Le sevrage est temporellement défini et s'estompe dans le temps. Il peut être aussi accompagné avec un traitement médicamenteux de substitution, tel que le traitement de substitution aux opiacés (TSO). En revanche, le craving est psychiquement ancré au sein des personnes consommatrices de drogues, il n'existe pas de médicaments pour le soigner. C'est un élément déterminant de l'avenir d'une prise en soins en addictologie, car cette envie peut survenir à tout moment, et influencer une rechute du patient vers le produit.

En conclusion, un trouble de l'usage lié à une substance psychoactive ou à un comportement est défini comme un trouble caractérisé par un processus récurrent. Celui-ci est identifié par une intoxication répétée, puis par l'installation progressive d'une dépendance physiologique s'accompagnant de signes de tolérance, de sevrage et d'une dépendance psychique avec la sensation de craving entraînant une perte de contrôle. L'utilisateur est parfois en déni sur la réalité de sa consommation et recherche le ou les produits malgré les risques médicaux, psychologiques et sociaux encourus et connus (Volkow et al., 2002).

1.5. Diagnostic

Il existe deux classifications en vigueur en France afin de diagnostiquer un trouble lié à l'usage de substances. Nous pouvons nous référer aux critères diagnostiques du *diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5^{ème} édition (DSM 5) et de la Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition (CIM 10).

Le DSM V a réuni les termes d'abus et de dépendance par la notion de trouble lié à l'usage (Association Addictions France, 2019). Cela rentre dans une démarche d'approche multifactorielle et met plus de dimension dans la gravité de dépendance au produit (Reynaud, 2016). Par rapport, au DSM IV, la notion de craving a été rajoutée et le critère de « problèmes judiciaires » a été enlevé. Maintenant, le document recense 11 critères. Les personnes répondant à 2 ou plus de ces critères au cours d'une période de 12 mois sont considérées comme ayant un trouble lié à l'usage de substances. Les critères sont présents en Annexe I.

La sévérité du trouble est déterminée par le nombre de critères constatés :

- Légère : 2 à 3 critères
- Modérée : 4 à 5 critères
- Sévère : 6 critères ou plus

La CIM 10 quant à elle fait apparaître les concepts d'usage nocif et de dépendance (Association Addictions France, 2019). Le diagnostic est posé si l'usager manifeste 3 critères sur les 6 présents au cours de la dernière année. Les critères sont exposés en Annexe II.

Ce sont des outils utiles en dépistage, dans le but d'avoir une action préventive auprès de patients sur leurs facteurs de risques. Ou bien, en diagnostic, pour entreprendre une prise en soins centrée sur la personne et ses besoins afin de limiter les dommages liés au comportement de consommation.

1.6. Les conséquences

Les dommages liés à une pratique de consommation de drogues peuvent se dérouler avant même l'apparition de la dépendance, notamment pour les dommages aigus. Les pratiques à risques sont mises en cause et d'autant plus si celles-ci sont fréquentes (Reynaud, 2016).

1.6.1. Physiologique

Les effets des drogues lors des prises peuvent entraîner des conséquences immédiates, sur du moyen et voire du long terme.

Tout d'abord, du fait de la toxicité de certains produits, les surdoses (*overdose*, en anglais) sont fréquentes. En effet, depuis 2012, une hausse des surdoses a été enregistrée, impliquant le plus souvent les opioïdes (OFDT, 2019), pour aboutir, en 2019, à un total de 503 décès liés à l'usage abusif de produits psychoactifs (médicaments et substances illicites) (OFDT, 2022). En outre, les effets euphorisants des stimulants, comme la cocaïne, associée à une désinhibition majorée amènent les personnes consommatrices à prendre des risques et à réaliser des actes dangereux sous prétexte d'un sentiment de toute-puissance et amenant, in fine, à des morts violentes, telles que des accidents de chutes graves, des accidents de voiture ou autres.

Sur du moyen terme, lorsque l'utilisateur se retrouve en manque de substance, le syndrome de sevrage entraîne parfois des conséquences physiques avec l'apparition de signes cliniques plus ou moins graves. Des variabilités interpersonnelles sont significatives dans cette situation, car l'état de santé de base des personnes va définir le pronostic de rétablissement de ce syndrome. De plus, accroître le nombre de consommations peut augmenter le nombre de complications somatiques (Karila & Reynaud, 2016).

Sur le long terme, les interactions entre le produit et le corps entraînent des modifications au niveau des tissus et des organes. Celles-ci peuvent déclencher des perturbations au niveau du métabolisme et induire un développement anarchique de cellules qui peuvent devenir cancéreuses. En outre, les modifications durables du cerveau ont un impact sur ces fonctions comme les capacités cognitives telles que la mémoire, les fonctions exécutives qui comptent l'anticipation, l'inhibition d'une action ou encore l'organisation d'une tâche. Les troubles cognitifs induits par les substances entraînent des limitations d'activités et des restrictions de participation au sein de la société.

1.6.2. Psychique

Lorsque les conduites addictives passent de l'usage récréatif à un usage nocif pour terminer vers la dépendance, il se peut que certaines substances à cause de leur prise régulière puissent faire apparaître des symptômes liés à des troubles psychiatriques. Si la personne possède déjà un terrain génétique désavantageux avec un environnement familial et social non-protecteur, elle peut développer un ou des troubles psychiatriques. Des études prospectives récentes ont mis en évidence des relations entre la fréquence de la consommation de cannabis et le risque de recevoir un diagnostic de schizophrénie ou de signaler des symptômes psychotiques (Hall et al., 2004).

La personne étant reconnue et diagnostiquée pour trouble psychiatrique peut facilement se tourner vers les substances comme moyen d'apaiser le mal-être psychique et réduire les symptômes. La prise de substances conduit à des modifications de perception de la réalité et aggrave les symptômes de ces troubles. Souvent, cela s'accompagne d'un déclenchement ou d'une exacerbation des hallucinations, qu'elles soient auditives ou visuelles, avec un dérèglement émotionnel induisant des comportements à risques (Blecha & Benyamina, 2009).

1.6.3. Du rôle social aux habitudes de vie

Le comportement de dépendance devient un rituel réconfortant dans lequel les personnes se sentent apaisées et en sécurité. Cependant, cette nouvelle habitude de vie devient hautement prioritaire au détriment des autres activités essentielles à la vie quotidienne (INSERM, 2020). Le craving et les sensations corporelles de manque monopolisent les pensées des usagers et sont très chronophages. L'équilibre occupationnel de la personne s'en retrouve totalement bouleversé, impliquant une perte du rôle social au sein de la famille ou dans le milieu professionnel. Le risque étant une stigmatisation et une isolation sociétale de l'individu et cela peut induire une perte de confiance et d'estime de soi.

Il y a aussi une différence suivant le genre, car la stigmatisation est plus marquée chez les femmes. Cela peut avoir deux effets, soit une réduction de la consommation voire un arrêt de celle-ci ou au contraire, l'exclusion et la mise à l'écart de ces femmes dans la société. Celles-ci, par honte, ont tendance à éviter les structures médico-sociales, à décrocher du parcours de soins et à ne pas poursuivre le suivi. De plus, dans cette situation, un autre phénomène apparaît, c'est le déni poussant les femmes à dissimuler la réalité des pratiques de consommation et à engendrer une mauvaise prise en soins qui ne répondent pas aux réels besoins de la personne (Beck et al., 2017).

Cibler la prise en soins sur la prévention des pratiques addictives à risque auront un effet, non seulement sur l'addiction, mais aussi sur la diminution des dommages qui y sont liés. La conquête d'une meilleure qualité de vie associée à un état physique et mental stable et sain doit être l'objectif de toutes prises en soins en addictologie et de même dans l'ensemble des disciplines médicales.

1.7. Prise en soins

D'après le livre blanc de l'addictologie proposé par la fédération française d'addictologie (FFA) : « les enjeux soulevés par les comportements d'usage, l'offre et la demande, sont sociétaux, économiques, sanitaires, éducatifs, sécuritaires. Ils nécessitent donc une politique globale. L'enjeu des addictions, c'est-à-dire le versant problématique et potentiellement dommageable de ces comportements est, lui, avant tout sanitaire et social. » (Reynaud & Morel, 2011).

1.7.1. Structure de l'offre de soins

En 2011, la création du livre blanc de l'addictologie a permis un état des lieux de la prise en charge des addictions, le bilan du plan addiction 2007-2011 et, surtout, 100 propositions pour diminuer les dommages des addictions. Ce document vise à améliorer la prévention des conduites addictives, la prise en charge précoce, les soins et l'accompagnement des personnes en difficulté avec ces pratiques (Reynaud & Morel, 2011).

En France, la prévention n'a pas toujours été la priorité, les instances voulant se centrer sur les aspects curatifs. Cependant, les mentalités ont évolué et se sont rendu compte que prévenir l'apparition d'une maladie permet de réduire significativement les dommages associés à celle-ci, et obtenir une meilleure qualité de vie globale des individus. Une organisation rationnelle de la prévention doit coordonner quatre axes stratégiques (Reynaud & Morel, 2011) :

- La « prévention universelle » (campagnes d'information et éducation pour la santé, mesures de contrôle social) pour réduire les niveaux de consommation en diminuant la demande et l'offre.
- L'éducation à la santé et à la citoyenneté, l'information et la formation pour développer les capacités de choix et de réflexion, à promouvoir au moyen de la « prévention de proximité ».
- L'« intervention précoce » et la « réduction des risques » pour accroître les capacités d'auto changement et diminuer les conséquences nocives des consommations.
- L'« éducation thérapeutique » associée aux soins pour diminuer les risques de rechute et accroître les durées de rétablissement.

Par rapport aux addictions, nous nous rendons compte qu'il est essentiel de mettre en place ce système de prévention afin d'exercer un changement sur certains facteurs de risques. Réduire les conséquences des conduites addictives dans le quotidien des personnes ayant cette problématique est nécessaire. L'aménagement des structures de soins en addictologie se divise en trois pôles :

- Soins de premier secours
- Soins médico-sociaux
- Soins hospitaliers

Le premier fait référence aux professionnels sur le terrain qui sont en première ligne face aux patients, comme la médecine de ville ou les associations. D'un côté, les médecins généralistes peuvent repérer les premiers signes et informer sur les facteurs de risques en conseillant les individus en les menant vers des structures adaptées dans la gestion du trouble et de ses conséquences. Il y a aussi, de l'autre côté, les associations néphalistes qui jouent le rôle de contact auprès des personnes ayant des problèmes liés à leur consommation, pour là aussi, peut être conseiller et aiguiller le consommateur vers des centres de soins spécialisés. Ces établissements sont médico-sociaux ou hospitaliers (Reynaud & Morel, 2011).

