

Mémoire d'initiation à la recherche

**Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute utilisant le
Modèle Kawa pour accompagner les patients souffrant de
trouble des addictions**

Gourbault Paul

N° étudiant : E23/08

Promotion 2023-2026

Sous la direction de Bimont Mathilde

Année universitaire: 2025-2026

“le corps est en action et son action est langage”

(Hernandez, 2016)

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition

HAS : Haute Autorité de Santé

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

NIDA : National Institute on Drug Abuse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEO : Personne, Environnement Occupation

PPH : Processus de Production du Handicap

SUD : Substance Use Disorder

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

Remerciements

Je tiens à remercier Mathilde Bimont, ma maître de mémoire, qui m'a accompagnée durant cette année, en m'apportant ses conseils et sa vision qui a fait évoluer ce travail de recherche.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique, qui a su faire grandir ma réflexion et nourrir ma curiosité pour le métier de l'ergothérapie.

Mes remerciements vont aussi à Vincent Haslouin et Jonathan Elcabache, dont les interventions au sein de la formation ont profondément marqué la construction de mon identité professionnelle. Sans eux, ce travail n'aurait sans doute pas pris la forme qu'il a aujourd'hui.

Merci également à Mathilde, avec qui j'ai pu arpenter ces trois années, non sans difficultés. Ta présence et notre complicité ont été un réel soutien pour moi.

Enfin je remercie Léa qui a toujours été présente à mes côtés, pour me soutenir, me relire et m'accompagner dans la vie. Tu m'ouvres la voie vers l'avenir, merci.



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

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

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

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

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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

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

Fait à ROUEN Le 20/05/26 signature

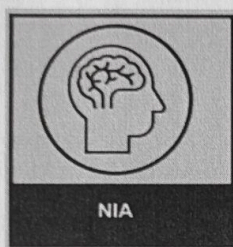
ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

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

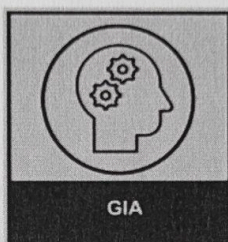
ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

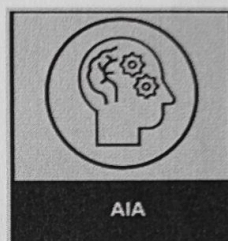
Travail individuel

Je soussigné(e) Gombault Paul atteste :


Ne pas avoir eu recours

à l'IA ☐


Avoir généré ce travail

par l'IA ☐


Avoir utilisé partiellement

l'IA ☒

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

Nom du/des site(s) utilisé(s)	
☒ Correction orthographique	<u>ChatGPT</u>
☒ Formulations - reformulations	<u>ChatGPT</u>
☐ Création de titres	
☐ Structuration de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☐ Recherche de bibliographie	
☐ Autres : précisez	

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

Le 20/05/26

A Roan

Signature

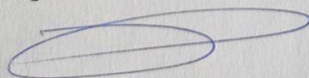


Table des matières

I. Contextualisation.....	1
II. Cadre théorique.....	2
A. Trouble des addictions : définitions et enjeux.....	2
1. Définitions.....	2
2. Données épidémiologiques et enjeux de santé publique.....	3
3. Modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente.....	3
a) Précontemplation.....	4
b) Contemplation.....	4
c) Préparation/détermination.....	4
d) Action.....	5
e) Maintien.....	5
f) Rechute.....	5
4. Causes de l'addiction.....	5
B. Ergothérapie.....	6
1. Généralité.....	6
a) Changement de paradigme.....	6
2. Sciences de l'occupation.....	8
3. Processus d'intervention.....	9
4. Modèle conceptuel.....	10
C. Raisonnement clinique.....	10
1. Raisonnement clinique scientifique.....	12
a) Raisonnement diagnostique.....	12
b) Raisonnement procédural.....	13
2. Raisonnement clinique antipositiviste.....	14
a) Raisonnement interactif.....	14
b) Raisonnement conditionnel.....	14
c) Raisonnement éthique.....	15
d) Raisonnement pragmatique.....	15
e) Raisonnement narratif.....	16
D. Modèle Kawa.....	17
1. Un modèle général en ergothérapie.....	17
2. Outil d'évaluation et de réévaluation.....	18
3. Enjeux du modèle Kawa en service d'addiction.....	19
4. Inconvénient du modèle.....	20
III. Problématisation de recherche et des hypothèses.....	20
IV. Méthodologie de recherche.....	23
A. Choix de la méthode.....	23
B. Choix de l'approche.....	24
C. Construction de la population de recherche.....	25
D. Techniques et outils de recueil de données.....	26

V. Objectivité et éthique dans la recherche.....	27
A. Objectivité.....	27
B. Ethique.....	27
VI. Présentation et analyse des résultats.....	28
A. Processus d'analyse Qualitative.....	28
B. Analyse Verticale.....	29
C. Analyse horizontale.....	37
1. Une articulation entre raisonnements scientifiques et anti positivistes.....	37
2. Le Modèle Kawa : un intérêt partagé mais des usages contrastés.....	38
3. Le modèle transthéorique du changement : un repère inégalement mobilisé.....	40
D. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche.....	41
1. Première hypothèse de recherche.....	42
2. Deuxième hypothèse de recherche.....	43
VII. Discussion.....	43
A. Nouveaux apports théoriques.....	43
1. Fusion des deux schémas du modèle Kawa.....	43
2. Raisonnement hybride : une oscillation permanente entre idéaux thérapeuthiques et contraintes institutionnelles.....	44
3. Temporalité d'utilisation du modèle Kawa.....	46
4. « Dark side of occupation » : une clé de lecture essentielle en addictologie.....	46
B. Biais et limites de la recherche.....	47
1. Les biais.....	47
2. Les limites.....	48
C. Perspectives.....	49
VIII. Conclusion.....	50
IX. Bibliographie.....	53
Table des annexes.....	

I. Contextualisation

L'enseignement des modèles conceptuels en première année d'ergothérapie inclut des modèles généraux interprofessionnels et des modèles généraux ergothérapiques, notamment le modèle Kawa. Celui-ci prend en compte la vie d'une personne comme un flux allant de la naissance jusqu'au décès. La représentation conceptuelle de ce flux étant une rivière, allant de sa naissance en haut de la montagne jusqu'à sa mort en rejoignant la mer. Même si « Ce modèle a émergé de la pratique de l'ergothérapie au Japon [...] les études ont montré qu'il respecte la culture des personnes concernées et qu'il peut être aussi utilisé dans notre contexte occidental » (Morel-Bracq, 2017).

En deuxième année, ce modèle a été mobilisé lors d'un stage pratique auprès d'un patient atteint de la maladie de Parkinson. Le modèle conceptuel Kawa constitue un outil d'évaluation subjectif « afin d'orienter le diagnostic ergothérapique, d'identifier quelles activités, rôles et processus se déroulant dans un contexte de vie du client, sont importants pour lui et ainsi comprendre les difficultés qu'il rencontre en lien avec ses environnements » (Teoh & Iwama, 2015a). Cet outil permet au patient de représenter sa rivière sous sa forme générale (de la montagne jusqu'à la mer) et sous la forme d'un plan de coupe, lui permettant de représenter son flux de vie à l'instant présent. Le patient a réussi à aborder, à travers les deux schémas, beaucoup de sujets importants pour lui, qui jusqu'alors n'avait jamais été exprimés, permettant un ajustement plus précis de l'accompagnement.

Au cours de la même année, un ergothérapeute utilisant le modèle Kawa auprès de patients présentant des troubles des conduites alimentaires (TCA) a souligné la proximité de leur manifestation avec celle des troubles des addictions. Selon Piazza (2015) « d'un point de vue scientifique et médical, les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères » (Piazza, 2015). De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2019) ajoute le fait que l'addiction est une maladie chronique.

Ainsi, ma question de départ est la suivante :

Comment le modèle Kawa peut-il s'intégrer dans la pratique professionnelle de l'ergothérapeute prenant en soin des patients souffrant de trouble des addictions ?

II. Cadre théorique

A. Trouble des addictions : définitions et enjeux

1. Définitions

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition (DSM-V) marque en 2013 une évolution majeure dans la conceptualisation des troubles addictifs. Il remplace les anciennes catégories « d'abus » et de « dépendance » par une entité unique : le « trouble lié à l'usage d'une substance » (Substance Use Disorder, SUD), qui s'applique à une large gamme de substances (alcool, tabac, opioïde, stimulants, cannabis...) (Association Addictions France, 2019). Dans le DSM-V, le diagnostic d'un trouble des addictions repose sur un ensemble de critères cliniques qui permettent d'identifier les signes tels que l'usage compulsif, l'incapacité à réduire ou arrêter la consommation, la poursuite du comportement malgré ses conséquences négatives et l'apparition d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement quotidien. Le DSM-V introduit également la reconnaissance des addictions comportementales, en intégrant le « jeu d'argent pathologique » (Gambling disorder) dans le chapitre des troubles addictifs et en proposant le « trouble du jeu vidéo sur internet » (Internet Gaming Disorder) comme entité à étudier davantage (Cadet-Taïrou, 2023).

L'OMS définit l'addiction comme une maladie chronique en 2019 et elle insiste sur le fait que l'addiction n'est pas une question de faiblesse morale, mais une maladie complexe résultant de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (Organisation Mondiale de la santé, 2019).

Enfin, l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) souligne la distinction entre dépendance et addiction. La dépendance est définie comme phénomène psychologique lié à une intoxication caractérisée par un syndrome de sevrage lors d'un arrêt brutal d'une substance, c'est un phénomène transitoire et réversible car le corps et en particulier le cerveau va se réadapter à l'absence des substances. L'addiction est un phénomène psychopathologique durable caractérisé par le « craving », c'est-à-dire une pulsion et une envie impérieuse de reproduire, contre sa volonté, l'expérience à la base de la conduite addictive, qui peut se déclencher quand le cerveau reçoit un signal, interne ou externe, comme une émotion, un objet ou un geste et qui sera responsable de la rechute. L'OFDT, insiste sur la dimension biopsychosociale du processus addictif, impliquant des facteurs physiologiques, psychiques et socio-environnementaux (Cadet-Taïrou, 2023; OFDT, 2025).

2. Données épidémiologiques et enjeux de santé publique

C'est d'ailleurs l'OFDT qui a pour mission d'effectuer des enquêtes épidémiologiques nationales notamment sur des sujets spécifiques tels que l'addiction. Ainsi, les chiffres de la dernière étude apportent les éléments suivant, au cours des 12 derniers mois :

- 1,1 million de français (11-75 ans) auraient consommé de la cocaïne
- 750 000 français auraient consommé de l'ecstasy/MDMA.

De manière quotidienne :

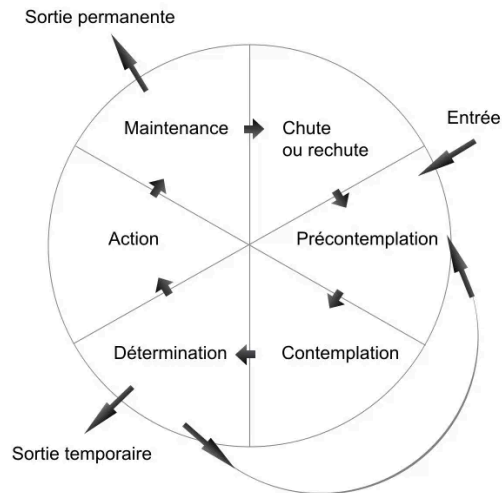
- Le cannabis reste la drogue illégale la plus consommée avec 900 000 usagers
- 11 millions d'usagers pour le tabac
- 3,3 millions d'usagers pour l'alcool

La consommation d'alcool et de tabac serait responsable de 115 000 morts par an, avec en 2023, 246 000 hospitalisations en lien avec l'alcool (OFDT, 2025).

Outre le coût social du tabac estimé à 156 milliards d'euros et celui de l'alcool à 102 milliards d'euros, il s'agit avant tout d'un enjeu de santé publique car à « court terme, les risques sont surtout des intoxications aiguës, accidents, violences et rapports sexuels non protégés ou non désirés. Mais à plus long terme, la consommation régulière peut conduire à l'installation d'une dépendance. Elle peut être associée à des difficultés sociales et économiques et favoriser le développement de troubles psychiatriques » (Santé publique France, 2022).

3. Modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente

Selon Benyamina (2016), même si certains individus arrivent à modifier leur comportement sans aucune forme d'aide extérieure, les travaux de Prochaska et DiClemente ont montré qu'ils passent tous à travers une série naturelle de stades de changement. Ces stades construisent le changement comme un processus progressif en cinq étapes : la précontemplation, la contemplation, la préparation/détermination, l'action et le maintien. Il est considéré un sixième stade, celui de la rechute, qui est une forme de régression impliquant un retour à un stade précédent. Ces étapes sont la base de la construction du modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (Benyamina, 2016). De plus, selon Intervenir Addictions (2019) , le rôle du thérapeute est d'induire un passage au stade suivant en adaptant son discours en fonction du stade du patient.



Cercle de Prochaska et DiClemente - <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

a) *Précontemplation*

Le consommateur est « heureux », il ne pense pas avoir de problème avec sa consommation, il n'a pas d'intention de modifier son comportement dans les 6 mois à venir car il ressent essentiellement des bénéfices à son comportement (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019). L'attitude à ce stade pour le thérapeute serait de s'intéresser aux stratégies de réduction des risques, liées à la consommation, mises en place par le consommateur (Intervenir Addictions, 2019).

b) *Contemplation*

A ce stade le consommateur est « indécis », une ambivalence commence à se manifester entraînant une intention de changement dans les 6 mois. Il vit un réel dilemme, que le modèle a intitulé « la balance décisionnelle ». Le patient compare les « pour » et les « contre » d'un changement de comportement sans être, à ce stade, prêt à commencer un programme de soins (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019). Le thérapeute pourra réaliser des entretiens motivationnels en s'appuyant sur les divergences et les valeurs du patient afin de reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons du changement (Intervenir Addictions, 2019).

c) *Préparation/détermination*

C'est à ce stade que le patient a l'intention de passer à l'action dans un futur proche, il a pris la décision de changement de comportement et il s'est fixé des objectifs (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019). C'est à ce stade que le thérapeute, après avoir valorisé la

décision de changement du patient, va aider à trouver la bonne stratégie, à établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires au patient (Intervenir Addictions, 2019).

d) Action

Le patient met en pratique la stratégie de la préparation, les modifications du style de vie sont notables et il se voit réaliser de nouveaux comportements. C'est un stade où les difficultés et le risque de rechute sont importants (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019). Le thérapeute peut soutenir et encourager le patient dans sa démarche afin de l'accompagner vers le stade suivant (Intervenir Addictions, 2019).

e) Maintien

Les changements de comportement sont, à ce stade, inscrits dans les habitudes et intégrés à la vie du patient. C'est une phase de consolidation, le risque de rechute reste présent et les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019). Le thérapeute, après la valorisation des efforts, accompagnera le patient dans l'établissement d'une liste des situations à risques et il préparera avec le patient un système d'alarme en cas de rechute (Intervenir Addictions, 2019).

f) Rechute

La rechute est fréquente et permet de progresser, elle fait partie intégrante du processus, ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps nécessaire dans la réussite d'un changement de comportement. La manière dont celle-ci a été amenée et négociée avec le patient tout au long de sa prise en soin est capitale, car si elle est mal préparée cela peut entraîner un abandon de la tentative de changement (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019).

4. Causes de l'addiction

L'analyse des stades du changement proposée par le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente s'inscrit dans la compréhension des facteurs qui conduisent à l'installation des conduites addictives (Benyamina, 2016).

En 2014, selon le National Institute on Drug Abuse (NIDA), il existe une multitude de raisons en lien avec la consommation de substance addictive, que ce soit pour ressentir du

plaisir, d'être stimulé ou d'avoir un effet relaxant, mais aussi en conséquence de situations de stress, d'anxiété, de dépression ou de douleur dont les substances permettent de se sentir mieux (National Institute on Drug Abuse, 2014).

De plus, Cadet-Taïrou ajoute que « l'addiction découle de l'interaction entre de nombreux facteurs, en particulier des vulnérabilités personnelles, qu'elles soient génétiques ou psychologiques, et un contexte favorisant, comme des maltraitances subies dans l'enfance ou encore un entourage qui consomme » (Cadet-Taïrou, 2023) .

Il est donc nécessaire, pour mieux comprendre les addictions, de prendre en compte les interactions complexes entre le développement de l'individu et les différents facteurs comportementaux, psychologiques, environnementaux, génétiques et cérébraux (Benyamina, 2016).

B. Ergothérapie

1. Généralité

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2019), l'ergothérapeute est un professionnel qui « examine non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais il se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent votre capacité d'agir » (ANFE, 2019). « Les ergothérapeutes s'intéressent aux conséquences de ces pathologies et problématiques sur les expériences et les besoins de la vie quotidienne, notamment à la manière dont elles influencent les interactions avec les autres personnes et avec l'environnement physique » (Teoh & Iwama, 2015b).

Pour autant, l'ergothérapie s'implante historiquement dans un cadre biomédical, en réponse aux besoins de prise en soin des blessés d'après la seconde guerre mondiale (Haslouin, 2025). Ainsi, des changements de paradigme ont eu lieu pour l'ergothérapie et ces changements surviennent lorsque le cadre dominant ne parvient plus à expliquer certains aspects de la réalité qui deviennent des anomalies (Kuhn, 1962 cité par Haslouin, 2025).

a) Changement de paradigme

Kuhn (1962) définit le paradigme comme un modèle dominant dans une discipline scientifique à un moment donné. Il s'agit d'un ensemble cohérent de théories, de méthodes, de

croyances et de valeurs partagées par une communauté scientifique (Kuhn, 1962 cité par Haslouin, 2025)

Selon Kielhofner (2009), l'ergothérapie s'est développée à travers 3 changements de paradigmes successifs. « Ces paradigmes se sont succédé sans jamais totalement disparaître » (Haslouin, 2025).

Le premier paradigme est celui de l'occupation. Il met en avant que l'occupation est un besoin humain fondamental, cela consiste pour l'ergothérapeute d'offrir aux patients des occupations qui leur permettent de se distraire de leurs maux et de s'investir dans des occupations qui les intéressent (Haslouin, 2025; Meyer, 2013)

Le second paradigme, dit mécaniste, avec un principe de cause à effet. L'activité proposé par l'ergothérapeute va rééduquer les fonctions atteintes (corporelles, mentales ou psychiques), ce qui une fois rééduqué produira la reprise d'occupation. L'activité est ainsi utilisée comme moyen à des fins de rééducation (Haslouin, 2025; Meyer, 2013).

Enfin le troisième paradigme, dit contemporain et occupationnel, réaffirme l'occupation comme le cœur de la pratique ergothérapique. Il recherche la capacité des patients à s'engager durablement dans des occupations, en adéquation avec leur projet de vie. Kielhofner (2009) met en avant que ce dernier paradigme actuel est systémique, inscrit dans un modèle bio-psycho-social. « Ce passage au modèle bio-psycho-social, où les notions d'alliance, de coopération, de co-création, de partenariat se développent de plus en plus, permet de sortir de la vision patho centrée » (Clavreul & Launois, 2018).

Ainsi, si le modèle biomédical s'intéresse à la notion dépendance liée à la consommation de substance, l'ergothérapeute à travers son paradigme occupationnel et biopsychosocial est un acteur fondamental dans l'accompagnement des patients souffrant de trouble des addictions.

Ce changement de paradigme, sans rompre avec les fondements de la science biomédicale, doit se fonder désormais sur une nouvelle science, celle des sciences de l'occupation (Meyer, 2018)

2. Sciences de l'occupation

Ainsi l'ergothérapeute fonde désormais sa pratique sur les sciences de l'occupation. L'objet scientifique est la notion d'occupation, qui pourrait être définie ainsi : « Ce à quoi on est occupé ; activité à laquelle on se consacre » (Dictionnaire de l'Académie Française, s. d.). Selon Townsend et Polatajko (2008), l'occupation à une définition différente, elle donne un sens à la vie et elle est un déterminant de la santé et du bien-être. Pierce et Morel-Bracq (2016) approfondissent cette perspective en soulignant que l'occupation n'est pas seulement une activité ou une tâche, c'est une expérience vécue, façonnée par le contexte, les significations personnelles et les dynamiques sociales. Elle émerge de l'interaction entre la personne, l'environnement et les valeurs culturelles (Pierce & Morel-Bracq, 2016).

Les sciences de l'occupation constituent un champ vaste et pluriel, intégrant de nombreux concepts tels que la justice occupationnelle, l'apartheid occupationnelle, l'équilibre occupationnel... (Pierce & Morel-Bracq, 2016; Townsend et al., 2008). Ces approches permettent de comprendre la complexité des occupations humaines, leurs déterminants sociaux et leurs impacts sur la santé (Pierce & Morel-Bracq, 2016)

Dans le cadre de cette recherche, l'attention se porte sur la notion de « Dark side of occupation », introduite par Twinley (2013). Ce concept désigne les occupations qui, tout en étant signifiantes et potentiellement essentielles à l'équilibre psychique ou identitaire d'une personne, produisent des effets délétères sur sa santé, sa sécurité, ses relations ou sa participation sociale (Twinley, 2013).

Twinley (2013), met en lumière qu'une occupation n'est pas « bonne » ou « mauvaise » en soi, elle a une fonction, un but, un rôle comme la régulation des émotions, donne un sentiment de contrôle, maintient une identité, crée une routine, protège face à un traumatisme. Mais elle a aussi un coût, physique, psychique, social, légal et économique. Twinley insiste sur le fait que ces occupations sont souvent invisibilisées dans la recherche et la pratique, alors qu'elles font partie intégrante de la vie humaine. « Comprendre toute la personne [une vision réellement holistique] implique de comprendre toutes ses occupations, même celles qui dérangent » (Twinley, 2013).

3. Processus d'intervention

Selon Caire (2008), le processus d'intervention en ergothérapie est une démarche clinique centrée sur la personne et ses occupations comprenant l'évaluation initiale, la détermination des objectifs à atteindre, l'établissement du programme d'intervention et sa planification, la mise en oeuvre de l'intervention et enfin l'évaluation intermédiaire ou finale (Caire, 2008).

« L'évaluation initiale cherche à mettre en évidence la nature de la demande et les attentes de la personne, les difficultés qui se posent à elle, à en rechercher l'origine » (Caire, 2008). Cette évaluation peut être décomposée en deux étapes : le recueil de données comportant l'évaluation des ressources et des faiblesses de la personne mais également de son environnement, ses attentes et les difficultés qu'elle souhaite résoudre. La complexité des situations des patients implique indubitablement de cibler avec pertinence les données importantes dans le recueil de données. Le choix du modèle conceptuel permet d'influencer la hiérarchisation de ces données.

La deuxième étape est l'analyse de ces données et leur synthèse : elle donne toute la valeur à l'évaluation (Caire, 2008). Il est primordial de prendre en considération que « l'évaluation, ce n'est pas prendre de l'information, c'est échanger de l'information pour faire surgir du sens » (Ardoino, 1976) et que pour chaque modèle conceptuel il convient d'utiliser les outils d'évaluation qui y sont associés (Morel-Bracq, 2013). Ces outils d'évaluation peuvent prendre différentes formes tels que des entretiens semi-structurés, des auto-évaluations ou encore des évaluations quantitatives ou qualitatives afin de s'adapter aux besoins du patient (Caire, 2008; Morel-Bracq, 2017), « chacun [évaluation qualitative, quantitative, auto-évaluation] apportant des informations à des niveaux différents » (Caire, 2008)

Par exemple, l'auto-évaluation, même si elle fait moins référence à des normes qu'à l'appréciation du patient vis-à-vis de sa propre situation, permet à l'ergothérapeute de considérer toute sa subjectivité. C'est-à-dire, la manière singulière dont une personne perçoit, interprète et donne sens à son expérience, en fonction de son histoire, de ses émotions et de ses représentations (Vermersch, 2006). C'est un temps où l'utilisateur va s'interroger sur lui-même, sur sa perception et sa lecture des événements traumatisants ce qui lui permettra de se sentir plus impliqué dans la mise en place des objectifs et de l'élaboration du processus de

soin. Ce dernier sera alors en co-élaboration avec le patient, ce qui va favoriser « l'empowerment » du patient, c'est-à-dire lui redonner du pouvoir dans sa propre prise en soin (Caire, 2008).

Ainsi le choix du modèle conceptuel est un élément important à prendre en compte dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute.

4. Modèle conceptuel

Pour le définir, « un modèle conceptuel est une représentation(s) mentale(s) simplifiée(s) d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie, et la pratique ». (Morel-Bracq, 2009) Ainsi, selon Morel-Bracq (2009), il existe des modèles conceptuels généraux interprofessionnels tels que le modèle CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) ou encore le PPH (Processus de Production du Handicap). Il existe également des modèles généraux en ergothérapie tel que le PEO (Personne/Environnement/Occupation), le MOH (modèle de l'occupation humaine), le MCREO (modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel), le modèle Kawa, etc... (Laurent, 2021; Morel-Bracq, 2017).

Billaux et Laurent nous indiquent « qu'il est possible d'utiliser conjointement un modèle interprofessionnel et un modèle ergothérapeutique » car cela permet d'avoir un langage commun interprofessionnel tout en apportant une vision spécifique de l'ergothérapie (Billaux, 2016; Laurent, 2021).

Morel-Bracq (2017) met en avant que le choix d'un modèle conceptuel constitue une étape essentielle du raisonnement clinique en ergothérapie, qu'il permet ainsi de structurer l'analyse et d'assurer la cohérence des interventions.

C. Raisonnement clinique

Au cours de l'analyse de la littérature, la notion de raisonnement clinique est apparue comme un élément central pour comprendre les mécanismes en jeu dans le choix d'un modèle conceptuel ou d'une pratique. Bien qu'elle n'ait pas été explicitement présente dans le questionnaire initial, son importance théorique justifie son intégration dans le cadre théorique afin d'éclairer la construction de la question de recherche et des hypothèses.

« Le raisonnement clinique n'est pas le processus de l'ergothérapie ni un modèle [...] il constitue la pensée du thérapeute qui mène la démarche » (Meyer, 2010). Il sous-tend la démarche d'intervention, il s'agit d'un processus complexe de réflexion et de décision qui, une fois associé à l'action professionnelle, correspond au cœur de la démarche professionnelle de l'ergothérapeute. Meyer (2010) rappelle qu'il ne s'agit pas de quelque chose d'observable puisqu'il s'agit d'opérations mentales ; on ne peut en avoir conscience qu'en s'intéressant aux contenus sur lesquels elles portent. Pour bien les distinguer, « les formes du raisonnement clinique disent comment le thérapeute pense, le contenu énonce ce à quoi il pense » (Schell, 1998 cité par Meyer, 2010).

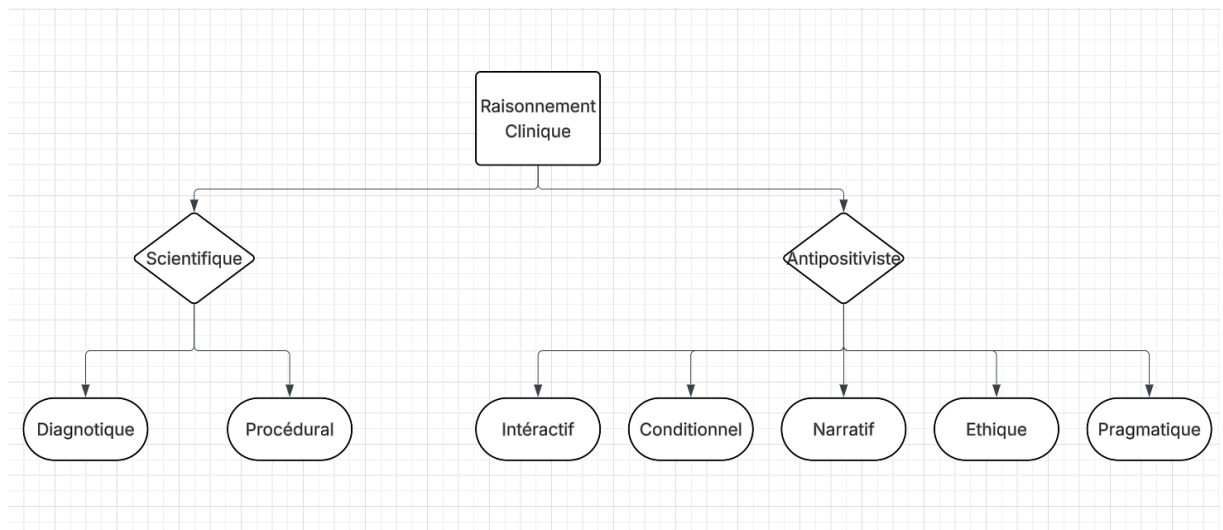
« Dans une situation clinique, la manière de raisonner des ergothérapeutes est influencée par les connaissances disciplinaires, le contexte de la thérapie, l'utilisateur et l'ergothérapeute comme personne » (Chapparo & Ranka, 2000 ; Robertson, 1996a cité par Meyer, 2010). Ainsi selon Meyer (2010) il existe une variation du raisonnement d'un ergothérapeute à l'autre.

Dans une perspective où le raisonnement clinique de l'ergothérapeute est orienté par la théorie et mobilise une analyse systématique des effets de la condition de santé sur les performances, il est qualifié de scientifique (Schell, 1998 cité par Meyer, 2010). Il s'appuie sur une démarche hypothético-déductive permettant de légitimer rationnellement les décisions cliniques (Crabtree & Lyons, 1997 ; Rogers, 1983 ; Rogers & Holm, 1991 cité par Meyer, 2010). Ce type de raisonnement trouve son origine dans le paradigme biomédical, où le diagnostic médical constitue un élément structurant de l'intervention (Meyer, 2010). Deux formes de raisonnements scientifiques en sont issues : le raisonnement diagnostique et le raisonnement procédural (Meyer, 2010).

A l'inverse, lorsque le raisonnement s'appuie davantage sur l'intuition, la compréhension de l'état d'esprit du patient et l'interprétation du vécu, il est qualifié d'antipositiviste (Meyer, 2010). C'est Mattigly et Fleming (1994) qui ont identifié trois formes majeures : le raisonnement interactif, le raisonnement conditionnel et le raisonnement narratif. De son côté Rogers (1983) identifie le raisonnement éthique et enfin Schell et Cervero (1993) mettent en évidence le raisonnement pragmatique. Ces formes de raisonnement mobilisent l'interprétation des émotions, des motivations, de l'environnement

familial, des habitudes de vie et du contexte matériel de l'utilisateur (Meyer, 2010). Meyer (2010) souligne également que les valeurs personnelles du thérapeute et les contraintes institutionnelles peuvent influencer ces choix.

Il ne s'agit toutefois pas d'une opposition entre deux catégories étanches, « les diverses formes de raisonnement ne sont pas employées aux mêmes degrés suivant les phases du processus de l'ergothérapie » (Meyer 2003 ; Nielson, 1998 cité par Meyer, 2010).



Représentation libre des différents raisonnement clinique

1. Raisonnement clinique scientifique

a) *Raisonnement diagnostique*

Concernant le raisonnement diagnostique, il est hypothético-déductif comme pour d'autres professions bio-médicales, en particulier en médecine (Higgs & Jones, 2000a, Fleming 1991 cité par Meyer, 2010).