Pour un accompagnement médico-social, il existe plusieurs instances telles que les CSAPA ou encore les CAARUD. En 2019, 314 000 usagers ont été pris en charge par les équipes des 400 CSAPA en France. Nous retrouvons dans ces établissements, 46% de personnes atteintes de trouble de l'usage lié à l'alcool, 20% de consommateurs de cannabis et 14% d'usager d'héroïne (OFDT, 2022). Les besoins de prises en soins sont présents et augmentent de jour en jour.

Le milieu hospitalier en addictologie se découpe en trois niveaux : le niveau 1 correspond au niveau de « proximité » dans lequel les équipes de liaison et de consultation se sont développées. Puis, le niveau 2 se rapporte au niveau de « recours » pour les prises en soins plus complexes nécessitant une observation approfondie (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, soins de suite, ...). Enfin, le dernier est le niveau « d'expertise régionale », il cadre l'ensemble des lieux dédiés à l'enseignement et à la recherche en addictologie sur le territoire.

1.7.2. Les objectifs

Pour les troubles de l'usage, une approche centrée sur le patient est nécessaire et permet d'améliorer le suivi de la prise en soins, car les soignants pourront agir sur les facteurs de risque et ainsi modifier à un stade précoce le comportement de consommation de l'individu.

Les objectifs principaux de la prise en soins sont d'accompagner l'utilisateur dans un processus d'arrêt de son comportement addictif et dans le maintien de l'arrêt sur le long terme. C'est un travail qui doit être réalisé en équipe pluridisciplinaire et toujours en collaboration avec le patient. L'équipe évalue d'abord, les caractéristiques du comportement addictif (type de produit, fréquence des prises, quantité des doses, ...), puis réalise un bilan psycho-social pour identifier les facteurs de risques et connaître l'environnement. Durant cette analyse, il est primordial d'accéder sur la motivation de la personne à réduire ou arrêter sa conduite d'usage, car cela va déterminer les objectifs de prise en soins.

Le succès de la prise en soins en addictologie repose sur la motivation et l'estime de soi de la personne. Sans elles, il est plus difficile d'entrevoir une réelle efficacité des soins. L'estime de soi vient d'abord du patient, elle est intrinsèque et dépendante de la personnalité de chacun (la résilience face à un trouble) mais aussi, elle vient de l'alliance thérapeutique. La relation de confiance construite entre le thérapeute et le patient peut influencer positivement ou négativement le parcours de soins (Laqueille & Liot, 2009).

1.7.3. Le processus de changement

La capacité de changer un comportement dans son quotidien est difficile car nous nous sentons en sécurité dans ce que nous connaissons, même si ce comportement est néfaste.

Nous avons tous des habitudes de vie qui rythment notre quotidien et le rendent signifiant. En revanche, nous avons tendance à garder nos habitudes, car elles nous confortent et nous rassurent. Les changer nous demande de fournir un effort d'adaptation à un nouvel environnement. Mais chaque habitude a une plasticité, on peut la modifier si on en a la volonté. En observant et ajustant les incitations et les récompenses, nous pouvons changer nos comportements usuels et reconstruire nos habitudes.

Nous avons tous un circuit d'habitude qui se compose de trois parties :

- La suggestion (facteur initiant le comportement)
- Le comportement habituel
- La récompense

Une des techniques à entreprendre pour changer une habitude est de garder les mêmes incitations et la même récompense mais d'insérer le nouveau comportement à la place.

Le processus de changement est décrit par Prochaska et DiClemente, dans les années 80, devient une référence incontournable dans les instituts d'addictologie. En effet, cette méthode permet de savoir où se situe le patient dans le processus de changement et d'adapter au mieux la prise en soins (voir Annexe III) (Prochaska & DiClemente, 1983). L'approche de l'équipe de soins ne sera pas identique en fonction du stade de changement où se situe l'individu. Au stade de contemplation, la personne ne reconnaît pas encore totalement qu'elle a une problématique et minimise les conséquences. Dans cette situation, les professionnels de santé informent l'utilisateur sur les facteurs de risques et peuvent mettre en place des entretiens motivationnels dans le but de renforcer la motivation propre de la personne et de son engagement vers le changement (Miller & Rollnick, 2006). Dans la phase de maintien, l'équipe réalise des entretiens de soutien, prévient des rechutes, accompagne dans la gestion du traitement médicamenteux, propose des groupes d'activité ou de parole pour réduire les symptômes du trouble de l'usage.

En général, la prise en soins qui repose sur trois approches différentes : les traitements médicamenteux (ou traitements de substitution), une prise en charge psychologique et un accompagnement sur la vie quotidienne et sociale. Elle prend du temps et n'est pas linéaire. Le patient passe par plusieurs phases de changements. Même si la personne rechute, le travail réalisé auparavant est ancré et elle peut en tirer des enseignements et mieux identifier les freins l'empêchant d'avancer vers son rétablissement. Nous pouvons imaginer le parcours de soins par la figure 3.

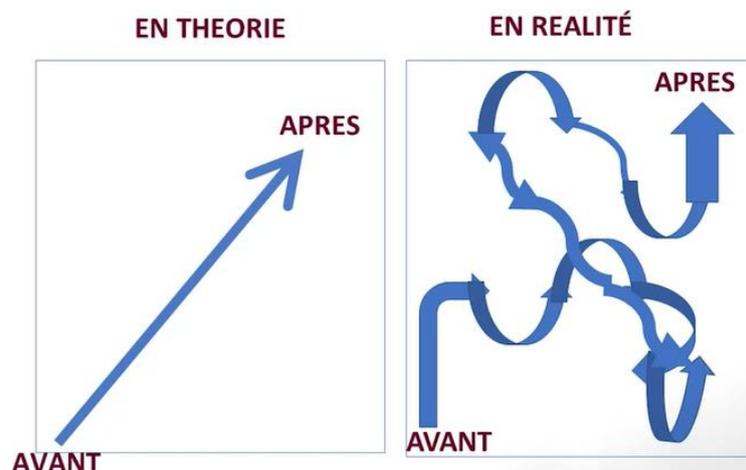


Figure 3 : Illustration imagée d'un parcours de soins en addictologie

2. L'ergothérapie

2.1. Définition

Aux yeux de la loi : « est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale. » (Ergothérapeute., 2021).

Selon l'ANFE, : « l'ergothérapeute est défini comme étant un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Il intervient donc sur l'environnement de la personne par le biais d'activités pour que celle-ci soit d'avantage autonome. » (ANFE, 2013).

2.2. L'activité, l'essence de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute centre sa prise en soins sur le patient et dans ce domaine deux approches sont possibles. L'approche en Bottom up fait référence à une démarche de soins se focalisant d'abord sur la déficience ou le trouble et progresse jusqu'à l'accompagnement de celui-ci au quotidien en travaillant sur des stratégies de compensation des activités difficiles à réaliser. En revanche, l'approche Top down commence dès une limitation de d'activité dans un contexte précis, à ce moment-là, le travail de l'ergothérapeute est de se concentrer sur les activités contraignantes pour la personne et ainsi agir indirectement sur le trouble (Imbert, 2023).

Pour le trouble de l'usage, l'approche top down semble la meilleure car le système en addictologie est tourné vers la prévention des risques et la limitation des dommages, avec cette approche l'équipe de soins se concentre d'abord sur les mécanismes de l'activité d'usage de substances et ses caractéristiques puis descend jusqu'aux composantes du trouble.

L'activité est le point central. Il existe plusieurs définitions, par exemple, Kielhofner parle d'activités ayant pour rôle de rééduquer les fonctions physiques, mentales ou émotionnelles nécessaires à la récupération de l'indépendance dans la réalisation des activités de la vie de tous les jours (Kielhofner, 2009). Reed et Sanderson disent que l'activité doit permettre d'apprendre ou de pouvoir faire soi-même. L'activité met en action la personne qui la réalise (Reed & Sanderson, 1999). Selon Pierce, l'activité est une occupation culturellement définie (Pierce, 2016). Les notions qui ressortent définissent l'activité comme la capacité à réaliser une suite de tâches soi-même et qui requiert des fonctions physiques et mentales. Nous y voyons aussi que l'activité dépeint une personne dans son rapport au monde et dans la société.

Dans la vie de tous les jours, nous préférons réaliser certaines activités plutôt que d'autres car nous les aimons ou bien, nous savons que nous les maîtrisons et cela nous renvoie un sentiment d'efficacité personnelle, ce qui nous procure du plaisir et nous rend heureux pendant la réalisation. Ces activités sont significatives et rentrent dans notre quotidien et nos habitudes. Les activités significatives sont importantes dans la vie d'une personne, elles maintiennent l'équilibre occupationnel et donne un sens à la vie (Trombly, 1995).

2.3. Rôle de l'ergothérapeute auprès des usagers de substances

L'ergothérapeute est un professionnel spécialiste du rapport entre l'occupation et la santé, tout en ayant une vision globale des problématiques de la personne. Dans le domaine de l'addiction, l'ergothérapeute n'a fait qu'une apparition récente, car l'accompagnement des personnes ayant un TUS était attribué à la filière infirmière. Néanmoins la profession d'ergothérapeute possède toutes les compétences et nous allons démontrer qu'il a sa place pour aider ce type de population.

Les résultats d'une étude menée au Portugal en 2019, montrent que l'ergothérapeute contribue majoritairement à différents niveaux. En effet, puisque l'ergothérapie est à l'intersection de plusieurs disciplines telles que les sciences sociales, de l'occupation et médicales, la profession propose un nouveau point de vue tout en comprenant et respectant l'aspect de chaque discipline. En outre, l'étude indique l'importance des ergothérapeutes dans le processus de reconstruction d'une routine incluant des activités significatives favorisant, ainsi, la qualité de vie des personnes. Le point mis en avant, à la fin de l'article, est le fait que l'ergothérapeute est caractérisé d'avoir de bonnes relations avec les usagers induisant un effet bénéfique dans la prise en soins (Ribeiro et al., 2019).

2.4. Modèle conceptuel rattachable à la pratique : le MOH

Gary Kielhofner entreprend un travail consistant à créer un modèle basé sur l'occupation humaine et servirait à guider les professionnels sur le terrain dans le parcours de soins des patients. Le modèle de l'occupation humaine est ainsi né en 1980 et est depuis le modèle le plus étudié dans le monde (Morel, 2017). Il est force de proposition et offre une « boîte à outils » large et adaptative pour les ergothérapeutes, par exemple, nous retrouvons l'outil du MOHOST. Ce modèle permet de structurer le travail, du recueil des données de la personne jusqu'au cadre de l'accompagnement avec la définition des objectifs, en réalisant un focus sur ses activités quotidiennes et son engagement dans celles-ci.