« Selon Rogers et Holm (1991), quatre processus mentaux interviennent : l'acquisition d'informations, la génération d'hypothèses, l'interprétation des informations et l'évaluation des hypothèses » (Meyer, 2010).

Dans ce cadre, l'ergothérapeute va dans un premier temps avoir une intuition des différentes difficultés de l'utilisateur, établie à partir de données qu'il détient de l'utilisateur, notamment son diagnostic médical. Il va ensuite mener des observations spécifiques permettant de généraliser et d'ensuite revenir au particulier, c'est-à-dire le patient (Meyer, 2010).

Ce type de raisonnement, très présent dans la première phase de la démarche clinique de l'ergothérapie, précède la construction de la problématique. Les novices réfléchissent de cette manière faute de pouvoir exercer le raisonnement procédural (Meyer, 2010).

b) Raisonnement procédural

Contrairement au raisonnement diagnostique, le raisonnement procédural est un processus cognitif systématique et rationnel, qui existe tout au long de la démarche professionnelle, avec pour objectifs d'identifier des problèmes et de trouver des solutions (Fleming, 1991 cité par Meyer, 2010).

Étant systématique, il implique toujours la même méthode de raisonnement. Dans un premier temps, la sélection du modèle de pratique qui est fortement conditionnée par le diagnostic médical. A cette étape, le thérapeute pense aux effets de la pathologie sur les activités de l'individu. Dans un second temps, il recueille systématiquement des données à l'aide de procédures formelles standardisées et d'instruments de mesure en référence avec le modèle. Puis il génère des hypothèses. Ces dernières sont les problèmes du patient, ses altérations ou ses limitations de performance, ses perturbations des habiletés ou de ses fonctions corporelles ou psychosociales et les facteurs environnementaux défavorables tels qu'il sont identifiés à l'aide des méthodes sélectionnées. Ensuite il y a le choix des objectifs qui concernent la rééducation des performances et des habiletés atteintes identifiées comme des problèmes, ou leur modification dans les approches compensatoires. Enfin, il y a l'évaluation des hypothèses tout du long de la prise en soin pour vérifier si le traitement supprime les problèmes identifiés (Meyer, 2010).

Ce raisonnement est dominant dans les interventions centrées sur les déficiences corporelles ou cognitives tout en étant réducteur car il ne permet pas de prendre en compte les habitudes de vie, ni de saisir la complexité des interactions entre les facteurs environnementaux et personnels du patient. Ainsi ce raisonnement ne se préoccupe pas de la maladie telle qu'elle est vécue, or l'ergothérapeute se soucie de cette singularité de l'expérience de la maladie, tout du moins à travers le paradigme contemporain de l'ergothérapie (Peterson & Summerfield-Mann, 2006 cité par Meyer, 2010).

2. Raisonnement clinique antipositiviste

a) *Raisonnement interactif*

Pour ce raisonnement, l'ergothérapeute s'utilise comme agent thérapeutique afin de développer un rapport de confiance avec le but ultime de comprendre le patient comme un tout et non pas comme le porteur d'un ensemble de symptômes (Meyer, 2010). « Ce raisonnement nécessite de l'habileté pour deviner ce que le client pense et interpréter ce qu'il dit » (Kautzmann, 1993; Mattingly & Fleming, 1994 cité par Meyer, 2010).

C'est un raisonnement centré sur le patient car l'ergothérapeute inclut l'expression des besoins du patient et de son expérience de la maladie permettant ainsi d'ajuster sa perception et entraînant une modification du plan de traitement, favorisant ainsi la collaboration du patient dans sa prise en soin (Meyer, 2010).

Selon Meyer (2010), ces interactions avec l'usager, au coeur de ce raisonnement, sont souvent faiblement reconnus par l'institution hospitalière, qui aurait tendance à estimer comme une perte de temps de parler avec le patient au regard de la pratique d'exercices visant à la rééducation des performances et des habiletés.

b) *Raisonnement conditionnel*

Le raisonnement conditionnel se base sur une connaissance du passé du patient, de son état actuel et d'une anticipation de sa situation à la fin de la prise en soin (Meyer, 2010).

Ainsi le thérapeute va effectuer des évaluations sur les habiletés et les performances du patient et il va imaginer les répercussions du handicap dans les activités de la vie quotidienne du patient ou dans l'exercice de ses rôles sociaux. Puis il se projette, de manière idéale, une image du patient au regard de la fin de prise en soin compte tenu d'habiletés et performances récupérées ou conservées avec un impact sur d'autres facteurs environnementaux et personnels. Il va enfin faire en sorte que la prise en soin transforme cette image projetée en réalité. Les séances sont alors organisées rétroactivement en fonction de cette image projetée de l'avenir (Mattingly & Fleming, 1994 cité par Meyer, 2010).

Ce raisonnement, acquis avec l'expérience et fondé sur une compréhension intersubjective croissante entre le patient et l'ergothérapeute, est un moyen de saisir l'usager dans sa singularité (Meyer, 2010).

Outre le fait que le raisonnement interactif et conditionnel concourent de façon indissociable à la compréhension de la personne, Mattingly et Fleming (1994) intègrent la notion de « three track mind ». Cette expression désigne la capacité de l'ergothérapeute à mobiliser simultanément les raisonnements procédural, interactif et conditionnel, afin de prendre des décisions en tenant compte à la fois de l'état de santé du patient, de la relation thérapeutique et du moment présent.

c) Raisonnement éthique

Rogers (1983) estimait qu'en fin de compte une décision d'intervention est davantage de nature éthique que scientifique. Elle est soumise à ce que le thérapeute estime être « bon » pour l'utilisateur.

Il s'agit là du fondement du raisonnement éthique, impliquant le jugement que l'ergothérapeute, en dehors de sa condition médicale, porte sur la situation du patient lui permettant de choisir l'action qu'il estime la plus défendable moralement. Ainsi ce sont plus les valeurs de l'ergothérapeute qui orientent l'intervention et non les modèles d'intervention (Meyer, 2010).

Les valeurs professionnelles de l'ergothérapeute prescrivent de s'intéresser aux intérêts de l'utilisateur, à ses objectifs, à ses besoins et à ses problèmes, et de s'engager dans une relation de confiance avec l'utilisateur (Chapparo & Ranka, 2000 cité par Meyer, 2010). Pour autant, si le patient n'a pas pour but l'indépendance, l'autonomie ou la participation sociale, cela peut entraîner un conflit de valeurs entre le patient et l'ergothérapeute. « Ce dernier s'attendant à ce que l'utilisateur collabore et travaille durement en thérapie afin d'éviter d'être stigmatisé comme handicapé » (Meyer, 2010). Ce conflit peut entraîner un désintérêt de l'ergothérapeute dans la prise en soin (Meyer, 2010). Chang et Hasselkus (1998) soulignent combien les ergothérapeutes reflètent, dans leurs attentes, les valeurs américaines que sont la persévérance, l'autonomie, la victoire sur la maladie.

d) Raisonnement pragmatique

Tel que le définissent Schell et Cervero (1993), le raisonnement pragmatique correspond aux réflexions de l'ergothérapeute pour appréhender les contraintes contextuelles qui influencent la prise en soin et pour s'y ajuster. Plus précisément, l'ergothérapeute va

composer avec les conditions d'exercice de l'institution dans laquelle il pratique, ce qui impacte le contenu des interventions, la durée et la fréquence des séances, les instruments de mesures, les programmes ou les modèles en vigueur.

e) Raisonement narratif

Le raisonnement narratif est un ensemble de réflexions, produites sous forme de récits qui visent à comprendre l'histoire occupationnelle du patient. Avec ces récits, l'ergothérapeute aide l'utilisateur à créer une histoire dans laquelle il passe du statut de victime d'événements qui le dépassent à celui d'agent qui peut reconquérir une identité personnelle satisfaisante (Polkinghorne, 1995 cité par Meyer, 2010), pouvant faire un parallèle avec la notion d'empowerment. Ce raisonnement aide le patient à retrouver un état de croyance positive face à son propre futur et aux résultats de la prise en soin (Spencer, Davidson & White, 1997 cité par Meyer, 2010). Ainsi Mattingly et Fleming (1994) indiquent que le raisonnement narratif est une manière de penser utilisée par les ergothérapeutes qui sont intéressés par l'expérience de la maladie et non par la maladie elle-même, ce qui s'oppose au mode scientifique.

De fait, ces récits sont bien différents d'une démarche scientifique, car ils n'ont pas la même rigueur et supposent un engagement personnel et affectif du thérapeute plutôt que la distance préconisée dans le modèle biomédical (Meyer, 2010).

Fondées sur l'interprétation et la subjectivité des acteurs, les récits ne se laissent pas forcément capturer par des moyens habituels et ne sont pas non plus des vérités objectives. Le raisonnement narratif existant d'ailleurs en dehors d'une mise en mot, permettant ainsi d'avoir ce type de raisonnement avec des patients qui ne parlent pas ou ne comprennent pas le langage (Meyer, 2010).

Le raisonnement clinique narratif, qui vise à comprendre l'expérience vécue du patient à travers les récits qu'il construit (Mattingly & Fleming, 1994), s'articule naturellement avec le modèle Kawa, conçu comme une métaphore narrative permettant à la personne de représenter son parcours de vie et les éléments qui influencent son bien-être (Iwama, 2006).

D. Modèle Kawa

1. Un modèle général en ergothérapie

Dans cette recherche nous nous intéressons au modèle Kawa. Ce dernier est un modèle conceptuel créé pour des ergothérapeutes par un groupe d'ergothérapeutes japonais dont Michael k.Iwama, dans les années 2000.

Kawa est le mot japonais signifiant « rivière ». Le modèle utilise la métaphore naturelle de la rivière pour représenter le parcours de vie d'une personne. Il peut être utilisé comme modèle conceptuel de pratique en ergothérapie et comme outil d'évaluation (Iwama, 2002). On distingue 5 éléments important composant la rivière :

- le flux de la rivière (la vie)
- les berges de la rivière (l'environnement, les contextes sociaux et physiques)
- les rochers (les obstacles et les défis)
- le bois flotté (les facteurs influençants)
- les espaces (les opportunités permettant d'améliorer le flux) (Teoh & Iwama, 2015b).

A l'image d'une rivière dont la source représente le début de la vie et dont l'embouchure rejoignant la mer symbolise la fin de la vie, le modèle Kawa prend en compte les besoins passés, présents et futurs du patient (Teoh & Iwama, 2015b). C'est dans cette notion que l'on retrouve des éléments du raisonnement clinique narratif.

« Ce modèle cherche à s'adapter à la subjectivité du patient et non pas à lui imposer notre propre vision d'une thérapie plus standardisée. L'utilisation de la métaphore de la rivière permet de mettre en évidence le vécu subjectif de la personne dans une appréhension systémique de sa situation. C'est la personne elle-même qui dessine sa rivière et décrit sa situation. Les problèmes qui émergent seront traités en fonction de la demande, ce qui peut parfois s'éloigner fort des objectifs médicaux » (Morel bracqu, 2009 cité par Izard, 2012).

Ce qui signifie qu'une pratique d'intervention en ergothérapie basée sur le modèle Kawa offre la possibilité d'aider la personne à entrer dans une démarche active, dans la gestion de sa maladie et ainsi être autonome dans sa prise en soin (Maze, 2016). Elle permet dans un même temps de recueillir, grâce à l'outil d'évaluation du modèle, les facteurs physiologiques, psychiques et socio-environnementaux des patients, répondant ainsi aux

besoins de prise en soin des patients souffrant de trouble des addictions (Iwama, 2006; OFDT, 2025).

2. Outil d'évaluation et de réévaluation

Le modèle Kawa fourni un outil d'évaluation subjectif dans le cadre du diagnostic en ergothérapie, qui permet d'identifier quelles activités, quels rôles et quels processus, présents dans le contexte de vie du patient, sont importants pour lui, ainsi que les difficultés qu'il rencontre en lien avec ses environnements (Teoh & Iwama, 2015b).

En tant qu'évaluation subjective, cela permet à l'ergothérapeute et au patient de déterminer les soutiens et les ressources dont celui-ci dispose, tant sur le plan interne qu'externe, qui vont favoriser ou entraver l'intervention de l'ergothérapeute (Teoh & Iwama, 2015b).

Le patient devra réaliser deux schémas de sa rivière, un au sens général, du plus haut de la montagne jusqu'à la mer (schéma 1). Le second schéma sera un plan de coupe, symbolisant le flux de vie en ce moment précis (schéma 2). C'est d'ailleurs dans ce plan de coupe que seront symbolisés les éléments cités précédemment (les rochers, les bois flottés, les berges, le flux et les espaces) (Teoh & Iwama, 2015).

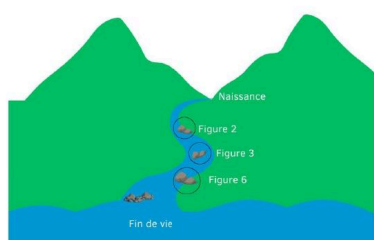


Schéma 1

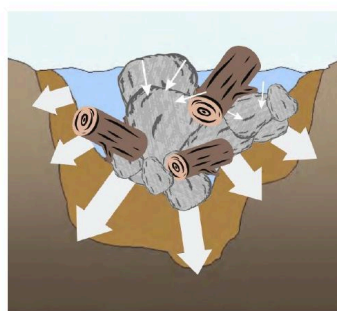


Schéma 2

source: <https://www.ergotherapeutes.net/modele-kawa/>

Ce qui importe dans l'entretien Kawa, c'est la manière dont le patient explique les composantes qui constituent son processus de vie, et non le fait que l'ergothérapeute soit d'accord ou non avec la catégorisation d'un élément en tant que rocher ou bois flotté (Iwama, 2002).

L'outil d'évaluation met en avant la subjectivité du patient lui permettant ainsi d'aborder ses « dark side of occupation », tel que l'addiction, de manière libre grâce à la métaphore de la rivière, c'est-à-dire en symbolisant la consommation de substance comme un rocher ou un bois flotté (Iwama, 2002; Twinley, 2013).

Cette liberté « donne une place très forte à la personne, à ses ressentis, à ses besoins et attentes dans son milieu de vie... ce qui ne s'exprime guère dans la démarche de rééducation habituelle, très centrée sur la pathologie » (Izard, 2012).

3. Enjeux du modèle Kawa en service d'addiction

Le modèle Kawa est centré sur l'expérience vécue, la narration et la compréhension contextualisée de la personne. A travers la métaphore de la rivière, il offre un support permettant aux patients souffrant de trouble des addictions d'exprimer leur trajectoire de vie, leurs ruptures, leurs événements traumatiques et leurs stratégies d'adaptation (Iwama, 2002). Ces éléments constituent des dimensions essentielles à la compréhension de ces troubles, qui s'inscrivent dans des parcours marqués par des vulnérabilités personnelles, des contextes de vie difficiles et des mécanismes d'adaptation complexes (Cadet-Taïrou, 2023).

En tant que représentation visuelle et métaphorique, le modèle Kawa permet au patient de mettre en forme son vécu, d'identifier ses obstacles et de repérer ses ressources (Iwama, 2002). Cette approche s'inscrit dans la perspective des sciences de l'occupation, qui considèrent l'occupation comme une expérience vécue et signifiante, façonnée par le contexte et les dynamiques sociales (Pierce & Morel-Bracq, 2016).

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est un facteur déterminant dans l'accompagnement des personnes souffrant de trouble des addictions (Benyamina, 2016). Le modèle Kawa favorise cette alliance grâce à sa posture collaborative, l'horizontalité de la relation, la co-élaboration du sens et une reconnaissance de la subjectivité du patient (Iwama, 2002).

Enfin, les patients souffrant de trouble des addictions sont dans un parcours fluctuant de cycle de consommation, de période de stabilité et de période de changement de motivation, comme le met en avant Prochaska et DiClemente (Intervenir Addictions, 2019). En tant

qu'outil d'évaluation subjectif, le modèle Kawa permet de visualiser l'évolution de ces cycles, d'identifier les nouveaux obstacles ou les nouvelles ressources émergentes au fil de la prise en soin. Il s'intègre ainsi parfaitement dans le processus d'intervention écrit par Caire (2008), en soutenant l'analyse, la planification et la réévaluation des objectifs thérapeutiques.

4. Inconvénient du modèle

Pour autant, selon une étude menée en 2017, sur 135 ergothérapeutes exerçant en santé mentale en France, 59 connaissent le modèle Kawa dont seulement 9 l'utilisent comme référence. De plus, seulement 3 d'entre eux utilisent l'évaluation du Kawa dans leur pratique (George & Vivier, 2018).

Malgré la simplicité du modèle à travers une représentation intuitive, « il en ressort [...] que le modèle Kawa est beaucoup plus difficile à utiliser en pratique qu'il n'y paraît au premier abord » (Izard, 2012).

En effet, il est nécessaire, pour l'ergothérapeute, d'être capable d'écouter, de considérer la personne et de faire preuve d'empathie puisqu'elle nous livre la description subjective de sa vie, c'est une exploration de sa trajectoire de vie qui peut être douloureusement vécu par le patient. Il est donc indispensable d'être capable de recevoir ses émotions et de leur donner sens sans être intrusif et de ne pas dépasser son propre champ de compétences (Izard, 2012).

Toujours selon Izard (2012), dans la pratique, les patients ont des difficultés à exprimer leurs problèmes et conflits intérieurs à travers le modèle Kawa, c'est-à-dire qu'il est difficile pour le patient de se représenter dans la rivière. Izard (2012) fait l'hypothèse que l'individualisme occidental se réveille dans ce phénomène.

Dans un même temps « il n'y a pas beaucoup de travaux de recherche [sur le modèle Kawa], mais l'intérêt porté par les ergothérapeutes permet d'en envisager un développement intéressant » (Morel-Bracq, 2017).

III. Problématisation de recherche et des hypothèses

Le trouble des addictions constitue un enjeu majeur de santé publique, tant par leur prévalence que par leur caractère chronique et multidimensionnel. Les définitions proposées par l’OMS, l’OFDT ou encore le DSM-V soulignent toutes la complexité biopsychosociale de ce trouble, qui ne peut être réduit à la seule dépendance physiologique. L’addiction s’inscrit dans un ensemble de facteurs déclenchants, se caractérisant par une interaction complexe entre facteurs biologique, psychologique et environnementaux et s’inscrivent dans un processus durable marqué par le « craving » et la vulnérabilité aux rechutes (Cadet-Taïrou, 2023; OFDT, 2025; Organisation Mondiale de la santé, 2019). Pour comprendre l’évolution de ces conduites, le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente constitue un repère central car il décrit le changement comme un processus progressif traversant les stades de précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et rechute (Benyamina, 2016; Intervenir Addictions, 2019).

Dans ce contexte, l’ergothérapeute, dont la pratique repose sur la compréhension de l’occupation humaine (Pierce & Morel-Bracq, 2016), occupe une place essentielle dans l’accompagnement de ces patients. Inscrite dans un paradigme occupationnel et biopsychosocial, elle s’intéresse aux conséquences des addictions sur les occupations, les rôles et la participation sociale (ANFE, 2019; Teoh & Iwama, 2015b). Les sciences de l’occupation rappellent que les activités humaines, bien que, porteuses de sens, structurant l’identité et participant au bien-être, peuvent être à la fois signifiantes et délétères, comme l’expose Twinley à travers le concept de « dark side of occupation » (Townsend et al., 2008; Twinley, 2013). L’addiction en constitue un exemple, elle peut remplir des fonctions bénéfiques tout en entraînant des conséquences négatives (National Institute on Drug Abuse, 2014). Comprendre cette ambivalence nécessite des outils permettant d’accéder au vécu subjectif du patient, à ses ressources, à ses obstacles et à son environnement. Or, les approches traditionnelles centrées sur la pathologie ou la dépendance ne permettent pas toujours de saisir cette complexité (Izard, 2012).

Les modèles conceptuels en ergothérapie ont précisément pour rôle d’offrir un cadre de compréhension cohérent et structuré de la situation de la personne (Morel-Bracq, 2017). Parmi eux, le modèle Kawa propose une métaphore de la rivière permettant à la personne d’explorer ces dimensions subjective en représentant sa vie, ses difficultés (rochers), ses ressources (bois flotté), ses environnements (berges) et les espaces de possibilités (Iwama, 2002; Teoh & Iwama, 2015a). Il apporte un outil d’évaluation subjectif permettant au patient

de présenter son vécu et d'aborder des éléments souvent difficiles à verbaliser reposant sur une démarche narrative et introspective impliquant la co-construction et la mise en sens du vécu.

Pourtant, malgré son intérêt théorique et clinique, le modèle Kawa est peu utilisé en santé mentale et encore moins en service d'addiction (George & Vivier, 2018). De plus, les travaux de recherche sur ce modèle restent par ailleurs limités (Morel-Bracq, 2017). Cette faible représentation pourrait s'expliquer par le raisonnement clinique de l'ergothérapeute car, c'est bien lui qui sous-tend la démarche d'intervention et oriente le choix du modèle conceptuel (Meyer, 2010). Il est rappelé que dans une situation clinique, la manière de raisonner des ergothérapeutes est influencée par ses connaissances disciplinaires, le contexte de la thérapie, l'usager et l'ergothérapeute comme personne (Chapparo & Ranka, 2000 ; Robertson, 1996a cité par Meyer, 2010).

De plus, la capacité du patient à s'engager dans une démarche narrative et introspective, centrale à l'utilisation du modèle Kawa, varie selon les stades du changement où la motivation et la disponibilité psychique du patient est différente, ce qui peut orienter le raisonnement clinique de l'ergothérapeute et conditionner le choix du modèle conceptuel.

Cependant, aucun auteur ne décrit explicitement le lien entre les formes du raisonnement clinique et le choix de l'utilisation du modèle Kawa. La littérature existante permet toutefois d'envisager que certains types de raisonnement pourrait favoriser ou freiner l'utilisation du modèle Kawa, et c'est précisément ce que cette recherche vise à explorer à travers la question de recherche suivante :

En quoi les différents raisonnements cliniques de l'ergothérapeute influencent-t-ils le choix d'utiliser le modèle Kawa dans la prise en soin des personnes souffrant de trouble des addictions ?

Hypothèse de recherche 1:

Le choix d'utiliser le modèle Kawa par l'ergothérapeute est favorisé par un raisonnement clinique à dominante interactive et/ou narrative.

Hypothèse de recherche 2 :

Le stade du changement dans lequel se situe le patient favorise le choix d'utiliser le modèle Kawa au travers du raisonnement clinique du thérapeute.

IV. Méthodologie de recherche

A. Choix de la méthode

La méthodologie de recherche correspond à « la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche » (Mucchielli et al., 2009). Deux grandes approches méthodologiques sont traditionnellement distinguées : la méthode quantitative et la méthode qualitative.

La méthode quantitative vise la mesure, les tests statistiques et l'étude de relation entre variables, à travers une démarche de réduction, de déduction et d'analyse en largeur. Sur le plan épistémologique, elle se caractérise par une visée d'objectivité, une posture de distanciation et l'appui sur des lois universelles (Duchastel & Laberge, 2019).

La méthode qualitative, quant à elle, s'intéresse au processus, à l'exploration et à la production de sens à travers une démarche d'induction, complexe et orientée vers l'analyse en profondeur. Elle se distingue par l'attention portée à la singularité, son empathie et l'analyse de situations contextuelles (Duchastel & Laberge, 2019). L'empathie dans ce cadre, ne renvoie pas à une dimension émotionnelle, mais à une posture compréhensive orientée vers la quête de sens (Weber et al., 1978).

Pour la méthode quantitative il est donc nécessaire d'avoir un volume de données suffisant à analyser, or selon l'étude de 2017, seules 3 ergothérapeutes déclarent utiliser l'évaluation du Kawa dans leur pratique en service d'addiction (George & Vivier, 2018), ce qui rend une approche quantitative inadaptée.

Par ailleurs, l'objet de la recherche qualitative est un phénomène humain qui n'est pas directement visible et qui nécessite un effort intellectuel de compréhension orienté vers sa mise à jour (Mucchielli et al., 2009). Toujours selon Mucchielli et al. (2009), l'objectif général d'une étude qualitative est la connaissance du « comment » de ce phénomène humain. Cette méthode vise ainsi à comprendre ou expliquer un phénomène en se centrant sur une description des expériences et de leur signification (Braun & Clarke, 2006).

Par conséquent, la méthode qualitative a été retenue pour ce travail d'initiation à la recherche. Afin d'assurer la transparence, la rigueur et la qualité du rapport, cette étude s'appuie sur la grille COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research), une

liste de 32 items spécifiquement conçue pour les études qualitatives fondées sur des entretiens individuels ou des focus groups. (Tong et al., 2007)

B. Choix de l'approche

L'approche de recherche renvoie au cadre logique et épistémologique qui oriente la manière dont le chercheur construit, organise et interprète les données recueillies (Fortin & Gagnon, 2015). Deux grandes approches sont généralement distinguées : l'approche hypothético-déductive et l'approche inductive.

Selon Blais et Martineau en 2006, l'approche inductive correspond à un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives. Elle vise à passer du spécifique vers le général, du fait rapporté ou observé à une généralisation. Cette approche est particulièrement appropriée pour l'analyse de données issues d'objets d'étude à caractère exploratoire, pour lesquels il existe relativement peu de modèles ou de théories préalables (Blais & Martineau, 2006).

A l'inverse, l'approche hypothético-déductive s'appuie sur un cadre théorique préexistant, permettant de formuler des hypothèses à mettre à l'épreuve (Blais & Martineau, 2006). Dans cette perspective, Popper (1973) rappelle qu'une hypothèse n'est scientifique que si elle peut-être mise à l'épreuve et potentiellement réfutée, selon le principe de falsifiabilité. Il sera donc nécessaire de tester si les données collectées sur le terrain sont cohérentes avec les hypothèses identifiées en prémisses de la recherche, afin de les confirmer ou de les infirmer (Blais & Martineau, 2006; Mesly, 2015).

Cette étude mobilise une méthode qualitative, l'approche retenue est hypothético-déductive. En effet, malgré le nombre limité d'ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa en service d'addiction, il existe un corpus théorique suffisamment structuré pour formuler des hypothèses de recherche. L'objectif est ainsi de confronter ces hypothèses issues du modèle théorique aux pratiques déclarées des professionnels, conformément à une logique déductive (Mesly, 2015).

C. Construction de la population de recherche

En recherche qualitative, l'échantillonnage ne vise pas à la représentativité statistique, mais la pertinence des participants au regard de la question de recherche. Il s'agit d'un choix raisonné, fondé sur la capacité des participants à apporter des informations riches et contextualisées sur le phénomène étudié (Deslauriers, 1991; Paillé & Mucchielli, 2012). Cette logique s'inscrit dans l'approche intentionnelle décrite par Patton (2002), qui souligne l'importance de sélectionner des personnes disposant d'une expérience significative du sujet (Patton, 2002). Miles et Huberman (1994) rappellent également que l'échantillonnage qualitatif vise à identifier des cas « information-rich », permettant une compréhension approfondie du phénomène (Miles & Huberman, 1994).

Conformément à la loi Jardé (loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012), cette recherche est non interventionnelle et ne comporte aucun risque ni contrainte, elle requiert une information claire et le consentement libre et éclairé des participants.

Critères d'inclusion :

- être ergothérapeute diplômé d'État.
- travailler ou avoir travaillé auprès de personnes souffrant de trouble des addictions.
- avoir une connaissance et/ou une pratique du modèle Kawa.

Critères de non-inclusion:

- ne pas être ergothérapeute diplômé d'Etat.
- ne pas avoir d'expérience clinique auprès de patients souffrant de trouble des addictions
- refus de signer le formulaire de consentement libre et éclairé

Critères d'exclusion :

- décès du participant pendant l'étude
- retrait du consentement libre et éclairé

Ces critères s'inscrivent dans l'objectif de comprendre comment les ergothérapeutes mobilisent leur raisonnement clinique pour décider, ou non, d'utiliser le modèle Kawa dans leur pratique. Ces critères permettent ainsi une diversité des profils et des pratiques, en

cohérence avec la variabilité du raisonnement clinique (Chapparo & Ranka, 2008). Enfin, la participation repose sur le volontariat, conformément aux exigences éthiques des recherches qualitatives.

D. Techniques et outils de recueil de données

Selon Kaufmann (2016) la collecte de données est une phase primordiale d'un travail de recherche, durant laquelle les informations recueillies seront analysées et confrontées aux hypothèses. Cette collecte s'effectue à travers différentes techniques, choisies en cohérence avec la méthode retenue. Dans le cadre d'une recherche qualitative, l'entretien semi-directif représente la technique privilégiée, car elle permet de récolter des informations au travers d'une discussion ouverte et structurée (Kaufmann, 2016). Cette technique vise à accéder au sens que les participants attribuent à leurs expériences, à leurs pratiques et aux phénomènes étudiés (Chevalier & Meyer, 2018; Paillé & Mucchielli, 2012).

Ce type d'entretien repose sur un guide souple, structuré autour de thèmes prédéfinis, tout en laissant la possibilité au participant d'apporter des éléments nouveaux ou inattendus (Chevalier & Meyer, 2018; Kaufmann, 2016). Ce guide garantit ainsi la comparabilité des entretiens tout en préservant la flexibilité nécessaire à l'exploration qualitative (Fortin & Gagnon, 2015). Il se compose de questions ouvertes et de relances, élaborées en lien avec la question de recherche. Conformément au principe de l'entonnoir, l'entretien débute par un rappel du cadre et des garanties de l'anonymat afin d'instaurer un climat de confiance. Il poursuit avec des questions larges sur l'activité de l'interlocuteur, puis il s'oriente vers des questions plus précises visant progressivement le cœur du sujet pour enfin conclure afin de s'assurer que toutes les thématiques ont bien été abordées (Chevalier & Meyer, 2018).

Ces entretiens seront enregistrés numériquement avec l'accord préalable des participants, afin de permettre ainsi une retranscription fidèle des propos. La transcription, qui transforme le matériau oral en corpus textuel analysable, sera réalisée par champ lexical afin de préserver la richesse et la nuance du discours (Paillé & Mucchielli, 2012).

V. Objectivité et éthique dans la recherche

A. Objectivité

« L'objectivité ne signifie pas impartialité mais universalité » (Aron, 1991). Selon Fortin et Gagnon (2015), l'objectivité renvoie à la capacité du chercheur à limiter l'influence de ses propres valeurs, attentes ou représentations sur la production et l'interprétation des données. Le Petit Robert la définit comme « la qualité de ce qui donne une représentation fidèle d'un objet », ce qui suppose « une mise entre parenthèses de la personnalité de l'observateur et, par conséquent, de celle du rédacteur qui rend compte de la réalité observée » (Grossmann, 2017).

Être scientifique c'est faire preuve d'objectivité, c'est-à-dire de suspendre son jugement (Grossmann, 2017). Toutefois, comme le rappelle Vermersch (2008, cité par Grossmann, 2017), « la représentation et la modélisation des phénomènes humains peuvent difficilement s'affranchir du point de vue originel du sujet connaissant ». De même, Olivier de Sardan (2000), indique que le chercheur ne peut jamais être totalement extérieur au terrain car il est un acteur, porteur d'un point de vue, d'une histoire et d'un positionnement. De ce fait, le chercheur a l'obligation d'assumer sa présence, ses choix et ses interactions, plutôt que de prétendre à une neutralité illusoire (Olivier de Sardan, 2000).