Nous savons que l'être humain est un être occupationnel, nous interagissons avec les personnes et notre environnement afin de se développer et évoluer. C'est en agissant que nous nous construisons. Le concept d'occupation humaine reflète une large gamme d'activités, elles peuvent se diviser en plusieurs catégories : les activités de loisirs, de productivités ou productives et enfin les activités de la vie quotidienne (Morel, 2017).

La base théorique de ce modèle se compose de trois grandes parties (voir Annexe IV) :

- **L'être** correspond aux composantes de la personne.
- **L'agir** fait référence à l'action ou à la mise en action d'une tâche.
- **Le devenir**, faisant le lien avec les deux notions précédentes.

L'être se divise en trois composantes :

- **La volition** fait appel à la motivation qu'a la personne pour agir sur son environnement. Elle inclut les valeurs de la personne, ce qu'elle trouve signifiant et prioritaire, les centres d'intérêts correspondent à l'affinité d'une personne avec une activité plutôt qu'une autre et enfin, la causalité personnelle c'est la connaissance de l'individu par rapport à sa performance dans l'activité (sentiment d'efficacité). Cette notion fait référence à l'engagement de l'individu dans l'occupation
- **L'habituatio**n fait référence à l'intégration du comportement dans un contexte spécifique. Elle comprend les habitudes et les rôles, réagir de la même manière dans le même contexte et garder son statut social dans la réalisation du comportement.
- **La capacité de performance** parle des fonctions sous-jacentes qui jouent un rôle dans l'accomplissement de la tâche.

L'agir comprend trois niveaux :

- **La participation occupationnelle**, c'est la manière d'agir dans un sens plus large.
- **La performance occupationnelle** met en lumière l'action de faire toutes les tâches qui permettent d'être engagé dans l'activité.
- **Les habiletés**, ce sont les capacités motrices ou cognitives de la personne mise en jeu pour réaliser la séquence de tâche afin de terminer l'activité.

En d'autres termes, pour l'activité de se « brosser les cheveux », l'individu participe à une activité de soins personnel qui correspond à une performance de brosser des cheveux et met en action certaines habiletés comme manipuler la brosse, exercer une force suffisante pour démêler les cheveux...

Le devenir est la résultante de l'être et de l'agir et se découpe en deux parties : **l'identité occupationnelle**, c'est le fait que la personne est identifiée comme celle qui sait faire cette activité, et les **compétences occupationnelles** sont la capacité de l'individu à maintenir ses habitudes d'occupation. Grâce à tout cela la personne pourra s'adapter aux futures occupations.

L'environnement physique et social sont toujours présents et entourent l'occupation. Ils peuvent être soit ressources, c'est-à-dire facilitateurs de la mise en place d'une activité ou sinon être des freins et induisent des limitations dans l'engagement de la personne dans l'occupation.

Réalisons un parallèle entre ce modèle et la problématique du trouble de l'usage. La personne est tentée de consommer à cause de multiples stimuli. Ces stimuli peuvent être environnementaux, présence du produit, ou social, incitation par les pairs de consommer. Il revient à la personne de décider de s'engager ou pas dans cette action (**volition**). La prise de substances est possible grâce aux capacités sous-jacentes de la personne à pouvoir réaliser la tâche (**capacité de performance**). Ensuite, l'usage devient régulier et rentre dans les habitudes de vie (**habituat**) et de cette façon l'individu participe à une activité de consommation (**participation occupationnelle**). L'individu devient performant dans celle-ci, car il la répète continuellement (**performance occupationnelle**) et donc développe une meilleure maîtrise de la pratique (**habilités**). Sachant les caractéristiques de la pratique, la personne peut s'adapter et maintenir le comportement addictif dans n'importe quel environnement (**compétences occupationnelles**). Nous reconnaitrons à la personne un savoir-faire et elle portera son identité de consommatrice (**identité occupationnelle**).

Problématique

La population générale expérimente l'usage de substance psychoactive pour plusieurs raisons. Cela peut être un usage récréatif, c'est-à-dire dans un contexte festif, ou bien pour apaiser une douleur, qu'elle soit psychique ou physique. La dépendance arrive au moment où cette expérimentation devient un comportement régulier et envahit toutes les sphères de la vie quotidienne du consommateur.

L'addiction est une notion connue, cependant il reste de nombreux concepts liés aux conduites addictives que nous ne connaissons pas encore. Par exemple le lien entre le comportement d'usage de drogues et la neurobiologie de l'individu. Le manque de littérature parlant de ce thème met un frein aux avancées scientifiques.

Néanmoins, le concept d'addiction évolue et grâce à cela, nous pouvons cibler plus facilement les difficultés rencontrées par ce public, en centrant la prise en soins sur leurs facteurs de risques personnels et environnementaux.

La recherche sur le développement de nouvelles thérapies pour la prise en soins des symptômes du TUS, comme le craving ou la notion de bien-être mental avec une bonne estime de soi, n'est qu'à ses prémises. Nous avons voulu avec ce travail de fin d'étude recenser les articles concernant notre sujet, analyser leurs données afin de répondre à la problématique suivante :

« Comment l'intégration d'activités significatives dans la prise en soins des patients ayant un trouble lié à l'usage de substances peut exercer une influence sur le craving et l'estime de soi ? »

Ci-dessous se trouve nos hypothèses de réponse par rapport à ce questionnement.

- La réalisation d'activités significatives, qu'elles soient physiques ou artistiques, permet de réduire le craving.
- La réalisation d'activités significatives influe sur l'état émotionnel des usagers et permet d'améliorer l'estime de soi de ces personnes.

Au cours de ce travail, l'objectif sera d'identifier une méthodologie de recherche adaptée à notre sujet et permettant d'avancer des résultats cohérents avec notre question de recherche et potentiellement d'y répondre à la fin de ce mémoire de fin d'études.

Méthodologie

1. Principes de la méthodologie

Réaliser des activités, qu'elles soient de soins personnels, productives ou de loisirs dans notre vie quotidienne, permet de préserver la santé et trouver un sens à la vie (Stewart et al., 2016). L'objectif de cette étude vise à analyser l'effet d'une activité dans le cadre d'une prise en charge d'une personne ayant un TUS.

Pour cela, nous allons effectuer une *scoping review*. Ce type de revue est une synthèse de connaissance, qui suit une approche systématique, pour identifier les principaux concepts, théories et sources autour d'un thème (C. Tricco et al., 2018). Pour nous aider dans cette tâche, nous nous sommes basés sur la méthode PRISMA-ScR (PRISMA Extension for Scoping Reviews). Le principe est de parcourir l'ensemble de la littérature scientifique abordant notre sujet dans le but de réunir différentes études qui pourront répondre spécifiquement à notre problématique initiale et à ses hypothèses.

En premier lieu, les critères PICO nous aident à déterminer le cadre de recherche. Ils définissent les termes structurant notre équation de recherche, qui elle, contribue à la sélection des articles au sein des bases de données. De plus, cela nous a permis d'avoir un cadre clair pour commencer le processus de recherche. Les critères sont décrits dans le tableau 1, ci-dessous.

Tableau 1 : Critères PICO

Critères PICO	
Population	Personnes adultes ayant un TUS
Intervention	Prise en soins intégrant la mise en place d'une activité/occupation
Comparaison	Intervention et contrôle (sans intervention)
Out-comes	Le craving / L'estime de soi

2. Critères d'éligibilité

À l'aide des critères d'éligibilité, nous allons affiner notre sélection d'articles jusqu'à ce que restent les études les plus pertinentes par rapport à notre question de recherche et dans lesquelles nous pourrions trouver des éléments de réponse. Nous les présentons dans la figure 3, ci-dessous.

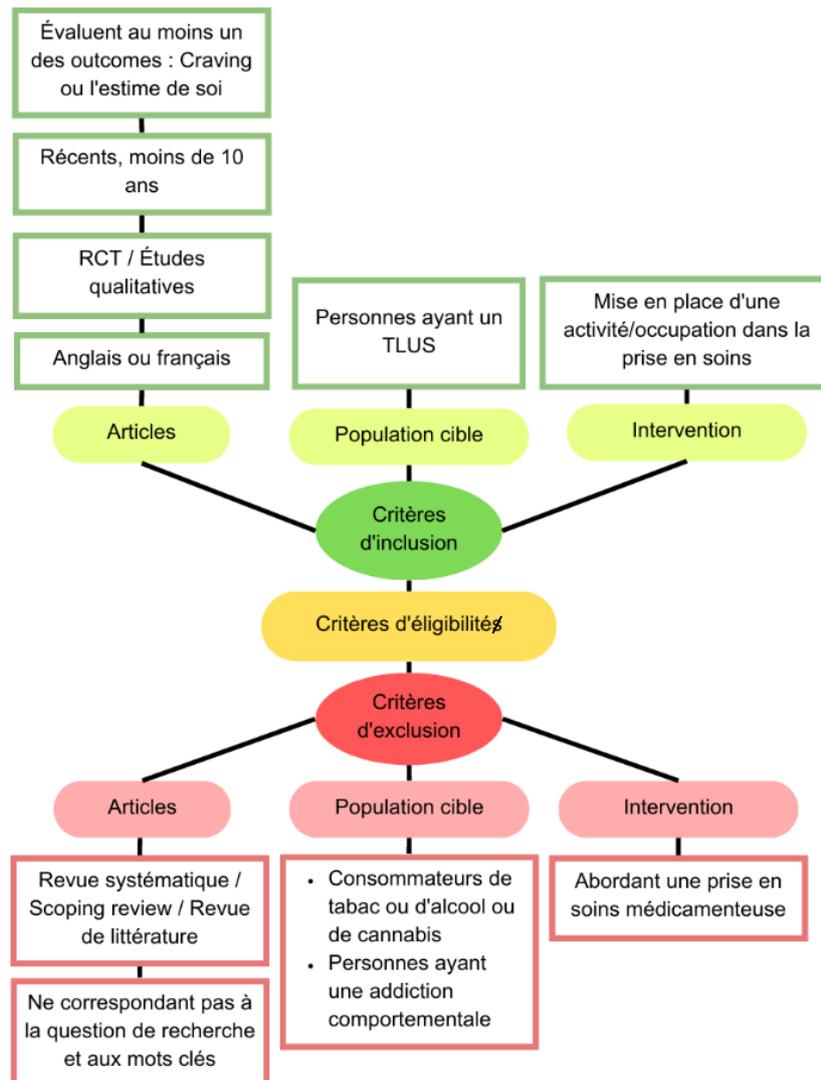


Figure 4 : Critères d'éligibilités

3. Choix des sources d'informations

Afin de recueillir la globalité des études, nous avons consulté 4 bases de données ; CINHAL, PubMed, PsycINFO et Scopus. Nous les avons sélectionnées grâce à leur pertinence et leur validité scientifique reconnues. Cela nous a permis d'obtenir une grande partie des articles et ainsi, avoir une vision globale de la littérature scientifique portant sur notre thème. Le processus de recherche a débuté en septembre 2022, s'est poursuivi tout au long de l'année universitaire, et s'est clôturé le 5 mai 2023.

4. Stratégie de recherche

4.1. Sélection des mots clés

Durant l'état de l'art, nous avons pu identifier dans la littérature grise des termes récurrents évoquant notre thème. Ces appellations ont été reprises dans notre problématique et ont été choisies comme mots clés. Grâce à cette méthode, nous nous assurons que nos mots clés correspondent aux termes utilisés dans la globalité des études scientifiques abordant notre sujet. En outre, nous nous sommes servis du service de l'INSERM, le *Medical Subject Headings* (MeSH) pour trouver la traduction correcte de ces termes. Les mots clés choisis sont exposés ci-dessous dans le tableau 2.

Tableau 2 : Description des mots clés

Mots clés (Français)	Mots clés (Anglais)
<ul style="list-style-type: none">- Trouble lié à l'usage de substances- Abus de drogues	<ul style="list-style-type: none">- Substance use disorders- Drug abuse
<ul style="list-style-type: none">- Intervention- basé sur l'occupation	<ul style="list-style-type: none">- Intervention- Occupation-based
<ul style="list-style-type: none">- Craving- Estime de soi	<ul style="list-style-type: none">- Craving- Self-esteem
<ul style="list-style-type: none">- Cannabis- Alcool- Tabac	<ul style="list-style-type: none">- Cannabis- Alcohol- Tobacco

4.2. Équation de recherche

Nous avons pu affiner notre processus de recherche en connectant les mots clés décrits précédemment avec des opérateurs booléens (AND, OR et NOT). Ceux-ci aident les bases de données à sélectionner les articles et les études spécifiques à notre question de recherche. L'équation de recherche permet de réaliser un premier tri dans l'ensemble des études existantes.

Ainsi, nous avons pu aboutir à l'équation de recherche suivante :

(((((substance use disorders) OR (drug abuse)) AND (intervention)) OR (occupation-based)) AND (craving)) AND (self esteem) NOT (cannabis) NOT (alcohol) NOT (tobacco)

4.3. Procédure de sélection des études

Une fois l'ensemble des études réunies, nous devons réaliser un deuxième tri en s'appuyant sur les critères d'éligibilité inscrits auparavant afin de ne sélectionner que les études pertinentes.

Nous commençons par regarder tous les titres et résumés des articles sélectionnés par l'équation de recherche. Nous conservons les études ayant des titres comprenant un ou plusieurs mots-clés définis ou les papiers scientifiques ayant un résumé intéressant pour notre recherche. Dans le but d'être plus efficace, nous avons exclu l'ensemble des articles parus avant 2013. Garder des articles récents aide à la validité de notre étude et à se rapprocher plus des conditions de prise en soins actuelle.

Ensuite, le reste des études a été parcouru intégralement afin de vérifier si leur contenu correspondait aux critères d'éligibilité et montrait des résultats pertinents pour répondre à notre problématique initiale.

4.4. Démarche de la présentation des résultats

À la fin de la procédure de sélection, les articles inclus dans notre étude seront examinés. Nous allons présenter leurs composantes dans une table d'extraction (voir le tableau 3) pour avoir une analyse approfondie. Ce tableau est découpé en plusieurs catégories telles que : population, intervention, évaluations, résultats... De plus, nous avons voulu utiliser l'échelle PEDro (*Échelle PEDro - PEDro*, 2016), celle-ci permet de classer les articles par leur validité scientifique en fonction de 11 critères (voir Annexe V). Plus le nombre de critères est respecté, plus la valeur scientifique de l'article augmente.

Ensuite, une analyse narrative des résultats, les similitudes et les différences, sera effectuée afin de faire ressortir les points clés et les éléments importants des études qui pourront, peut-être, répondre à notre problématique.

Résultats

1. Sélection des articles

Le diagramme de flux illustre le processus de recherche effectué et montre sous forme de graphique les différentes étapes de ce processus (voir figure 4).

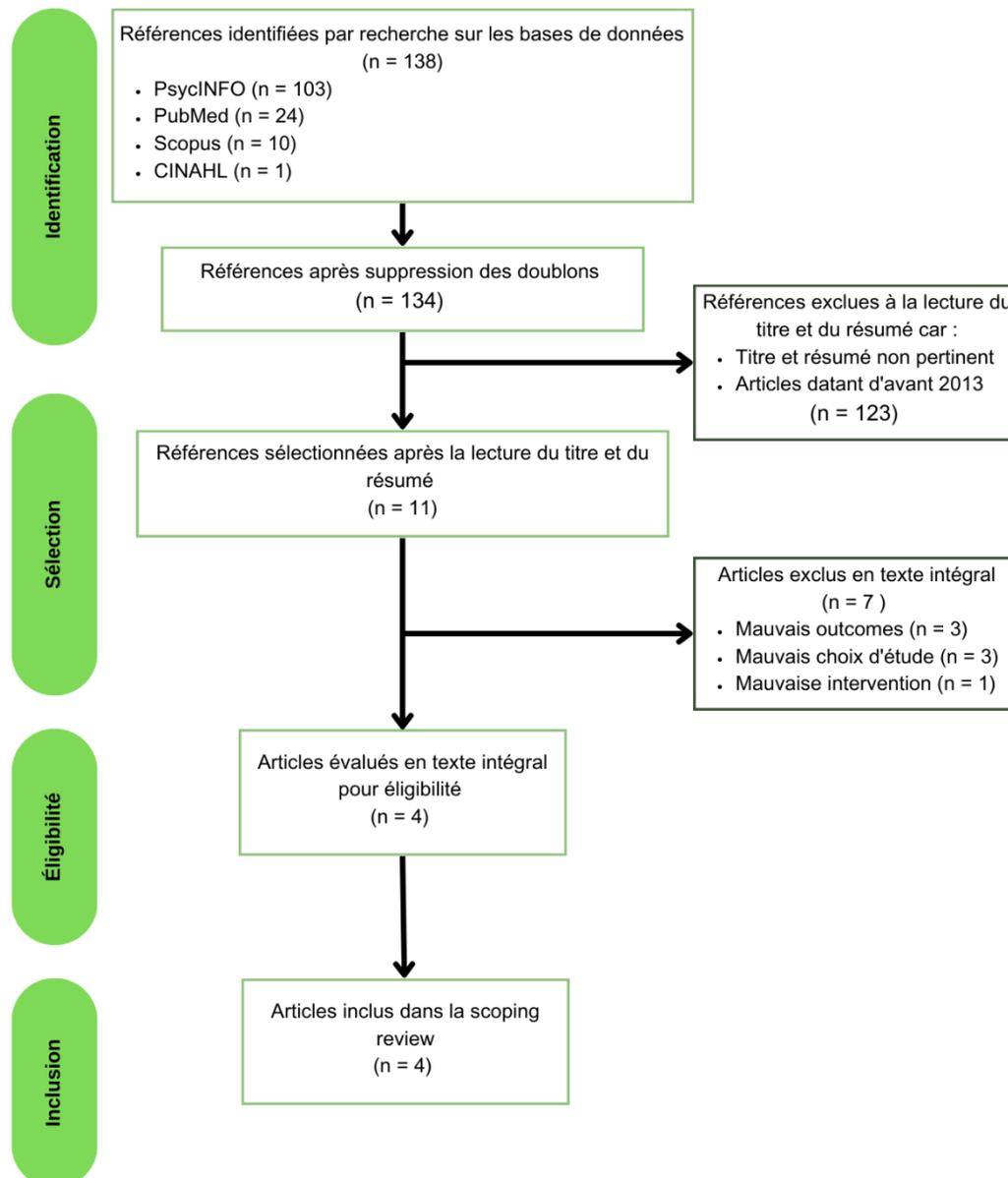


Figure 5 : Diagramme de flux

Quatre bases de données (Pub med, psycINFO, CINAHL, Scopus) ont été consultées pour obtenir un total de 138 articles. Après suppression des 4 doublons, nous avons 134 articles à analyser. La révision de chaque titre et résumé ont permis de sélectionner 11 articles à lire intégralement afin de savoir s'ils rentrent dans les critères d'éligibilité de la scoping review. Nous avons fini par sélectionner 4 articles à inclure dans notre étude et dont nous allons faire la présentation des résultats dans la table d'extraction (voir tableau 3).