L'objectivité en recherche qualitative ne peut donc être comprise comme une neutralité absolue, mais comme une démarche d'objectivation : un processus rigoureux, transparent et réflexif portant sur l'ensemble de la démarche de recherche. Il s'agit d'identifier, de contrôler et de rendre explicites les limites et les biais potentiels, afin d'établir aussi précisément que possible la nature exacte des résultats obtenus (Grossmann, 2017; Paillé & Mucchielli, 2012)

B. Éthique

L'éthique de la recherche constitue une préoccupation relativement récente dans les sciences humaines et sociales, même si certains de ces fondements remontent au Code de Nuremberg (1947), qui introduit le principe du consentement libre et éclairé (Université Paris Cité, 2026). Depuis 2021, la Commission européenne a renforcé ce cadre en publiant le guide *Ethics in Social Sciences and Humanities*, devenu une référence pour les projets de recherche impliquant des personnes (European Commission, 2021).

L'éthique y est définie comme « l'ensemble des valeurs en vertu desquelles nous pouvons poser des règles et des devoirs » (European Commission, 2021). Cette conception rejoint les principes bioéthiques classiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, ainsi que l'idée d'une vigilance continue quant aux finalités, aux moyens et aux conséquences de la recherche (European Commission, 2021; Fortin & Gagnon, 2015; Université Paris Cité, 2026)

Selon la Commission européenne (2021), l'éthique de la recherche se fonde sur plusieurs principes fondamentaux : respect de la dignité humaine, de la transparence, de la clarté de l'information, du consentement libre et éclairé, de la protection des personnes vulnérables, de la confidentialité, de la justice, de la minimisation des risques et la maximisation des bénéfices. Ces principes rejoignent également les exigences de rigueur et de respect du participant mises en avant dans les approches qualitatives (Paillé & Mucchielli, 2012)

Ce travail de recherche s'inscrit dans le respect de ces principes. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude, de la nature des questions posées et de leur droit de se retirer à tout moment. Le consentement a été recueilli de manière explicite, les entretiens enregistrés uniquement avec accord préalable, et les données anonymisées dès la transcription. L'ensemble de ces dispositions garantissent une démarche responsable, de transparence et de conformité aux regards des standards éthiques actuels.

VI. Présentation et analyse des résultats

A. Processus d'analyse Qualitative

L'analyse qualitative vise à comprendre en profondeur ce que les participants disent de leurs expériences et raisonnements (Kohn & Christiaens, 2014). Elle suit un processus clair : coder les idées importantes, les regrouper par thèmes, puis les relier à la théorie (Braun & Clarke, 2006).

Après une transcription des entretiens et une anonymisation, un codage ouvert a été réalisé pour repérer toutes les unités de sens, sans préjuger des résultats (Paillé & Mucchielli, 2012). Toujours selon Paillé et Mucchielli (2012), « le codage initial doit rester le plus large

possible » afin d'éviter de restreindre prématurément l'interprétation. Les codes ainsi générés ont été regroupés en catégories, puis consolidés en thèmes principaux dans une logique d'analyse thématique telle que décrite par Delacroix (2021) et Braun & Clarke (2006), pour qui « l'objectif est d'identifier des motifs récurrents tout en préservant la singularité des expériences ».

Pour structurer l'analyse et faciliter la comparaison inter-participants, une grille d'analyse croisée a été construite. Elle organise les données horizontalement (par participant) et verticalement (par thème), qui constitue un outil central permettant de « faire émerger des régularités en croisant les cas et les catégories » (Miles et al., 2014). Kohn et Christiaens (2014) confirme que ce type de dispositif répond à l'exigence « d'organiser les données dans des structures permettant la comparaison et la mise en relation » (Kohn & Christiaens, 2014).

Cette méthode garantit la traçabilité des décisions d'analyse qui ont été prises et assure la transparence du processus interprétatif (Braun & Clarke, 2006). Elle permet également, une articulation entre les données empiriques, récoltées via ces entretiens, et le cadre théorique conçu dans ce travail d'initiation à la recherche scientifique (Kohn & Christiaens, 2014).

Ainsi il sera présenté l'analyse de trois entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes prenant en soin des patients souffrant de trouble des addictions. Afin de conserver leur anonymat, il seront présentés comme l'ergothérapeute A., B. et J..

B. Analyse Verticale

A., ergothérapeute depuis 2002, a d'abord exercé sept ans en neurologie, où elle a obtenu un diplôme universitaire (DU) spécialisé en neuropsychologie, avant d'intégrer un hôpital de jour en psychiatrie en 2009 pour participer au développement d'un outil de remédiation cognitive. Elle a ensuite travaillé avec les premiers médiateurs de santé pair dès 2012, puis rejoint en 2024 un service intra hospitalier accueillant des patients souffrant de troubles variées telles que la schizophrénie, la bipolarité, le trouble borderline et la comorbidités addictives. En parallèle, elle participe également à des consultations sur la transidentité et anime un groupe familial dédié à la psychoéducation.

Pour aborder un nouveau patient, elle utilise systématiquement le collage comme outil de présentation, qu'elle décrit comme « pas très exposant », permettant d'éviter les discours stéréotypés produits dans les entretiens médicaux répétés, où les patient « disent souvent les mêmes choses ». Elle précise ne pas lire le dossier avant la rencontre afin de ne pas être influencée, sauf lorsqu'un médecin lui demande de confirmer ou d'infirmer un diagnostic, situation dans laquelle elle se sent « biaisée ». Dans son approche avec les patients souffrant de trouble des addictions, elle travaille beaucoup sur l'axe de la dé-culpabilisation, considérant que « l'addiction n'est qu'un symptôme » et que le choix du produit renseigne sur la fonction recherchée. Elle inclut également les troubles du comportement alimentaire dans cette logique fonctionnelle de l'addiction.

Elle construit son raisonnement clinique « en co-construction avec le patient » car elle indique être « toujours en partenariat avec lui ». Elle s'appuie sur l'observation de l'organisation de sa pensée, de son comportement, pour en déduire des éléments au niveau cognitif, mais aussi sur la famille des patients. En effet, elle estime que parfois il y a des schémas transgénérationnels qui se répètent. A. souligne l'importance de ne pas oublier d'où viennent les patients car « On peut être biaisé dans notre culture et nos représentations ». Notamment autour de l'alcool, « dans notre société [française], ça fait partie de notre vie. Ça fait partie de notre culture. »

Dans la structure de son raisonnement clinique, elle est beaucoup dans le raisonnement diagnostique à l'initiale, puis dans l'interactif et enfin dans le narratif. Elle indique même être « toujours un peu les trois en parallèle ». Au niveau proportion, elle estime raisonner à plus de 60% en scientifique et à 40% avec des raisonnements anti positivistes car « c'est un peu ce que l'institution attend d'eux » même si avec ces patients, elle est « clairement plus à l'aise avec les raisonnements anti positivistes ».

En détail, A. met en avant qu'avec les patients qui souffrent de trouble des addictions, les raisonnements interactif et narratif sont centraux, notamment pour la notion « d'empowerment ». Toujours pour ces mêmes patients, le raisonnement éthique est « très compliqué » car « parfois tu as un désespoir ou de la colère qui peut s'installer quand tu les vois revenir. Il ne faut pas qu'ils pensent que tu es perdu. En tout cas, même si tu perds espoir, il ne faut surtout pas le montrer. Ce qui est très complexe, parce qu'en fait, ils ont besoin de toi et que si tu ne crois plus en eux, plus personne ne croit en eux ». Le raisonnement conditionnel était beaucoup présent dans sa pratique précédente, mais beaucoup moins

actuellement du fait de contraintes temporelles, liées aux sorties imprévisibles des patients, ce qui fait échos au raisonnement pragmatique qui la dépasse.

Sur le plan des modèles conceptuels, A. indique « ne pas avoir été élevé avec des outils à l'école d'ergothérapie » car ses études « datent » et « qu'à son époque il n'y avait pas de modèle conceptuel ». Cependant elle utilise plutôt un modèle cognitif issu de sa formation en neurologie et basé sur les médiations artistiques. Elle met en avant « qu'il faudrait que je me forme sur le MOH, mais je me rends compte que j'aborde ces notions lors de mes entretiens sans savoir exactement comment ça se nomme ».

Elle indique avoir lu des choses concernant le modèle Kawa mais ne le connaît pas très bien. Elle aime beaucoup la symbolique et la métaphore de la rivière avec la notion d'évolution que « tu figes à un moment donné ». Cependant elle a essayé de trouver une formation ou des éléments concernant la passation de l'outil d'évaluation sur internet sans jamais en trouver. Après la présentation du modèle, elle trouve que « c'est un modèle dynamique » et qu'il nécessite « un raisonnement interactif et narratif », en cohérence avec sa posture clinique actuelle.

A. utilise les stades de changement de Prochaska et DiClemente comme une grille de lecture pour les étapes du rétablissement et ils influencent directement son raisonnement clinique. En faisant un parallèle avec les raisonnements clinique interactif et narratif du modèle Kawa, elle indique qu'il serait utile à tous les stades. Que ce soit pour la pré-contemplation, pour faciliter « un début de prise de conscience » ou même pour renforcer la contemplation et permettre ainsi d'aller jusqu'à la détermination. Toujours selon A. pour la contemplation, le modèle Kawa peut même renforcer la décision et permettre de déterminer des objectifs pour le futur.

A. met en avant que même si les meilleurs stades, pour utiliser le modèle restent évidemment la précontemplation et la contemplation, « Ça serait dommage de se priver d'un outil aussi riche, juste parce que le patient n'est pas au moment attendu ». De plus, le modèle Kawa « pourrait aider parce qu'on ne parle pas du produit directement, on parle du patient lui-même. C'est là où c'est intéressant, de voir comment les patients déterminent les produits, comme un rocher ou comme des petits troncs. »

B., ergothérapeute depuis 2020, exerce depuis 2021, dans un service de soins médicaux de réadaptation en addictologie (SMRA), trois jours par semaine. Il complète son activité en

travaillant dans une MAS et dans un EHPAD. Il accompagne des patients souffrant de trouble des addictions dans un cadre de post-cure, sur des séjours allant de six à douze semaines, après un sevrage obligatoire réalisé soit en hospitalisation, soit en ambulatoire.

B. indique que toutes les semaines, il y a un nouveau groupe de patients qui arrivent dans la structure. Ces derniers sont reçus par chaque professionnel pour la réalisation d'entretiens, il sont d'ailleurs vu en ergothérapie le mercredi matin pour un entretien d'une heure visant à recueillir « leurs difficultés, leurs ressources, ce qui les a amenés à l'addiction et pourquoi ils veulent en sortir, leur environnement familial, professionnel, matériel... ». Il utilise systématiquement le MoCa afin de dépister d'éventuels troubles cognitifs liés à la consommation. A partir de ces éléments, B. oriente les patients vers différents groupes thérapeutiques. Il décrit plusieurs dispositifs : un groupe de remédiation cognitive, un groupe sur les compétences psychosociales pour les patients où « la communication ou l'élaboration d'un discours peut être un peu compliqué ou vite agressif », un groupe centré sur les émotions parce « qu'entre les addictions et les émotions il y a beaucoup de liens » et un atelier d'écriture et d'expression scénique destiné à travailler la confiance en soi et le regard de l'autre. Il est également mentionné des groupes ouverts de « médiations artistiques », ainsi que deux appartements thérapeutiques permettant d'évaluer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, en milieu et en fin de prise en soin. Il met en avant que ces dispositifs facilitent la transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile car c'est un moment qu'il identifie comme « complexe » en expliquant que « le cadre [du service] les tient et ils arrivent à tenir... mais dès qu'ils retrouvent la liberté... c'est là où ça devient compliqué » .

Concernant le raisonnement clinique, B. indique que pour lui, « il n'existe pas de raisonnement unique », même si « je pense que celui qui revient le plus c'est interactif ». Il précise que son raisonnement varie « en fonction, du patient, de sa pathologie et de sa comorbidité ». Notamment « pour ceux qui ont des comorbidités psychiatriques ou qui sont apathiques, je vais plutôt chercher des choses très procédurales, pour que ce soit plus cartésien, plus cadré ». Il souligne que ces entretiens ne suivent pas de trame fixe, qu'il « s'adapte en fonction de ce que me renvoie le patient et de ce que je vais lui renvoyer aussi ».

Sur le plan des modèles conceptuels, B. utilise le MOH « sans vraiment utiliser ses outils ». Il précise que l'équipe d'ergothérapeutes du service partage une vision du patient inspirée du modèle, mais que son application reste implicite, en reconnaissant que « dans

notre pratique et entre collègues, on ne parle jamais de modèle conceptuel », « On ne se pose pas 2 minutes pour réfléchir à quels modèles j'utilise en ce moment, on ne s'en rend pas compte mais ça parle quand même ».

Il garde des notions générales, issues de sa formation initiale, du modèle Kawa, notamment la métaphore de la rivière. Il met d'ailleurs en avant le fait que « les modèles conceptuels, on en parle beaucoup en études mais beaucoup moins après. Et le modèle Kawa, ce n'est pas le modèle le plus connu non plus. »

Après la présentation du modèle, il identifie spontanément les raisonnements interactif et conditionnel comme les plus cohérents avec son utilisation. En identifiant également que « c'est le genre de modèle qui me paraît connecté à la réalité du service d'addiction ». Il situe son intérêt pour le modèle sur le fait que ce soit un « un support qui permet la narration de la personne, de son vécu, de sa maladie et de son histoire de vie », tout en précisant que « tout le monde n'a pas accès à cet aspect métaphorique de la rivière dans son raisonnement clinique ».

B. utilise le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente, qui occupe même une place centrale dans la prise en soins interprofessionnelle. En effet, tous les professionnels évaluent le stade de changement du patient lors de la première semaine, puis à mi-parcours et en fin de séjour. Il précise d'ailleurs, « qu'entre professionnels, on a parfois les mêmes stades pour le patient, c'est assez franc, mais généralement on n'est pas d'accord, c'est ça qui est intéressant ». Il souligne cependant que les patients arrivent rarement en pré-contemplation, mais souvent en contemplation ou en préparation. Il explique que le stade du patient va « forcément influencer son raisonnement clinique ». Il va « très rapidement voir des éléments qui vont nous faire dire que certaines choses sont encore compliquées pour le patient » et qu'ils sont « encore assez loin et du coup on va venir travailler là-dessus », alors que pour d'autres, « ils vont avoir déjà commencé à anticiper certaines pistes de réflexions ».

Il distingue même les outils proposés selon les stades : récupération cognitive et activités simples, comme « un planning ou travailler autour des choses de la vie courante » pour les personnes en contemplation, travail émotionnel ou professionnel pour ceux qui sont en préparation ou en action.

Lorsqu'il réfléchit aux raisonnements cliniques, B. estime que « l'interactif est important quand tu es en contemplation et en détermination/préparation pour pouvoir continuer à aller de l'avant ». Le raisonnement narratif trouve davantage sa place « en phase d'action, voire de maintenance », lorsque le patient peut livrer son vécu, son expérience de la

maladie et réfléchir à son parcours au travers « des discussions avec les pairs ». Il situe d'ailleurs l'utilité du modèle Kawa, également dans ces phases plus avancées car le modèle permettrait d'explorer l'histoire de la maladie, « cette idée du vécu, des obstacles... je trouve qu'il est intéressant à ce moment-là ». En synthèse, « c'est dans la phase de l'action et la maintenance qu'il serait utile, avec un raisonnement plus narratif ». Il souligne néanmoins que son utilité nécessite du temps, ce qui peut être difficile lors des entretiens d'entrée.