2. Présentation des articles

Tableau 3 : Table d'extraction

Auteur(s) Année	Titre	Population	Intervention	Évaluations	Résultats	Type d'étude	Note PEDro
Ellingsen et al. 2021	Effects of acute exercise on drug craving in adults with poly-substance use disorder. A randomized controlled trial	<p>Nombre de participants : 38</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnes polyconsommatrices de substances ➤ Prise en soins dans un centre de traitement (<i>inpatient</i>) ➤ > 18 ans 	<p>Les participants ont effectué dans un ordre aléatoire deux séances d'exercices en groupe supervisées de 45 minutes (football et entraînement sur circuit) et une séance contrôle de 45 minutes (assister à un cours magistral), une séance par jour avec un jour de repos entre chaque intervention.</p>	<p>Premier outcome évalué :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le <u>craving</u> par une EVA <p>Deuxième outcome évalué :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>L'humeur</u> par la Feeling scale <p>Passation des évaluations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pré-intervention • post-intervention • 1 h après • 2 h après • 4 h après 	Amélioration des deux outcomes	RCT	6
Gardstrom et al. 2013	The impact of group music therapy on Negative Affect of people with co-occurring substance use disorders and mental illnesses	<p>Nombre de participants : 49</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnes ayant un diagnostic de TUS et d'un trouble psychiatrique ➤ Pris en soins dans une unité spécialisée (<i>inpatient</i>) ➤ > 18 ans 	<p>Les expériences musicales utilisées pour l'échauffement et la partie centrale de l'intervention sont tirées des quatre principales méthodes de musicothérapie, telles que définies par Bruscia :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la composition ○ l'écoute ○ l'improvisation ○ la performance <p>Au total 20 sessions d'intervention ont été réalisé (1 session = 45 min).</p>	<p>Évaluation de <u>trois émotions négatives</u> (basée sur la PANAS-X) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colère • Tristesse • Anxiété <p>Le recueil des données est effectué grâce à une EVA pour chaque émotion, pré et post-intervention.</p>	Amélioration sur les trois émotions	Étude qualitative	4

Tableau 4 : Table d'extraction (bis)

Auteur(s) Année	Titre	Population	Intervention	Évaluations	Résultats	Type d'étude	Note PEDro
Panagiotounis et al. 2022	Effects of an exercise theory-based intervention program on craving during the early stage of adults' SUD treatment	<p>Nombre de participants : 59</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnes répondant à des critères de TUS (d'après le TCU drug screen) ➤ Prise en soins dans un centre de traitement communautaire (<i>inpatient</i>) ➤ Adultes (pas de précision de l'âge) 	<p>Le groupe d'intervention a suivi un programme comprenant un engagement à trois séances d'entretien motivationnel pendant une semaine. Puis, des sessions d'exercices physiques, trois fois par semaine pendant trois semaines (1 session = 75 min). Tout cela en maintenant leur traitement traditionnel.</p> <p>Pendant la même période de trois semaines, le groupe contrôle n'a participé qu'au traitement traditionnel du TUS.</p>	<p>Premier outcome évalué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le <u>craving</u> par le CCQ-Brief <p>Deuxièmes outcomes évalués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'humeur</u> • <u>L'estime de soi</u> • La qualité de vie • L'engagement dans le traitement <p>Les informations des évaluations ont été collecté avant et après participation à l'étude.</p>	Amélioration de l'ensemble des outcomes	Essai contrôlé	5
Zhuang et al. 2013	Yoga effects on mood and quality of life in chinese women undergoing heroin detoxification	<p>Nombre de participants : 81</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Femmes ayant une dépendance à l'héroïne ➤ Prise en soins dans un centre de réhabilitation après une rechute (<i>inpatient</i>) ➤ > 20 ans 	<p>Le groupe d'intervention reçoit des séances de yoga, 5 jours par semaine pendant 6 mois (1 séance = 50 min).</p> <p>Le groupe contrôle reçoit le traitement habituel proposé par le centre.</p>	<p>Premier outcome évalué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>L'humeur</u> par le POMS <p>Deuxième outcome évalué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La <u>qualité de vie</u> par le SF-36 <p>La passation des évaluations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-participation (T0) • à 3 mois d'intervention (T1) • post-participation (T2) 	Amélioration des deux outcomes	RCT	8

CCQ-Brief : Cocaine Craving Questionnaire Brief, EVA : échelle visuel analogique, POMS : Profile of mood states, SF-36 : Medical Outcomes Study Short Form 36.

3. Synthèse

3.1. Caractéristiques des études

Parmi les articles inclus dans la scoping review, deux sont des études contrôlées randomisées (*Randomized control trial* ou RCT) (Ellingsen et al., 2021; Zhuang et al., 2013), une est une étude qualitative (Gardstrom et al., 2013) et la dernière un essai contrôlé (Panagiotounis et al., 2022).

Tous les articles décrivent des interventions impliquant la personne usager de drogues ou ayant un TUS diagnostiqué dans une activité durant sa prise en charge en structure de soins. Trois études se concentrent sur l'effet d'une activité sportive sur, principalement le craving et/ou l'humeur (Ellingsen et al., 2021; Panagiotounis et al., 2022; Zhuang et al., 2013). Tandis que la quatrième, utilise une activité artistique pour améliorer l'état émotionnel global des patients (Gardstrom et al., 2013).

Afin d'avoir plus de détail sur les études, le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des participants suivant les études. Nous avons décidé de retirer l'étude de Gardstrom et al. car les données ne figurent pas dans l'article.

Tableau 5 : Caractéristiques des participants inclus dans l'analyse des résultats

		Études			
		Ellingsen et al.	Panagiotounis et al.	Zhuang et al.	
Caractéristiques	Nombre de participants intégrés dans l'analyse des résultats (N)	36 ➤ 2 participants ont été exclus car les données sont aberrantes	54 ➤ 5 participants ont abandonné le programme	75 ➤ 6 participants ont abandonné le programme	
	Nombre de participants suivant le sexe (N)	H ³	30	44	0
		F ⁴	6	10	75
	Moyenne d'âge	37 ans		34 ans	28 ans
Nombre d'années de pratique addictive	15 années		16 années	7 années	

³ Homme

⁴ Femme

3.2. Résultats pour chaque critère

3.2.1. Le craving

L'article d'Ellingsen et al. (Ellingsen et al., 2021) examine les effets à court terme de 45 min de football et d'un entraînement sur circuit sur le craving auprès de patients hospitalisés pour un trouble de polyconsommation de substances par rapport à un type d'exercice non physique tel que, assister à un cours magistral (séance contrôle). L'essai se focalise sur la durée des effets des interventions et la différence qu'il peut y avoir entre les séances sportives et celle non-sportive sur cette sensation de manque.

L'étude nous montre des résultats positifs, en effet, le football et l'entraînement sur circuit décroît significativement le craving par rapport à la séance contrôle. Cependant, la réduction n'est seulement significative qu'immédiatement après et jusqu'à une heure après l'intervention. Immédiatement après la séance de football, le craving diminue de 52% par rapport à l'évaluation de base (avant séance) et a un écart de 1,35 (échelle EVA) par rapport au groupe contrôle. L'entraînement sur circuit, quant à lui le diminue de 41,5% et a un écart de 1,44 (échelle EVA) par rapport au groupe contrôle. La séance contrôle diminue le craving des participants mais pas significativement.

De plus, entre les deux activités sportives, aucune différence n'a été relevée, elles induisent toutes deux une diminution de la sensation de craving. En addition, à ces résultats, nous pouvons observer que les participants avec un craving beaucoup plus élevé avant l'intervention ont un plus grand écart et, donc, un déclin du craving plus important que les autres participants de l'étude.

Panagiotounis et al. (Panagiotounis et al., 2022) veut décrire les effets du sport sur le craving en complément de la prise en soins habituel dans un centre d'addictologie. En revanche, ici, il s'agit d'un programme d'exercice sur mesure et personnalisé à la motivation du patient. De plus, l'étude évalue plus de facteurs comme l'humeur, l'estime de soi, la qualité de vie... Nous y reviendrons plus tard.

Nous retrouvons dans l'étude une différence significative entre la mesure du craving avant et après le programme d'intervention dans le groupe d'expérimentation. Nous observons une diminution de 35% du craving. En revanche, il n'y a pas de différences significatives pour le groupe contrôle. L'analyse des effets principaux simples avec le test post hoc⁵ de Bonferroni a permis de mettre en évidence des différences significatives uniquement en post-évaluation entre les groupes (Panagiotounis et al., 2022).

⁵ En français, cela signifie « à la suite de cela ».

3.2.2. L'estime de soi

Pour l'estime de soi, je n'ai pu inclure dans ma *scoping review* qu'une seule étude évaluant ce critère. C'est l'article que nous avons décrit juste au-dessus, celui de Panagiotounis et al. (Panagiotounis et al., 2022).

Le critère de l'estime de soi a été mesuré grâce à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Elle contient 10 items qui font référence au respect de soi-même et à l'acceptation de soi. La réponse aux items s'effectue grâce à une échelle à 4 points, 1 signifiant « ne pas du tout être d'accord » et 4 signifiants « être totalement d'accord ». Sachant que l'obtention d'un score élevé signifie avoir une bonne estime de soi.

Les résultats de cette étude montrent une différence significative entre la mesure pré et post participation pour le groupe d'intervention. C'est-à-dire que celui-ci a rapporté des scores supérieurs à la fin du programme par rapport au début. Nous pouvons conclure qu'il y a une amélioration de l'estime de soi pour le groupe d'expérimentation. En revanche, aucune différence significative n'a été notée entre les 2 mesures pour le groupe contrôle.

3.2.3. L'humeur

Dans ma question de recherche je ne fixe pas le critère de l'humeur car nous voulions vraiment nous concentrer sur les 2 critères précédents. Cependant, au vu des études incluses dans ma shopping review, nous ne pouvions pas passer à côté d'une analyse de l'humeur, car il est présent dans toutes les études.

Pour Ellingsen et al. (Ellingsen et al., 2021), le football et l'entraînement sur circuit améliorent l'état émotionnel du patient par rapport à la séance contrôle. Par ailleurs, pour ce critère, l'humeur est améliorée significativement pendant quatre heures après l'intervention pour le football et jusqu'à deux heures pour l'entraînement sur circuit. Même ici, il n'y a pas de différence entre les deux sports. En outre, il existe une corrélation négative entre le craving et l'humeur juste après l'intervention, c'est-à-dire que les participants ayant une diminution du craving ont une amélioration de leur humeur.

L'objectif de la deuxième étude contrôlée randomisée fait par Zhuang (Zhuang et al., 2013), est d'observer les bénéficiés de la pratique du yoga sur la qualité de vie et l'état de l'humeur des femmes consommatrices d'héroïne dans le cadre d'une cure de désintoxication. Pour le critère de l'humeur, il n'y avait pas de différence au début de l'étude entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Cependant, au fil du temps, le groupe d'intervention a montré de signes d'amélioration de l'humeur significatifs par rapport au groupe contrôle, qui lui n'en a pas montré. L'évaluation de la qualité de vie au départ ne manifeste aucune différence entre les groupes. Et là encore, une différence significative est remarquée dans le groupe interventionnel. Pour le groupe contrôle seule une légère augmentation est notée au cours de l'étude.

Dans l'étude de Panagiotounis et al. (Panagiotounis et al., 2022), l'humeur a été évaluée grâce à l'outil Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) (Lovibond, 1995). C'est une échelle en 21 items qui mesure l'état émotionnel de la dépression, de l'anxiété et du stress. Un score bas indique un niveau plus faible d'émotions négatives.

En ce qui concerne l'humeur des participants, les résultats n'ont pas montré d'interaction significative dans le temps et au sein du groupe d'intervention sur l'humeur de celui-ci. Le groupe d'intervention a rapporté des scores d'humeur inférieurs à ceux du groupe contrôle.