Enfin, B. met en avant plusieurs éléments influençant directement sa pratique comme les injonctions familiale ou judiciaire qui ont conduit les patients dans le service ayant un impact directement sur leur motivation. De plus, B. indique que, selon lui, « il y a quand même de plus en plus de comorbidité psychiatrique », impliquant de travailler « sur les deux tableaux » pour pouvoir aider le patient à sortir de son addiction, ce qui complexifie le travail thérapeutique. Il identifie également, « qu'après le sevrage physique de la dépendance, il y a un sacré travail derrière, sur le psycho-social ». Il identifie le rôle de l'ergothérapeute comme central dans l'apprentissage de stratégies alternatives pour gérer ce qui était auparavant régulé par le produit.

J., ergothérapeute, spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire (TCA). Il précise d'emblée qu'il « utilise le modèle Kawa auprès de patients présentant des profils addictifs » pour travailler « sur leur vécu et sur leurs ressources ». Son parcours est marqué par une phase initiale de trois mois d'observation de tous les métiers de l'hôpital afin de réussir à définir sa propre plus-value professionnelle et ainsi orienter ses interventions.

Il indique que lorsqu'il rencontre un patient souffrant de trouble des addictions, il commence systématiquement par un entretien individuel, en soulignant l'importance de « ne pas avoir suivi le dossier » afin d'aborder la vie quotidienne du patient sans être influencé par les éléments médicaux. Il insiste sur le fait qu'il « travaille sur les difficultés dans la vie quotidienne que rencontre le patient en lien avec ses addictions et particulièrement ses addictions alimentaires. »

J. affirme qu'il fonde son raisonnement clinique exclusivement sur le patient, « je me base sur le patient », « mon raisonnement n'est pas lié à mes pensées mais aux pensées du patient ». Il indique donc que son raisonnement varie selon les situations, car « chaque patient a des besoins et des ressources qui sont différentes ».

A la suite de la présentation des différents types de raisonnements cliniques, il se reconnaît immédiatement dans les raisonnement anti positivistes, en particulier l'interactif et le narratif tout en rejetant les raisonnements scientifiques, « j'utilise pas ça de toute façon ». Il exprime toutefois une certaine distance vis-à-vis de ces catégorisations théoriques, contrastant avec sa réalité car, selon lui « ça sert sûrement en tant qu'étudiant mais, franchement, en réalité c'est que j'analyse pas comme ça ». Il s'accorde cependant à valider qu'en règle générale, « il n'y a pas qu'une seule façon de penser », impliquant une pratique centrée sur l'adaptation au patient plutôt que sur un cadre théorique strict.

Sur le plan des modèles conceptuels, J. utilise exclusivement le modèle Kawa, découvert durant ses études. Il l'utilise en fin de prise en soin pour deux raisons principales : éviter que « le patient idéalise la prise en soin et ce qu'il a vécu précédemment » et pour « que le patient puisse prendre conscience des ressources sur lesquelles il peut s'appuyer » en sortie de prise en soin. Il fait ainsi le lien entre ce que les patients vivent en hospitalisation et ce qu'ils vont vivre dans la réalité, ce qui peut être source de « stress et beaucoup d'angoisse ». Ainsi, pour J. il est important « de leur dire sur quoi ils peuvent s'appuyer quand ça va être la panique et d'essayer de faire en sorte que cette ressource ne soit pas l'addiction alimentaire ».

Contrairement au protocole de passation classique, J. n'utilise qu'un seul schéma, qu'il adapte librement car ce qui est important « ce n'est pas le modèle en soi, c'est comment il le formule, comment il se positionne, comment il se présente ». De plus les patients « ne vivent pas le moment présent », Ainsi en proposant au patient de travailler sur leur vie et leur ressources en une seule fois, « Paf, je fais tout d'un coup », il cherche à maintenir une continuité de réflexion pour que les patients ne se perde pas dans la procédure clinique et reste focalisé sur la narration sans être freiné par les transitions du modèle, « de ne pas découper, ça leur permet de faire un lien sur une continuité ». Il précise que l'alliance thérapeutique doit être déjà construite pour l'utilisation du modèle Kawa, car son objectif n'est pas de créer l'alliance mais de « la tester » afin de permettre aux patients de « s'exprimer et de créer quelque chose ». Il affirme que son but est avant tout que le patient puisse « marquer sur une feuille ses difficultés », ce qu'il considère déjà comme une réussite.

Il insiste sur « la grande liberté » qu'il laisse aux patients, qu'il considère essentielle en psychiatrie. Selon lui, cette liberté implique que c'est le patient qui décide de ce « qu'il se saisit ou pas durant les séances d'ergothérapie et des opportunités qui y sont liées ».

Concernant le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente, J. indique ne pas le connaître et ne pas l'utiliser dans le cadre de sa prise en soin. Il précise qu'il utilise ces étapes « concernant la notion de deuil mais pas concernant l'addiction à proprement parler », qu'elles n'influencent ni son raisonnement clinique, ni le choix de ses outils. Il indique qu'il « fait le taf de façon identique, j'ai 5-6 questions d'approche globale et après, on regarde ce que le patient va donner » peu importe son stade. J. indiquera tout de même, en fin d'entretien que ses prise en soin sont pensées pour que la phase de maintien dure le plus longtemps possible et de faire comprendre au patient que « le risque de rechute reste quand même important » et que le travail en ergothérapie c'est justement de l'aider à « trouver comment faire quand la rechute sera là ».

J. met en avant plusieurs liens entre les concepts et la structure de sa pratique. Il lie « le raisonnement narratif [qui] favorise l'utilisation du modèle Kawa », pour l'aspect occupationnel et reconquête identitaire, et le raisonnement interactif pour la création de l'alliance thérapeutique, « c'est ma position à travers le patient qui est important, sa confiance qu'il instaure avec moi ».

Il apporte également des éléments contextuels concernant l'utilisation du modèle Kawa dans sa pratique. En effet, il « utilise le modèle Kawa parce qu'il me parle, j'ai des difficultés à l'écrit et à l'oral et le fait d'avoir un support comme celui-là m'aide beaucoup ». Il précise que, comme le film Barbie qui « sous une apparence légère se cache une réflexion sur la société », il en va de même pour le modèle Kawa, « le vrai sujet ce n'est pas le dessin en lui-même » mais le fait de faire « le bilan de ta vie ». « C'est une rivière mais c'est la chronologie de ta vie, ça peut être difficile », surtout qu'en ergo, « la salle est sympa, ils pensent qu'on va aborder des trucs cool, ce qui est le cas mais en version hard ». C'est le patient qui, à travers ce modèle, va se questionner sur « sa zone de confort », car « en ergothérapie on ne sort jamais le patient de sa zone de confort, ils donnent ce qu'ils veulent donner, ou pas, toi tu lui donne juste un cadre qui le contient et après tu regardes ce qu'il en est ».

C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a décidé de ne plus utiliser ce modèle en HDJ intensif, car il considère que c'est « une mise en danger » trop importante à leur stade et que le modèle les confronte « à de grosses difficultés ». De plus, dans ce service « il y a certains patients que l'on ne peut pas aider en ergothérapie parce qu'ils arrivent en phase aiguë de dénutrition à cause de l'addiction, il y en a qui ne sont plus fonctionnels intellectuellement ».

C. Analyse horizontale

1. Une articulation entre raisonnements scientifiques et anti positivistes

Au regard de la démarche de compréhension du patient, les trois entretiens révèlent des approches distinctes mais complémentaires du raisonnement clinique. Que ce soit **B.** qui mobilise des outils de mesure objectifs, comme le MoCa, afin de dépister d'éventuels troubles neurocognitifs et d'orienter ses choix thérapeutiques. **A.**, au contraire, qui utilise systématiquement « le collage pour se présenter », qu'elle décrit comme un « photolangage », lui permettant d'observer l'organisation de la pensée et le comportement du patient sans l'exposer à un interrogatoire frontal. Cette posture rejoint celle de **J.**, qui choisit de ne pas consulter le dossier médical avant la rencontre afin d'éviter tout biais lié au diagnostic préalable et construire son raisonnement exclusivement à partir du récit de vie du patient.

Ainsi, deux ergothérapeutes identifient et mettent en avant, un équilibre, une balance entre raisonnement clinique scientifique et antipositiviste. Que ce soit **A.** qui affiche clairement cette dualité, estimant raisonner « à 60% de façon scientifique », pour répondre aux attentes institutionnelles, et « à 40% de façon antipositiviste » dans ses prises en soin. **B.** privilégie une approche majoritairement interactive, tout en adoptant ponctuellement un raisonnement procédural afin d'offrir « un cadre plus cartésien et sécurisant », lorsque la situation clinique l'exige. Tandis que **J.** adopte la position la plus tranchée en se revendiquant totalement antipositiviste, tout en rejetant non seulement les raisonnements scientifiques mais également les catégories théoriques qu'il juge déconnectées de la réalité du terrain.

Les entretiens mettent en lumière l'importance des raisonnements interactifs, narratifs, éthiques et pragmatiques dans la prise en soin des patients souffrant de trouble des addictions. Les raisonnements interactifs et narratifs constituent un socle commun. **A.** et **J.** considèrent le produit comme un symptôme ayant une fonction, permettant de gérer « une anxiété sociale » ou « une situation de vie difficile » et visent, à travers leurs interactions et le récit de l'expérience de la maladie, à soutenir « l'empowerment » et le « pouvoir d'agir » du patient. **B.** et **J.** souligne également l'importance de s'adapter en fonction de ce que le patient renvoie mais aussi de ce que l'ergothérapeute renvoie en retour, se positionnant ainsi en acteur thérapeutique. C'est **A.** qui met particulièrement en avant la complexité du raisonnement éthique en addictologie, notamment face aux rechutes répétées, qui peuvent générer du «

désespoir » ou de la « colère » chez le thérapeute, tout en exigeant de maintenir une posture d'espoir indispensable au patient.

Enfin **B.** et **A.** convergent sur l'importance du raisonnement pragmatique, soulignant les contraintes institutionnelles, le temps d'entretien limité, les transmissions structurées et scientifiques, qui peuvent conduire à privilégier des approches plus procédurales au détriment de modèles plus narratifs ou complexes, car elles répondent davantage aux « attentes » du cadre de soin.

Les résultats de cette analyse rejoignent largement la littérature sur le raisonnement clinique en ergothérapie. La coexistence, chez les trois professionnels, de raisonnement scientifiques et anti positivistes confirme l'idée d'un raisonnement hybride, tel que décrit par Kohn, et Christiaens (2014), où l'ergothérapeute oscille entre observation structurée, intuition et compréhension du vécu. La place centrale accordée aux raisonnements interactif et narratif, notamment dans l'accompagnement des patients souffrant de trouble des addictions, s'inscrit dans les travaux de Mattingly et Fleming (1994), qui soulignent l'importance du récit, de l'expérience subjective et de la relation thérapeutique dans la prise de décision clinique. Enfin les contraintes institutionnelles évoquées par **A.** et **B.** illustrent le raisonnement pragmatique décrit par Schell et Cervero (1993) et repris par Delacroix (2021), rappelant que le contexte de soin influence inévitablement les choix d'outils, la structuration des entretiens et l'équilibre entre protocoles et approche centrée sur le patient.

2. Le Modèle Kawa : un intérêt partagé mais des usages contrastés

Les trois professionnels s'appuient sur des cadres de référence variés, adaptés à leur milieu d'exercice et révélateur de leur ancrage théorique. **A.** mobilise « la réhabilitation psychosociale comme modèle conceptuel », caractérisé par l'usage de médiations artistiques telles que « la terre, le dessin, le collage ». Cette approche lui permet d'observer l'organisation cognitive, émotionnelle et comportementale du patient, en cohérence avec les travaux de Caire (2008) et Morel-Bracq (2017) sur l'usage des médiations comme support d'évaluation clinique.

B. structure sa compréhension du patient à partir de la logique du MOH, tout en reconnaissant « ne pas utiliser les outils d'évaluation du modèle ». Il partage avec son équipe une vision de patient inspirée du modèle, ce qui illustre l'idée de Kielhofner (2009) selon laquelle les modèles conceptuels servent souvent de cadres implicites plutôt que de protocoles stricts.

Quant à **J.**, il utilise le modèle Kawa après une longue période d'observation initiale visant à définir sa propre plus-value professionnelle. Il souligne d'ailleurs que si un autre modèle s'avérait plus pertinent, « il passerait sur un autre modèle », mettant ainsi en lumière la plus-value qu'il attribue au modèle Kawa dans sa pratique auprès de patients souffrant de trouble des addictions. Son usage du modèle est marqué par une grande flexibilité, en fusionnant les deux schémas prévus par la procédure classique pour préserver la « continuité » narrative et éviter les ruptures cognitives chez les patients. Cette adaptation rejoint les recommandations d'Iwama (2006), pour qui le modèle Kawa doit rester culturellement situé, co-construit et adaptable aux besoins du patient.

Une nuance nette apparaît toutefois entre la connaissance théorique et la mise en pratique. Il est intéressant de noter que **J.** et **B.** ont été formés aux modèles conceptuels durant leurs études, tandis que **A.**, diplômée en 2002, explique « qu'à son époque les modèles n'existaient pas » et que sa découverte du modèle Kawa relève de sa veille professionnelle, avec la limite de « ne pas trouver de formation » pour approfondir son usage. **A.** et **B.** connaissent les modèles par la littérature ou les études, mais ne les ont jamais réellement utilisés en séance, invoquant un manque de formation, des contraintes institutionnelles ou la présence d'autres modèles dans leur pratique quotidienne. **J.** au contraire, en fait un outil central de son raisonnement clinique, qu'il utilise pour explorer le vécu, les ressources et les obstacles du patient. Il insiste sur « l'énorme liberté de création » laissée au patient dans la représentation de sa rivière, considérant que la formulation personnelle prime sur le respect strict du protocole. Cette posture s'inscrit dans la logique occupationnelle défendue par Pierce et Morel-Bracq (2016), qui soulignent l'importance de la signification subjective et de la narration dans l'évaluation ergothérapique.

L'analyse montre que le choix d'utiliser ou d'envisager l'utilisation du modèle Kawa est intrinsèquement lié à la prédominance des raisonnements anti positivistes. En effet, les trois professionnels s'accordent sur le fait que ce modèle requiert un raisonnement interactif, centré sur l'alliance thérapeutique, et narratif, centré sur l'histoire de vie. Une divergence subsiste tout de même, concernant le raisonnement scientifique. **A.** et **B.** conservent dans leur pratique une part de raisonnement procédural, « à 60% » pour **A.** et pour des cas spécifiques pour **B.**, dicté par les besoins de l'institution. A l'inverse, **J.** qui se revendique entièrement antipositiviste, est le seul à l'intégrer régulièrement, considérant le modèle Kawa, non pas

comme un outil de diagnostic, mais comme un support relationnel permettant de « tester l’alliance thérapeutique » et de « favoriser la reconquête identitaire ».

Ces résultats rejoignent les travaux de Mortenson et Dyck (2006), qui soulignent que l’intégration d’un modèle conceptuel dépend autant de la formation initiale que du contexte institutionnel, des habitudes professionnelles et du sens attribué à l’outil. Ils confirment également les observations de Morel-Bracq (2017), selon lesquelles les modèles conceptuels sont souvent mobilisés de manière partielle, adaptée ou implicite, en fonction des contraintes du terrain et de la posture clinique du thérapeute.

3. Le modèle transthéorique du changement : un repère inégalement mobilisé

Le degré d’appropriation du modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente varie considérablement entre les trois ergothérapeutes interrogés. **B.** en a la connaissance la plus structurée, car ce modèle constitue un repère central dans son service, chaque professionnel évalue le stade de changement du patient dès la première semaine, puis à mi-parcours et en fin de séjour. Ainsi, le stade du patient fait fluctuer le type de raisonnement de **B.**, il explique que pour les patients en « stade faible », de contemplation, il repasse par un raisonnement plus procédural, basé sur de la récupération cognitive, avant de pouvoir mobiliser un raisonnement interactif ou narratif plus complexe. Cette pratique collective permet d’orienter les médiations proposées et d’ajuster la posture clinique en fonction de la motivation et de la disponibilité psychique du patient, en cohérence avec les travaux de Benyamina (2016) et d’intervenir Addictions (2019) sur l’importance du stade dans la dynamique de rétablissement.