La dernière étude (Gardstrom et al., 2013) ne se concentre pas sur une activité physique mais sur une activité artistique, la musique. Le but de celle-ci est d'identifier l'impact de la musicothérapie sur les émotions négatives parmi les individus présentant un co-diagnostic de trouble de l'usage de substance et de trouble psychiatrique. Rappelons-le, les émotions négatives évaluées sont l'anxiété, la colère et la tristesse. Les trois émotions décroissent significativement entre le début et la fin du programme d'intervention. Sur les 49 participants, 32.7% ont reporté une diminution dans les trois émotions, 20.4% n'ont rapporté aucun changement et 2.04% ont reporté une augmentation de ces émotions, ce qui correspond à 1 participant sur 49.

3.3. Bilan

Le tableau suivant résume l'ensemble des éléments évoqué dans les paragraphes précédents.

Tableau 6 : Résumé des résultats de chaque étude incluse

		Études			
		Ellingsen et al.	Gardstrom et al.	Panagiotounis et al.	Zhuang et al.
Outcomes	Craving	+		+	
	Estime de soi			+	
	Humeur	+	+	0	+

+ : l'étude montre des résultats positifs par rapport à l'objectif de recherche.

- : l'étude montre des résultats négatifs par rapport à l'objectif de recherche.

0 : l'étude ne montre pas de changement significatif dans les résultats.

Discussion

Nous allons analyser les résultats des études incluses dans notre scoping review pour en faire ressortir des éléments de réponse à notre question de recherche et ses hypothèses liées. Le déroulement de cette partie sera organisé en fonction des critères recherchés dans la problématique. Rappelons-le, la problématique est :

« Comment l'intégration d'activités significatives dans la prise en soins des patients ayant un trouble lié à l'usage de substances peut exercer une influence sur le craving et l'estime de soi ? »

Ensuite, nous exposerons les limites rencontrées au cours du processus de recherche et nous allons décrire les points à améliorer dans la méthodologie. Enfin, nous présenterons les perspectives possibles par rapport aux prises en soins des personnes présentant un TUS et quel est l'avenir des activités dans celles-ci.

1. L'influence des activités significatives sur le craving

Le premier critère important à analyser est le craving. C'est un élément déterminant du pronostic de l'adhésion aux soins des patients, car cette envie peut survenir à tout moment, et causer une rechute de la personne vers le produit. Notre hypothèse était d'observer si la réalisation d'activités significatives, qu'elles soient physiques ou artistiques, permet de réduire le craving.

Pour mesurer ce critère, Ellingsen et al. a utilisé une échelle visuelle analogique (EVA) dans le but de déterminer si l'intervention a un effet sur cette sensation de manque (Ellingsen et al., 2021). Panagiotounis et al. s'est servi du questionnaire CCQ-Brief (Cocaïne Craving Questionnaire), celui-ci permet de déterminer le désir de l'utilisateur à consommer de la cocaïne (Sussner et al., 2006). Le questionnaire a été adapté pour les spécificités de l'étude (Panagiotounis et al., 2022).

Par ailleurs, dans l'étude d'Ellingsen, le choix et les composantes d'intervention des activités physiques ont fait l'objet d'une étude antérieure (Ellingsen et al., 2020). C'était pour trouver les activités les plus pertinentes au niveau des résultats.

Dans les deux études, l'intervention se porte sur l'engagement des participants dans une activité physique et le craving est mesuré avant et après la réalisation du sport en question. Globalement, les résultats sont positifs et montrent une baisse de la sensation dans le temps et pour les groupes d'intervention par rapport aux groupes ou séances contrôles.

Nous présumons que l'activité physique exerce une influence positive sur le craving entraînant sa réduction. Néanmoins, au sein de la scoping review, aucun autre article analyse le craving avec une autre méthode d'intervention. Il aurait été intéressant d'observer si le craving peut être aussi réduit grâce à des activités artistiques, par exemple. Nous ne savons pas si ces activités artistiques peuvent fonctionner mieux en prise en soins de TUS que les séances d'entraînement physique. Le manque de littérature sur le sujet laisse cette question en suspens.

Cette notion de diversité d'activité utilisée dans les études abordant ce trouble a émergé dans la revue systématique de Wasmuth et al. (Wasmuth et al., 2016). L'article explique qu'il existe sept domaines d'occupation englobant l'ensemble des activités. Ces sept domaines sont : les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités instrumentales, les loisirs, le jeu, le sommeil ou le repos, le travail et l'éducation. Au sein de la revue, les activités de loisirs sont les plus communément utilisées pour le choix des interventions.

Notre problématique se focalise aussi sur la notion d'activité signifiante et les études incluses dans la scoping review n'ont pas précisé dans leur méthode de recherche si c'étaient des activités signifiantes pour la personne. Néanmoins il est important de noter que l'ensemble des études de la scoping review se basent sur le volontariat. Aucun des participants n'a été forcé à entrer dans l'étude et il est spécifié qu'ils peuvent arrêter à tout moment. En plus de ce système, Panagiotounis et al. a centré son intervention sur les souhaits et réels besoins des participants, car au début de l'essai un état des lieux de la motivation des participants à s'engager dans l'activité a été pris en compte (Panagiotounis et al., 2022). Donc, nous pouvons supposer que si les personnes se sont engagées et allées au bout du programme, cela peut signifier que l'activité avait une importance pour eux et, par conséquent signifiante. De plus pour l'article concernant la mise en place de séances de yoga dans la prise en soins de femmes ayant un trouble de l'usage d'héroïne (Zhuang et al., 2013), des DVD ont été distribués aux participantes pour les aider dans la pratique de ce loisir pendant la période d'intervention et aussi en pratique autonome. Sur l'ensemble des participantes, 28 ont pratiquées le yoga d'elles-mêmes avec le DVD. Elles n'y étaient pas obligées, mais l'ont fait quand même. Donc, nous pouvons supposer que l'intervention a eu un effet positif et qu'après ce comportement est rentré dans les habitudes de vie de ces femmes.

2. L'influence des activités signifiantes sur l'estime de soi

Malheureusement, dans notre scoping review, une seule étude parle d'évaluation de l'estime de soi (Panagiotounis et al., 2022). Malgré, la présence de données montrant une amélioration de ce critère, il est délicat de se baser sur ces données pour conclure à des résultats satisfaisants et ainsi répondre à ma seconde hypothèse qui était : « La réalisation d'activités signifiantes influe sur l'état émotionnel des usagers et permet d'améliorer l'estime de soi de ces personnes. ».

En revanche, je peux nuancer et énoncer que même si l'estime de soi n'est pas représentée correctement dans la scoping review, l'humeur quant à elle est présente dans toutes les études. Nous pouvons faire un lien entre ces 2 critères.

Dans les études, l'humeur s'améliore entre la mesure avant l'intervention et celle d'après, excepté pour l'étude de Panagiotounis et al. où aucune modification significative de l'humeur a été remarquée (Panagiotounis et al., 2022). Nous pouvons imaginer une hypothèse de recherche qui exposerait le lien entre l'humeur et l'estime de soi pour conclure à une potentielle corrélation positive entre ces deux critères.

3. Limites

Ce travail de recherche est un processus long au cours duquel plusieurs obstacles sont survenus et qui m'ont freinée dans la progression de ce processus.

Pour commencer, d'un point de vue méthodologique, nous avons pu identifier trois points sur lesquels, nous avons manqué de rigueur scientifique. Ces points sont les suivants :

Le choix des mots clés a été réalisé en s'appuyant sur les termes de la problématique mais aussi d'après les lectures faites sur le sujet au préalable, afin de construire l'état de l'art. Suivant les critères PICO, nous avons sélectionné comme outcome « le craving » et « l'estime de soi ». Le premier est intéressant mais puisque c'est un terme récent le nombre de publications abordant le craving comme critère d'évaluation est faible. Pour l'estime de soi, nous nous sommes rendu compte que la plupart des études ne mesurent pas cet item et préfèrent analyser les changements dans l'humeur ou même la qualité de vie. Il serait intéressant d'observer la même méthodologie utilisée dans ce mémoire mais en remplaçant l'estime de soi par le critère de l'humeur.

L'addiction étant un thème qui s'est développé ces dix dernières années, la littérature française est limitée sur ces problématiques. Par conséquent, nous n'avons pu obtenir que des articles en anglais. Cette langue n'a pas facilité le processus de recherche car les erreurs de traduction ont, quelques fois, impacté la compréhension des articles.

Pour vérifier la validité des études incluses dans la scoping review, nous avons employé l'échelle PEDro. Cette échelle permet de classer les articles par leur validité scientifique en fonction de 11 critères (voir Annexe V). Nous pouvons observer que les scores obtenus sont moyens à part pour l'étude de Zhuang et al. (Zhuang et al., 2013) qui possède une note de 8. Deux études sur quatre ont perdu des points à cause des choix méthodologiques de l'étude et pour ne pas spécifier clairement les critères à l'écrit (Gardstrom et al., 2013; Panagiotounis et al., 2022).

En ce qui concerne les articles, nous pensons que le temps des programmes d'intervention au sein des études est trop court. En effet, la durée de l'étude est de 5 jours pour Ellingsen et al., de 20 sessions pour Gardstrom et al., de 4 semaines pour Panagiotounis et al. et de 6 mois pour Zhuang et al. (Ellingsen et al., 2020; Gardstrom et al., 2013; Panagiotounis et al., 2022; Zhuang et al., 2013). Pour évaluer les effets des activités à court terme, cette méthode est intéressante mais ce qui est primordial à savoir dans la pratique est leurs effets sur le long terme et de voir que leurs réalisations ont une efficacité.

4. Perspectives

Nous pensons que les activités et leur rôle dans la prise en soins des personnes ayant un trouble de l'usage ne sont pas encore assez développées alors qu'elles prouvent leur effet positif sur le craving, l'estime de soi et l'humeur.

Il semblerait intéressant d'effectuer des études à plus grande échelle et prolongées dans le temps comparant différents types d'activité par rapport à un seul critère comme seulement le craving, l'estime de soi, la motivation ou bien la qualité... Cette méthode nous indiquerait quelle activité serait à privilégier suivant le produit, le mode de consommation, l'environnement de soins... Dans ce domaine, toutes les caractéristiques de l'étude peuvent être modulables.

Il serait important aussi de créer une étude sur les pratiques actuelles dans les services et recenser par questionnaire ce qui est fait et comment afin d'observer l'impact des prises en soins auprès de cette population. Comparer les données et y intégrer la plus-value du rôle de l'ergothérapeute dans ces structures au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

D'après Wasmuth (Wasmuth et al., 2016), beaucoup d'études examinent les effets des interventions basées sur l'activité en intégrant tous les produits et types de consommation. C'est-à-dire que la plupart des articles se concentrent sur l'ensemble des substances et non sur un produit spécifique et le trouble qui lui est lié. Alors que nous avons vu précédemment, que chaque produit a ses spécificités et donc nous nous demandons pourquoi généraliser la prise en soins et non pas l'affaire spécifique en fonction du produit consommé.