A., mobilise également ce modèle, mais davantage comme une grille de lecture du processus de rétablissement. Elle souligne que le stade influence directement sa manière d’aborder le patient, elle « ne sera pas du tout la même [...] en fonction de son stade ». Elle insiste également sur la nécessité de distinguer le « déni », mécanisme de protection, de « la dénégation », qui correspond à une minimisation du problème, afin d’adapter son raisonnement éthique et interactif. Cette posture rejoint les analyses de Spencer, Davidson et White (1997) sur l’importance de comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents au changement.

J. déclare ne pas utiliser le modèle transthéorique dans sa pratique. Il indique ne pas en avoir la connaissance spécifique et considère que seule l'alliance thérapeutique guide son intervention, indépendamment du stade dans lequel se situe le patient. Il affirme « faire le même travail » avec chacun, en s'appuyant sur quelques questions ouvertes et sur le récit de vie, ce qui s'inscrit dans une posture résolument narrative et antipositiviste, telle que décrite par Mattingly et Fleming (1994). Toutefois, il reconnaît en fin d'entretien que ses prises en soin visent à prolonger la phase de maintien et à préparer le patient à la gestion du risque de rechute, confirmant implicitement que la temporalité du changement influence malgré tout sa pratique.

Les trois professionnels conceptualisent toutefois la rechute de manière différente. **A.** insiste sur la déculpabilisation, considérant qu'elle fait partie intégrante du processus de rétablissement. **B.** perçoit la rechute comme un moment nécessaire pour analyser les facteurs de protection manquants et prévenir sa répétition. **J.** adopte une posture plus pragmatique, travaillant sur « quoi faire quand la rechute sera là », intégrant ainsi ce risque comme un élément incontournable de la réalité post-hospitalière.

Le modèle transthéorique influence également la manière dont les professionnels envisagent l'usage du modèle Kawa. **A.** estime que dessiner sa rivière en phase de pré-contemplation pourrait être particulièrement riche pour favoriser « un début de prise de conscience et renforcer la détermination », même si celui-ci est tenté de « mentir » dans son dessin à ce stade. **B.** l'imagine plutôt en phase d'action ou de maintenance pour soutenir le partage d'expérience et « le feedback » entre pairs. **J.**, quant à lui, l'utilise exclusivement en fin de prise en charge, afin d'ancrer le patient dans la réalité du retour à domicile et de prévenir la rechute en identifiant les ressources mobilisables « quand ça va être la panique ».

D. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche

Pour rappel, ce travail d'initiation à la recherche a pour objectif de répondre à la problématique suivante :

En quoi les différents raisonnements cliniques de l'ergothérapeute influencent-t-ils le choix d'utiliser le modèle Kawa dans la prise en soin des personnes souffrant de trouble des addictions ?

Afin de répondre à cette problématique, deux hypothèses de recherche ont été émises :

Hypothèse 1 : Le choix d'utiliser le modèle Kawa par l'ergothérapeute est favorisé par un raisonnement clinique à dominante interactive et/ou narrative.

Hypothèse 2 : Le stade du changement dans lequel se situe le patient favorise le choix d'utiliser le modèle Kawa au travers du raisonnement clinique du thérapeute.

1. Première hypothèse de recherche

L'analyse des entretiens a mis en évidence un consensus clair concernant le type de raisonnement clinique susceptible de favoriser l'usage du modèle Kawa. Les trois ergothérapeutes associent spontanément ce modèle à un raisonnement interactif et un raisonnement narratif. **A.** et **J.** soulignent explicitement cette complémentarité, tandis que **B.** estime que le conditionnel serait plus favorable, tout en reconnaissant que le modèle s'inscrit dans une démarche de partenariat et de co-construction.

Le modèle Kawa n'est jamais perçu comme un outil de diagnostic, mais comme un support relationnel permettant soit de « tester » l'alliance thérapeutique (**J.**), soit de soutenir l'expression du vécu (**A.** et **B.**). Sans nommer le raisonnement narratif, **B.** reconnaît la pertinence du modèle pour favoriser la narration et la mise en sens de l'expérience de la maladie.

A l'inverse, les raisonnements scientifiques apparaissent moins propices à l'investissement du modèle Kawa. **B.** souligne son caractère très métaphorique, que « ça ne parle pas à tout le monde » et estime que « si on est dans un raisonnement scientifique, on n'ira pas vers le Kawa ». De plus, la part de raisonnement procédural conservée par **A.** et **B.**, en réponse aux attentes institutionnelles, est citée comme un frein ou une explication potentielle à leur non pratique actuelle du modèle, malgré leur intérêt théorique.

Ainsi l'ensemble de ces éléments permettent de **valider** l'hypothèse selon laquelle un raisonnement clinique à dominante interactive et/ou narrative favorise le choix d'utiliser le modèle Kawa.

2. Deuxième hypothèse de recherche

Si le stade du changement de Prochaska et DiClemente, influence effectivement le raisonnement clinique et la stratégie d'utilisation du modèle Kawa pour deux ergothérapeutes, le troisième rejette ce lien, ce qui apporte une nuance importante à la validation globale de cette hypothèse.

Même si **A.** et **B.** qui intègre le stade du patient dans leur définition du moment opportun pour mobiliser, de manière hypothétique, le modèle Kawa, leur temporalité est opposée. En effet, **A.** estime que le modèle est particulièrement riche en phase de précontemplation et de contemplation, car cela favoriserait « un début de prise de conscience » et pourrait « renforcer la décision » de changement. Alors que **B.** l'envisage au contraire pour des stades plus avancés, en phase d'action ou de maintenance car il y voit un support de partage d'expérience et de feedback entre pairs.

Ainsi, quand **B.**, explique que pour les patients en « stade faible », contemplation, il doit d'abord mobiliser un raisonnement procédural avant de pouvoir passer à un raisonnement interactif ou narratif, nécessaire pour le modèle Kawa ; **A.** souligne qu'elle ne sera « pas du tout la même » avec le patient en fonction de son stade, ajustant sa posture clinique pour maintenir l'engagement dans le soin. En revanche **J.**, apporte une contradiction majeure, déclarant ne pas utiliser les stades du patient et il affirme même que la situation du patient n'a aucune importance sur son raisonnement clinique, ni dans le choix d'outils. Bien qu'il utilise le modèle Kawa en fin de prise en soin, ce n'est pas le stade en soi qui dicte son choix, mais la maturité de la relation de confiance, car pour lui seule l'alliance thérapeutique compte.

L'hypothèse de l'influence des stades du changement du patient dans le raisonnement clinique de l'ergothérapeute favorisant ainsi le choix du modèle Kawa est **validée partiellement**.

VII. Discussion

A. Nouveaux apports théoriques

1. Fusion des deux schémas du modèle Kawa

Dans sa pratique, auprès de patients souffrant de troubles des conduites alimentaires et d'addictions, J. propose une innovation méthodologique majeure en fusionnant les deux schémas initialement prévus par le protocole du modèle Kawa. Alors que la théorie classique d'Iwama (2006) préconise d'abord une représentation longitudinale de la rivière, de la naissance à la mort, puis un plan de coupe à l'instant présent pour symboliser les obstacles et ressources, J. choisit de réaliser un seul schéma unique.

Il justifie cette adaptation par la « stratégie de la porte », s'appuyant par le constat que l'on oublie souvent la raison de son déplacement dès que l'on franchit une porte, il cherche ainsi à éviter la rupture cognitive et la perte du fil conducteur narratif induit par le changement de support. Cette approche vise à maintenir une continuité de réflexion chez des patients qui peinent souvent à vivre le moment présent ou qui idéalisent leur hospitalisation. En traitant simultanément l'histoire de vie et les ressources actuelles et du passé, il ancre le travail sur une réalité concrète pour préparer le maintien à domicile et identifier les appuis nécessaires « quand ça va être la panique ». Cet écart par rapport à la procédure standard s'inscrit dans la littérature de Kielhofner (2009), qui souligne que les modèles conceptuels doivent servir de cadre de pensée flexible plutôt que de protocoles rigides, s'adaptant ainsi à la singularité de chaque situation clinique. De plus Iwama (2006) défend que le modèle Kawa doit rester flexible, car il est conçu pour être culturellement situé et co-construit avec le patient et que ce qui importe dans son utilisation, ce n'est pas le respect scrupuleux d'un protocole, mais la manière dont le patient formule et présente sa situation.

2. Raisonnement hybride : une oscillation permanente entre idéaux thérapeuthiques et contraintes institutionnelles

La notion de « raisonnement hybride », telle que décrite par Kohn et Christiaens (2014), apparaît comme un cadre particulièrement pertinent pour comprendre les pratiques des ergothérapeutes interrogés. Il ne s'agit pas d'une simple juxtaposition de forme de raisonnement, mais d'une oscillation permanente entre raisonnement scientifique, narratif,

interactif, éthique et pragmatique, pour répondre aux besoins subjectifs du patient et aux exigences organisationnelles du milieu de soin.

La notion de « three track mind », introduite par Mattingly et Fleming (1994) et relayée par Meyer (2010), définit la capacité de l'ergothérapeute à mobiliser simultanément les raisonnements procédural, interactif et conditionnel afin de prendre des décisions cliniques intégrant l'état de santé, la relation thérapeutique et le futur du patient. Cette pensée plurielle s'illustre de manière concrète chez A., qui explique traiter les dimensions diagnostiques, narratives et interactives « toujours un peu les trois en parallèle » pour appréhender la globalité de la personne.

Chez B. et J., la dynamique est différente, ils mobilisent plusieurs formes de raisonnement, mais sans que cette triade ne soit pleinement constituée. B. oscille principalement entre raisonnement interactif, centré sur l'ajustement à la personne, un raisonnement procédural, utilisé pour structurer les bilans et sécuriser le cadre, et un raisonnement pragmatique fortement influencé par les contraintes de temps et d'organisation. J., quant à lui, revendique une posture antipositiviste et rejette les terminologies académiques, cependant sa pratique du modèle Kawa témoigne de ce chevauchement constant entre raisonnement narratif, interactif et pragmatique, notamment lorsqu'il renonce au modèle Kawa dans certains services parce qu'il « fait un peu peur » aux médecins.

Le raisonnement pragmatique, défini par Schell et Cervero (1993) comme la réflexion menée par l'ergothérapeute pour appréhender et s'ajuster aux contraintes contextuelles et institutionnelles, apparaît de manière constante, comme un fil conducteur, invisible mais déterminant. A. reconnaît que, malgré sa préférence pour une posture antipositiviste, « 60% » de son activité reste dictée par un raisonnement scientifique imposé par les attentes institutionnelles. Cette réalité pragmatique se manifeste également chez B. par la gestion du temps, où la durée limitée des bilans d'entrée, d'environ une heure, constitue un frein réel à l'utilisation systématique de modèles narratifs ou d'outils d'évaluations, jugés long, au profit de procédures plus rapides. De son côté, J. explique qu'il ne pratique plus le modèle Kawa dans le service d'HDJ intensif car cet outil est perçu comme trop déstabilisant, par l'équipe médicale. Dans ces trois situations, ce n'est pas la pertinence clinique du modèle qui est en jeu, mais sa compatibilité avec le cadre de soin.

A ce raisonnement pragmatique s'articule étroitement le raisonnement éthique, particulièrement mis en avant par A. en addictologie. Elle décrit la difficulté de maintenir une

posture d'espoir face aux rechutes répétées, qui peuvent susciter « colère » ou « désespoir » chez l'ergothérapeute, tout en sachant que le patient a besoin d'un regard non jugeant pour continuer à se projeter. Cette tension éthique traverse également le choix d'outils, comme décider d'utiliser ou non le modèle Kawa, confronter ou non le patient à son histoire de vie, travailler ou non sur la fonction protectrice du produit, ce sont autant de décisions où se croisent considérations cliniques, pragmatiques et morales.

Ainsi, le raisonnement clinique observé dans cette étude ne se réduit ni à l'application du modèle Kawa, ni à une posture purement antipositiviste. Il se construit dans un espace de négociation permanent entre les besoins subjectifs du patient, les exigences organisationnelles du milieu de soin et les enjeux éthiques propres à l'addictologie.

3. Temporalité d'utilisation du modèle Kawa

La temporalité d'utilisation du modèle Kawa en addictologie révèle une tension éthique entre le potentiel de prise de conscience et la sécurité psychique du patient.

A. envisage l'outil dès les stades précoces pour favoriser « un début de prise de conscience ». Ce qu'une étude récente met également en avant, indiquant que sur des patients souffrant de trouble de l'usage de substance, l'intervention basée sur le modèle Kawa peut améliorer la disposition au changement de comportement de consommation, à condition d'être utilisé dans un cadre adapté (Hsiao et al., 2024).

J. apporte une nuance cruciale en s'appuyant sur l'éthique de la « zone de confort ». Pour lui, l'utilisation du modèle Kawa en phase aiguë peut constituer une véritable « mise en danger ». Il l'explique, en indiquant que le modèle confronte brutalement le patient à sa propre chronologie de vie, alors même que ses capacités intellectuelles ou fonctionnelles peuvent être altérées par une dénutrition sévère, liée à l'addiction, ou une instabilité clinique.

4. « Dark side of occupation » : une clé de lecture essentielle en addictologie

La notion de « Dark side of Occupation », introduite par Twinley (2013), s'avère être un cadre conceptuel essentiel pour appréhender la complexité des addictions en ergothérapie, particulièrement lorsqu'elles s'inscrivent dans un contexte de comorbidité psychiatriques.

Selon la littérature, ce concept désigne des occupations significatives qui, tout en participant à l'équilibre identitaire ou psychique d'une personne, produisent des effets délétères sur sa santé. Cette perspective est confirmée par A., qui définit l'addiction non

comme une simple pathologie, mais comme « un symptôme ayant une fonction » vitale pour le sujet, telle que la gestion d'un trauma ou d'une anxiété sociale. B. souligne qu'environ un patient sur trois présente un « double diagnostic » (TDAH, schizophrénie, trouble borderline), où le produit est investi pour « calmer » ou réguler le trouble psychique sous-jacent. L'exemple du patient TDAH utilisant la cocaïne comme stratégie d'autorégulation illustre parfaitement cette dynamique.

Dans ce contexte, l'ergothérapeute doit intégrer la fonction protectrice du produit dans son raisonnement. Retirer brutalement l'occupation addictive sans en comprendre la signification expose le patient à un risque de décompensation ou de perte de repères. Cette démarche nécessite un raisonnement narratif pour comprendre le vécu, un raisonnement éthique pour respecter la vulnérabilité du patient, et un raisonnement pragmatique pour ajuster l'intervention au contexte institutionnel.

J. illustre parfaitement bien cette approche. En utilisant le modèle Kawa pour explorer le récit de vie, il vise explicitement l'empowerment du patient, c'est-à-dire qu'il lui permet d'identifier ses ressources, comprendre la fonction du produit, anticiper les situations de crise et renforcer sa capacité à agir. Son usage du schéma unique permet de mettre en lumière simultanément les éléments protecteurs et délétères du parcours de vie, offrant au patient une vision cohérente de ses stratégies d'adaptation. Cette démarche s'inscrit dans la logique occupationnelle défendue par Pierce et Morel-Bracq (2016), selon laquelle l'ergothérapeute ne doit pas supprimer brutalement les occupations nocives, mais accompagner leur transformation en tenant compte de leur fonction identitaire et régulatrice.

Ainsi, la prise en compte du « Dark side of occupation » ne constitue pas seulement un cadre théorique, elle oriente concrètement la pratique ergothérapique en addictologie. Elle invite le thérapeute à articuler raisonnement narratif, éthique et pragmatique pour accompagner le patient dans une transition occupationnelle sécurisée, respectueuse et réellement centré sur la subjectivité du patient, tout en tenant compte des comorbidités psychiatriques et des fonctions adaptatives du produit.