Conclusion

Le processus de recherche de cette scoping review nous a amenés à évaluer l'influence des activités significatives sur le craving et l'estime de soi dans le cadre d'une prise en soins auprès de personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances.

Nous avons observé une diminution de la sensation de craving et une amélioration de l'estime de soi grâce à l'intégration d'activité principalement physique dans les prises en soins. Cependant, les résultats montrent seulement des progrès à court terme. L'efficacité des activités, surtout pour le craving, s'observe sur des périodes courtes allant parfois jusqu'à quelques heures. Le fait que l'activité puisse réduire le craving après la réalisation de celle-ci, suggère que, pour que les effets soient pérennisables dans le temps, l'activité doit être adoptée et incorporée dans la vie quotidienne des individus. Elles doivent devenir une activité significative.

Par conséquent, les activités semblent correspondre aux besoins des équipes de soins en addictologie pour accompagner différemment les personnes présentant le trouble d'usage de produits. Dans cette scoping review, l'activité physique a été mise en avant mais poursuivre des recherches dans ce domaine et découvrir l'efficacité d'autres occupations semble intéressant et nécessaire.

L'addiction est un parcours long et mouvant, rempli de passages de plaisir puis de descente malheureuse, formant un cercle vicieux, au début, puis, en cercle vertueux grâce à l'aide d'un accompagnement adapté. Le trouble lié à l'usage de substances est une pathologie chronique multifactorielle qui s'étend sur le long terme. Les structures de soins doivent toujours tenter de faire évoluer ces pratiques afin de les améliorer.

Dans le contexte actuel, un point doit être encore amélioré : le repérage précoce du TUS dès les premiers signes de développement d'une conduite addictive. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) sont un moyen facile et rapide pour les professionnels de première ligne d'identifier la présence d'une pratique addictive, de détecter les usages à risque et de prévenir en avance le développement d'une dépendance. C'est un outil qui touche tout le monde de manière à déstigmatiser certaines consommations. Il permet d'améliorer considérablement la qualité de vie des usagers en évitant l'apparition de dommages.

Ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances sur un sujet qui m'intéresse depuis longtemps. Je retire de cette expérience de nombreux apprentissages que ce soit dans la manière de travailler ou pour mes connaissances personnelles. J'ai vraiment pu aller plus loin que les préjugés qui cernent cette discipline et j'ai découvert un domaine vaste où les mécanismes sont ancrés dans le quotidien et qu'il faut aller chercher pour pouvoir agir.

Références bibliographiques

- ANFE. (2013). La profession. *ANFE*. <https://anfe.fr/la-profession/>
- Association Addictions France. (2019). *Classifications des conduites addictives*. <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
- Beck, F. (2016). 21. Données épidémiologiques et sociologiques sur les addictions en France. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 193-205). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-p-193.htm>
- Beck, F., Obradovic, I., Brisacier, A.-C., Cadet-Taïrou, A., Díaz-Gómez, C., Lermenier-Jeannet, A., Protais, C., Richard, J., & Spilka, S. (2017). *Usages de drogues et conséquences : Quelles spécificités féminines*. <https://www.ofdt.fr/index.php?cID=918>
- Blecha, L., & Benyamina, A. (2009). Cannabis et troubles psychotiques. *L'information psychiatrique*, 85(7), 641-645. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0520>
- C. Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., K. O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., D.J. Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., A. Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., G. Wilson, M., Garritty, C., ... E. Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Chakroun, N., Doron, J., & Swendsen, J. (2004). Consommation de substances psychoactives, problèmes affectifs et traits de personnalité : Test de deux modèles d'association. *L'Encéphale*, 30(6), 564-569. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95471-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95471-1)
- Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 10. Le concept d'addiction. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 107-117). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0107>
- Dematteis, M., & Pennel, L. (2016). 4. Théories neurobiologiques de l'addiction. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 56-71). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-p-56.htm>
- Échelle PEDro—PEDro*. (2016, décembre 6). <https://pedro.org.au/french/resources/pedro-scale/>
- Ellingsen, M. M., Clausen, T., Johannesen, S. L., Martinsen, E. W., & Hallgren, M. (2021). Effects of acute exercise on drug craving in adults with poly-substance use disorder. A randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, 21, 100423. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2021.100423>
- Ellingsen, M. M., Johannesen, S. L., Martinsen, E. W., Dahl, S. R., & Hallgren, M. (2020). Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood, and affect in adults with polysubstance use disorder : Protocol for a multicenter randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 9(10). Scopus. <https://doi.org/10.2196/18553>
- Gardstrom, S. C., Bartkowski, J., Willenbrink, J., & Diestelkamp, W. S. (2013). The impact of group music therapy on negative affect of people with co-occurring substance use disorders and mental illnesses. *Music Therapy Perspectives*, 31, 116-126. <https://doi.org/10.1093/mtp/31.2.116>
- Hall, W., Degenhardt, L., & Teesson, M. (2004). Cannabis use and psychotic disorders : An update. *Drug and Alcohol Review*, 23(4). <https://doi.org/10.1080/09595230412331324554>

- HAS. (2022, mars 10). *Bon usage des médicaments opioïdes : Antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses
- Hiroi, N., & Agatsuma, S. (2005). Genetic susceptibility to substance dependence. *Molecular Psychiatry*, 10(4), 336-344. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001622>
- HIRSCH-VANHOENACKER, A.-F., AMIOT FERNAND, O., & Commission des pratiques professionnelles de l'ANPAA. (2017). *Addictionnaire. Réflexion sémantique en addictologie*. ANPAA. https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf
- Imbert, P. (2023, mars). Bottom Up et Top Down, deux approches en ergothérapie. *ORA - Consultation en ligne*. <https://www.ora-visio.fr/approche-bottom-up-et-top-down-en-ergotherapie/>
- INSERM. (2020, septembre 11). *Addictions · Inserm, La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence : A psychosocial framework for understanding and action. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 12(8), 597-605. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(91\)90007-k](https://doi.org/10.1016/1054-139x(91)90007-k)
- Karila, L., & Reynaud, M. (2016). 7. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 84-86). Lavoisier. <https://www.caim.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-84.htm>
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. F.A. Davis Company.
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 85(7), 611-620. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0517>
- Ergothérapeute., Pub. L. No. Article L4331-1, Code la santé publique (2021). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424044
- Lovibond, S. H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. *Sydney Psychology Foundation*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1370294643851494273>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel—Aider la personne à engager le changement*. InterEditions.
- Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- OFDT. (2019, octobre). *Évolution du nombre de décès par surdose*. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose/>
- OFDT. (2022). *Drogues et addictions, chiffres clés—Édition 2022*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/drogues-et-addictions-chiffres-cles/drogues-et-addictions-chiffres-cles-9eme-edition-2022/>
- Panagiotounis, F., Hassandra, M., Krommidas, C., & Theodorakis, Y. (2022). Effects of an exercise theory-based intervention program on craving during the early stage of adults' SUD treatment. *Mental Health and Physical Activity*, 23, 100463. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2022.100463>

- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking : Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Qu'est ce que l'ergothérapie. (2021). ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of Occupational Therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Reynaud, M. (2016). 1. Comprendre les addictions : L'état de l'art. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 1-28). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-p-1.htm>
- Reynaud, M., & Morel. (2011). *Livre Blanc de l'addictologie Française—FFA*. <https://www.rvh-synergie.org/prevention-des-conduites-a-risques-des-jeunes/conduites-addictives/592-livre-blanc-de-laddictologie-francaise-ffa.html>
- Reynaud, M., Parquet, P.-J., & Lagrue, G. (2000). Chapitre 2. Pourquoi parler de pratiques addictives ? In *Pratiques addictives* (p. 31-39). Odile Jacob. <https://www.cairn.info/pratiques-addictives--9782738107817-p-31.htm>
- Ribeiro, J., Mira, E., Lourenço, I., Santos, M., & Braúna, M. (2019). The intervention of Occupational Therapy in drug addiction : A case study in the Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro - Portugal. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(5), 1585-1596. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04452019>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., & Vénisse, J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>
- 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. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 83(4), 249-259. <https://doi.org/10.1177/0008417415625425>
- Sussner, B., Smelson, D., Rodrigues, S., Kline, A., Losonczy, M., & Ziedonis, D. (2006). The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. *Drug and alcohol dependence*, 83, 233-237. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.022>
- Trombly, C. A. (1995). Occupation : Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. 1995 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 49(10), 960-972. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.10.960>
- 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. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.13096/rfre.v3n1.49>
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G.-J., & Goldstein, R. Z. (2002). Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction : Insight from imaging studies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 78(3), 610-624. <https://doi.org/10.1006/nlme.2002.4099>

- 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>
- Zhuang, S., An, S., & Zhao, Y. (2013). Yoga effects on mood and quality of life in Chinese women undergoing heroin detoxification : A randomized controlled trial. *Nursing Research*, 62(4), 260-268. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318292379b>

Annexes

Annexe I. Critères diagnostiques du DSM 5.....	41
Annexe II. Critères diagnostiques de la CIM 10	42
Annexe III. Schéma du processus de changement proposé par Prochaska et Diclemente	43
Annexe IV. Schéma descriptif du modèle de l'occupation humaine (MOH)	44
Annexe V. Échelle PEDro	45

Annexe I. Critères diagnostiques du DSM 5

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

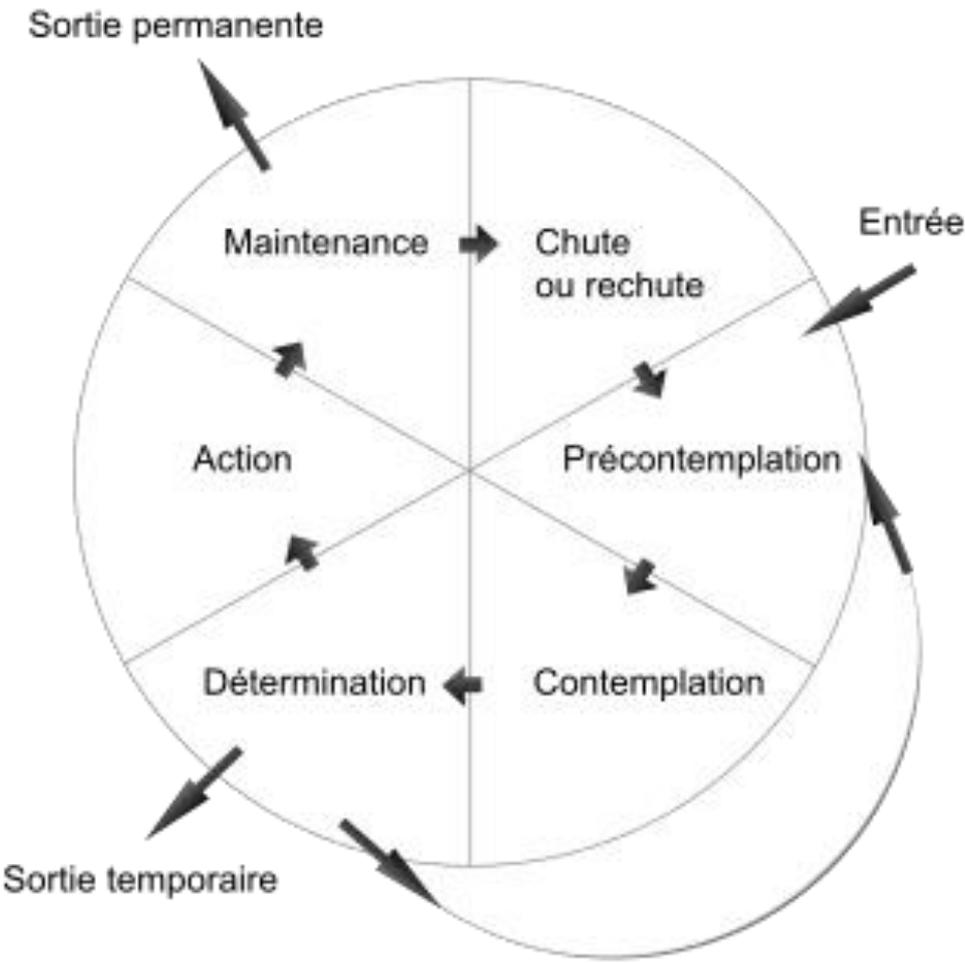
1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
 4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
 5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
 8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Les 6 critères de la dépendance de la Classification Statistique internationale des maladies de l'OMS (CIM 10)

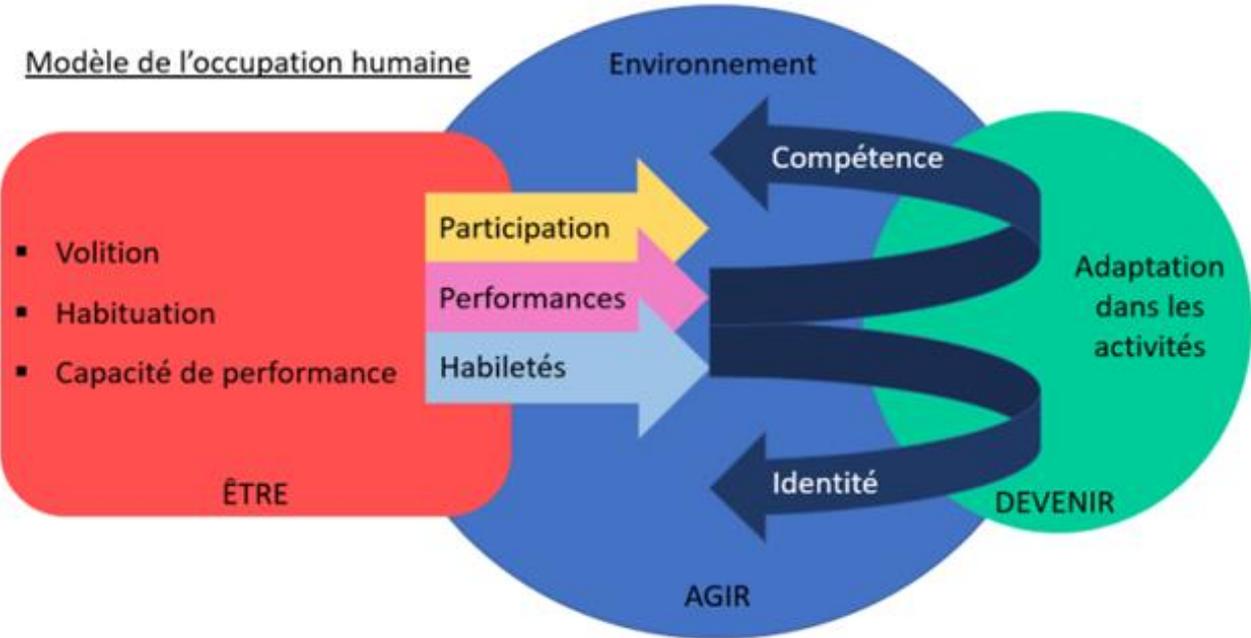
Pour faire ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :

- le désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- des difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
- un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- la mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
- l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
- la poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives

Annexe III. Schéma du processus de changement proposé par Prochaska et Diclemente



Annexe IV. Schéma descriptif du modèle de l'occupation humaine (MOH)



Annexe V. Échelle PEDro

Échelle PEDro – Français

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	où:

L'échelle PEDro est basée sur la liste Delphi développée par Verhagen et ses collègues au département d'épidémiologie de l'Université de Maastricht (*Verhagen AP et al (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51(12):1235-41*). Cette liste est basée sur un "consensus d'experts" et non, pour la majeure partie, sur des données empiriques. Deux items supplémentaires à la liste Delphi (critères 8 et 10 de l'échelle PEDro) ont été inclus dans l'échelle PEDro. Si plus de données empiriques apparaissent, il deviendra éventuellement possible de pondérer certains critères de manière à ce que le score de PEDro reflète l'importance de chacun des items.

L'objectif de l'échelle PEDro est d'aider l'utilisateur de la base de données PEDro à rapidement identifier quels sont les essais cliniques réellement ou potentiellement randomisés indexés dans PEDro (c'est-à-dire les essais contrôlés randomisés et les essais cliniques contrôlés, sans précision) qui sont susceptibles d'avoir une bonne validité interne (critères 2 à 9), et peuvent avoir suffisamment d'informations statistiques pour rendre leurs résultats interprétables (critères 10 à 11). Un critère supplémentaire (critère 1) qui est relatif à la validité "externe" (c'est "la généralisabilité" de l'essai ou son "applicabilité") a été retenu dans l'échelle PEDro pour prendre en compte toute la liste Delphi, mais ce critère n'est pas comptabilisé pour calculer le score PEDro cité sur le site Internet de PEDro.

L'échelle PEDro ne doit pas être utilisée pour mesurer la "validité" des conclusions d'une étude. En particulier, nous mettons en garde les utilisateurs de l'échelle PEDro sur le fait que les études qui montrent des effets significatifs du traitement et qui ont un score élevé sur l'échelle PEDro, ne signifie pas nécessairement que le traitement est cliniquement utile. Il faut considérer aussi si la taille de l'effet du traitement est suffisamment grande pour que cela vaille la peine cliniquement d'appliquer le traitement. De même, il faut évaluer si le rapport entre les effets positifs du traitement et ses effets négatifs est favorable. Enfin, la dimension coût/efficacité du traitement est à prendre compte pour effectuer un choix. L'échelle ne devrait pas être utilisée pour comparer la "qualité" des essais réalisés dans différents domaines de la physiothérapie, essentiellement parce qu'il n'est pas possible de satisfaire à tous les items de cette échelle dans certains domaines de la pratique kinésithérapique.

Dernière modification le 21 juin 1999. Traduction française le 1 juillet 2010

UE 5.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

Introduction : Le trouble lié à l'usage de substances (TUS) entraîne une dépendance physique et psychique, symbolisé par le craving. Ce dernier cause des modifications du comportement et pousse la personne à consommer, induisant, au fil du temps, une perte de son équilibre occupationnel. Elle n'arrive plus à s'engager dans ces activités significatives quotidiennes provoquant une baisse de l'estime de soi.

Problématique : Comment l'intégration d'activités significatives dans la prise en soins des patients ayant un TUS peut exercer une influence sur le craving et l'estime de soi ?

Méthode : Pour répondre à la problématique, nous avons choisi de réaliser une scoping review. Quatre bases de données ont été consultées (Pub med, PsycINFO, CINHALL, Scopus) afin d'obtenir 138 articles que nous avons trié grâce aux critères d'éligibilité. Ainsi, nous avons pu sélectionner quatre articles à inclure dans notre scoping review.

Résultats : Pour le craving, deux études montrent une réduction significative de cette sensation de manque. Une étude évalue l'estime de soi et celle-ci indique une amélioration de ce critère à la suite de l'intervention. L'humeur est aussi améliorée grâce à la pratique d'une activité. Ce critère est important à exposer, car il est lien direct avec le craving et l'estime de soi.

Conclusion : Les activités mettent en lien l'homme et son environnement et nous voyons, par cette étude, qu'elles ont un bénéfice pour les patients ayant un TUS. La réduction du craving par l'activité permet à la personne de reprendre le contrôle sur sa vie et décuple l'estime de soi afin de maintenir le sevrage et d'éviter les rechutes.

Mots-clés : trouble lié à l'usage de substances, abus de drogues, intervention basée sur l'occupation, craving, l'estime de soi

The role of meaningful activities in the care of patients with substance use disorders

Introduction : Substance use disorder (SUD) lead to physical and psychological dependence, which is symbolized by craving. Craving causes behavioral changes and pushes the person to consume, leading over time, to lost balance between the different occupations. The person can no longer engage in meaningful daily activities, causing a drop in self-esteem.

Problematic : How can the integration of meaningful activities in the care of patients with a TUS influence craving and self-esteem?

Method : In order to answer this question, we chose to conduct a scoping review. Four databases have been consulted (Pub med, PsycINFO, CINHALL, Scopus) to obtain 138 articles that we sorted using the eligibility criteria. Thus, we were able to select four articles to include in our scoping review.

Results : For craving, two studies show a significant reduction of this sensation of withdrawal. One study evaluated self-esteem and shown an improvement in this criterion following the intervention. Mood is also improved by the practice of an activity. This criterion is important to consider because it's directly related to craving and self-esteem.

Conclusion : Activities link people to their environment and we can see from this study that they have a benefit for patients with a TUS. The reduction of craving through activity allows the person to regain control over his or her life and increases self-esteem in order to maintain withdrawal and avoid relapses.

Keywords : Substance use disorders, drug abuse, occupation-based intervention, craving, self-esteem