B. Biais et limites de la recherche

1. Les biais

Un biais désigne une erreur systématique, liée à la conception, la collecte ou à l'analyse des données, qui entraîne une déviation entre les résultats observés et la réalité. Contrairement aux erreurs aléatoires, les biais produisent une distorsion orientée susceptible de compromettre la validité d'une recherche (Devilliers, 2022; *Les biais - EVAL*, 2022). Ainsi plusieurs biais ont été identifiés pour ce travail d'initiation à la recherche scientifique.

Biais de sélection

Malgré une définition préalable de critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi qu'une recherche de diversité dans les profils des participants, l'échantillon de cette recherche est composé de trois ergothérapeutes, tous issus d'une même région et exerçant dans des structures similaires, entraînant une faible représentation de la diversité des pratiques avec un risque d'homogénéité des discours et une surreprésentation de certaines pratiques. Ce biais est inhérent aux recherches qualitatives à petite échelle comme celle-ci.

Biais de formulation

La manière de présenter et définir les types de raisonnement clinique, lors des entretiens, a pu orienter les réponses des participants. Pour réduire cet effet, une attention particulière a été portée à la neutralité des formulations utilisées durant les entretiens.

Biais de la désirabilité sociale

Il renvoie à la tendance possible des professionnels à présenter leur pratique sous un jour valorisant ou conforme à ce qu'ils estiment attendu. Afin de limiter cet effet, les questions ont été formulées de manière ouverte et non évaluative, et les relances ont visé à recentrer le discours sur des situations concrètes plutôt que sur des déclarations de principe.

Biais d'interprétation

L'analyse thématique repose sur des catégories construites par le chercheur. Malgré une démarche rigoureuse, ce cadre d'analyse peut influencer l'interprétation des résultats. Cette part d'interprétation est inhérente aux approches qualitatives, mais elle doit être explicitée et encadrée.

2. Les limites

Si les biais déforment et influencent involontairement la qualité et la neutralité des données et de leurs interprétations, les limites sont les frontières méthodologiques, les contraintes structurelles ou les choix assumés qui restreignent la portée de l'étude (Tchankam et al., 2020). Elles n'invalident pas les résultats, mais invitent à les interpréter dans le cadre spécifique de cette recherche.

Limite de l'échantillon

La population interrogée étant restreinte, elle limite la représentativité des résultats. Un échantillon plus large aurait permis de mieux saisir la diversité des pratiques et des raisonnements cliniques.

Limite de l'absence d'observation direct

La méthodologie repose uniquement sur des entretiens déclaratifs, sans observation directe des séances. Cela empêche l'accès au raisonnement clinique « en action » et limite ainsi la profondeur de l'analyse.

Limite temporelle et contextuelle

Les entretiens ont été réalisés à un moment précis de la pratique de ces ergothérapeutes. Les résultats reflètent donc une photographie située dans le temps et dans un contexte donné, alors que le raisonnement clinique et l'usage des modèles conceptuels peuvent évoluer.

Limite de la subjectivité inhérente à la méthode qualitative

Les entretiens impliquent une co-construction du sens, ce qui introduit une part de subjectivité dans la relation entre l'enquêteur et le participant. Cette caractéristique constitue une limite méthodologique classique des approches qualitatives.

C. Perspectives

Les résultats de cette recherche ouvrent des perspectives pour la pratique ergothérapique en addictologie, notamment concernant l'usage du modèle Kawa comme outil d'évaluation subjectif et de co-construction de sens. Il favorise une compréhension plus fine du vécu des patients, en rendant visible des éléments biographiques, culturels et émotionnels

souvent difficiles à aborder dans les approches plus standardisées (Iwama, 2006). Biarese (2019) souligne que l'utilisation du modèle Kawa mobilise la compétence culturelle de l'ergothérapeute, en l'amenant à ajuster sa posture, à reconnaître les représentations du patient et à adopter une attitude empathique et respectueuse. Cette dimension est particulièrement pertinente en addictologie, où les trajectoires de vie sont marquées par des ruptures, des stigmates et des expériences occupationnelles ambivalentes.

Les sciences de l'occupation renforcent l'intérêt du modèle Kawa. Pierce et Morel-Bracq (2016) rappellent que l'occupation est une expérience située, façonnée par le contexte, les significations personnelles et les dynamiques sociales. Dans ce cadre, le modèle Kawa apparaît comme un support privilégié pour explorer les occupations à la fois protectrices et délétères, notamment celles relevant du « dark side of occupation » (Twinley, 2013). Comprendre la fonction adaptative du produit permet d'accompagner plus finement la transition vers des stratégies alternatives, en tenant compte des comorbidités psychiatriques et des enjeux identitaires.

Cette recherche met en lumière la nécessité d'un raisonnement clinique ajusté pour utiliser le modèle Kawa en addictologie. L'outil n'est pas neutre, il engage le patient dans un travail narratif potentiellement intense, qui nécessite une alliance thérapeutique solide, une temporalité adaptée et un cadre suffisamment sécurisant. Le raisonnement narratif, éthique, interactif et pragmatique apparaît ainsi comme une condition préalable à l'utilisation du modèle Kawa, afin de garantir une intervention respectueuse et protectrice.

Enfin cette recherche met également en évidence un besoin de ressources de formation plus accessible concernant l'usage pratique du modèle Kawa, notamment en addictologie. A. souligne l'absence de guides précis et la difficulté à trouver des formations en ligne, ce qui limite l'appropriation du modèle et sa mise en œuvre dans un cadre sécurisé. Le développement de supports pédagogiques et de modules de formation dédiés permettrait aux ergothérapeutes de mieux maîtriser l'outil et d'en clarifier les contours pour les équipes interdisciplinaires, facilitant ainsi son intégration dans les pratiques institutionnelles.

VIII. Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche avait pour objectif de comprendre comment le modèle Kawa s'intègre dans le raisonnement clinique des ergothérapeutes accompagnant les patients souffrant de trouble des addictions. La littérature met en évidence la pertinence de ce modèle dans l'exploration des trajectoires de vie, des ruptures, des ressources et des significations occupationnelles (Iwama, 2006 ; Biarese, 2019). En addictologie, où les parcours sont marqué par des expériences ambivalentes, des stigmates et des occupations protectrices mais délétères, les sciences de l'occupation soulignent l'importance d'outils narratifs permettant d'accéder à la subjectivité du patient (Pierce & Morel-Bracq, 2016). Le modèle Kawa apparaît ainsi comme un support privilégié pour comprendre la fonction des conduites addictives et accompagner leur transformation.

Les résultats de cette étude qualitative confirment également cette utilité. Le modèle Kawa est perçu comme un outil facilitant la compréhension du vécu, la mise en mots des obstacles et l'identification des ressources. Toutefois, son usage ne dépend pas uniquement de sa pertinence théorique, il est profondément conditionné par le raisonnement clinique mobilisé par les professionnels. Les résultats montrent que les raisonnement narratifs, interactif, éthique et pragmatique influencent directement le choix d'utiliser ou non le modèle.

La temporalité d'utilisation du modèle constitue également un élément déterminant. Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente, éclaire les moments où le patient est en capacité de se confronter à son histoire de vie. Les ergothérapeutes interrogés soulignent que le modèle Kawa peut favoriser la prise de conscience en phase de préparation, mais qu'il peut être contre indiqué en phase aiguë, en raison du risque de surcharge émotionnelle. Ces résultats rejoignent les travaux récents montrant que le modèle Kawa peut soutenir la disposition au changement lorsqu'il est utilisé dans un cadre adapté (Hsiao et al., 2024)

Au-delà de ces confirmations, cette recherche met en lumière plusieurs apports inattendus. Le premier concerne l'existence d'un raisonnement hybride, où les ergothérapeutes oscillent entre plusieurs formes de raisonnement en fonction des contraintes institutionnelles, des besoins du patients et de la culture du service. Ce raisonnement hybride, décrit par Kohn et Christiaens (2014), apparaît comme une clé de compréhension essentielle du choix d'utiliser ou non le modèle Kawa. Le second apport concerne la mobilisation du

concept de « dark side of occupation » (Twinley, 2013), qui permet de comprendre la fonction adaptative des conduites addictives et souligne l'intérêt du modèle Kawa pour explorer ces occupations ambivalentes. Enfin, le raisonnement pragmatique, souvent peu visible dans la littérature, se révèle déterminant. En effet, il conditionne la possibilité d'utiliser ou non le modèle Kawa, en tenant compte du cadre institutionnel, de la temporalité du séjour et de la stabilité clinique du patient.

Enfin, les résultats soulignent la nécessité de développer des ressources de formation accessibles concernant l'utilisation pratique du modèle Kawa. Le développement de supports pédagogiques et de modules de formation dédiés permettrait à renforcer la maîtrise du modèle Kawa, notamment en addictologie, et à développer des repères institutionnels sur ses conditions d'utilisation sans être perçus comme un écart au cadre biomédical.

Cette étude présente des limites, notamment liées à la taille de l'échantillon, à l'absence d'observation directe et à la subjectivité inhérente aux entretiens, ne permettant pas de généraliser les résultats à l'ensemble des pratiques en addictologie. Néanmoins, elle apporte des tendances fortes concernant la manière dont les ergothérapeutes articulent le modèle conceptuel Kawa, les raisonnements cliniques et l'accompagnement des patients souffrant de trouble des addictions. Il s'agit, d'une première étape dans la perspective d'une réflexion plus large sur la manière dont le modèle Kawa peut soutenir une pratique ergothérapique éthique, sensible et centrée sur la personne. De futures recherches pourraient explorer son impact sur l'alliance thérapeutique, l'empowerment et les trajectoires de rétablissement. De telles investigations contribuent à consolider les connaissances émergentes et à renforcer la place du modèle Kawa dans les pratiques ergothérapiques en addictologie.

IX. Bibliographie

- ANFE. (2019). *Qu'est ce que l'ergothérapie*. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Ardoino, J. (1976). *L'imaginaire dans la formation permanente*.
- Aron, R. (1991). *Introduction à la philosophie de l'histoire : Essai sur les limites de l'objectivité historique* (Nouv. éd., revue et annotée). Gallimard.
- Association Addictions France. (2019). *Classification des conduites addictives*. <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
- Benyamina, A. (2016). 36. Modèle transthéorique du changement. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 311-314). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0311>
- Biarese, M. (2019). *Le modèle kawa : Une approche qui révèle la compétence culturelle de l'ergothérapeute*. 102.
- Billiaux, J. (2016). L'importance des modèles conceptuels pour comprendre notre (future) pratique ergothérapique. *ErgOTHérapies*, 62, 5-9.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cadet-Taïrou, A. (2023). *Les Addictions comportementales—Définitions, enjeux et débats*.
- Caire, J.-M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités*. Solal.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. In *Clinical reasoning in the Health Professions* (Butterworth Heinemann, p. 265-278). https://www.researchgate.net/publication/270824046_Chapparo_C_Ranka_J_2008_Clinical_reasoning_in_occupational_therapy_In_Joy_Higgs_Mark_A_Jones_Stephen_Loftus_Nicole_Christensen_Eds_Clinical_Reasoning_in_the_Health_Professions_pp_265-278_Oxford_United
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Clavreul, H., & Launois, M. (2018). Pour une ergothérapie intégrative, entre intérieur et extérieur. *ErgOTHérapies*, 68, 7-18.

- Crabtree, M., & Lyons, M. (1997). Focal Points and Relationships : A Study of Clinical Reasoning. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 57-64.
- Delacroix, E. (2021). *Analyser les données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Deslauriers, J. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique* (McGraw-Hill). McGraw-Hill.
- Devilliers, H. (2022). *Fiche 2—Les trois biais : Sélection, classement, confusion*.
- Dictionnaire de l'Académie Française. (s. d.). *Occupation | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition*. Consulté 31 décembre 2025, à l'adresse <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9O0138>
- Duchastel, J., & Laberge, D. (2019). Entre qualitatif et quantitatif; complexité, interprétation et découverte. *Recherches qualitatives*, 38(2), 5. <https://doi.org/10.7202/1064928ar>
- European Commission. (2021, juillet 5). *Ethics in Social Science and Humanities*. Publication Office of the European Union. https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/docs/2021-2027/horizon/guidance/ethics-in-social-science-and-humanities_he_en.pdf
- Fleming, M. (1991). Clinical Reasoning in Medecine Compared with Clinical Reasoning in Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, (11), 088-996.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives 3e éd.* (CHENELIERE).
- George, M., & Vivier, L. (2018). l'ergothérapie en santé mentale en France : Qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? *ErgOTHérapies*, 68, 19-29.
- Grossmann, F. (2017). *Objectivité scientifique et positionnement d'auteur: Le doctorat en France : mode(s) d'emploi*. pp.97-112.
- Haslouin, V. (2025). *Un virage occupationnel*. https://drive.google.com/drive/folders/1_vstfaP_CpH2_1Zu4b7a0PgB3KZ8WsJO
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd). De Boeck supérieur.
- Higgs, J., & Jones, M. (2000). *Clinical Reasoning in the Health Professions* (2e ed). Butterworth Heinemann.
- Hsiao, H.-Y., Wang, T.-Y., Lee, C.-H., Lu, Y.-C., Huang, Y.-C., Chien, Y.-C., Potenza, M. N., & Lin, C.-Y. (2024). Advancing readiness for change in substance use for people with substance use disorders using the Kawa model based intervention program : A quasi-experimental study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy: HKJOT*, 37(2), 91-101. <https://doi.org/10.1177/15691861241268143>

- Intervenir Addictions. (2019). *Le cercle de Prochaska et Di Clemente*.
<https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
- Iwama, M. K. (2002). *The Kawa Model : Culturally Relevant Occupational Therapy* (1er édition). Churchill Livingstone.
- Iwama, M. K. (2006). *The Kawa model : Culturally relevant occupational therapy*. Churchill Livingstone.
- Izard, M.-H. (2012). *Expériences en ergothérapie*. Sauramps médical.
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
<https://doi.org/10.3917/arco.kaufm.2016.01>
- Kautzmann, L. (1993). Linking Patient and Family stories to Caregivers use of Clinical Reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(2), 169-173.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Laurent, M. (2021). les modèles conceptuels : Une réponse à la quête identitaire des ergothérapeutes. *ErgOTHérapies*, 81, 57-64.
- Les biais—EVAL. (2022, mai 17). <https://www.eval.fr/les-biais/>
- loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 9 (2012).
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=RmLuYk2_t0sMKpcoquw-OSulfmt64dDetDQxhvJZNMc=
- Mattingly, C., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning : Forms of inquiry in a therapeutic practice*. F.A. Davis Co.
- Maze, M. (2016). Modèle Kawa et éducation thérapeutique. Élaboration et mise en pratique d'une méthodologie d'entretien avec des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. *ErgOTHérapies*, 62, 11-17.
- Mesly, O. (2015). *Creating Models in Psychological Research*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-15753-5>
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (2e éd). Haute Ecole de travail social et de la santé.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie (RFRE)*.
<https://arodes.hes-so.ch/record/3299>

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook* (2nd ed.).
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (Edition 3). Sage.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2013). Choisir et intégrer un modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie : Pourquoi ? Comment ? *Expériences en ergothérapie, Montpellier : Sauramps médical*, (19e série), 136-144.
- Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Mortenson, W. B., & Dyck, I. (2006). Power and client-centred practice : An insider exploration of occupational therapists' experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 73(5), 261-271. <https://doi.org/10.2182/cjot.06.008>
- Mucchielli, A., Colletette, P., & Sauvageot, A. (2009). Méthodes qualitatives. In *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (Vol. 3, p. 132-161). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.mucch.2009.02.0132>
- National Institute on Drug Abuse. (2014, mars 31). *Prevention*. <https://nida.nih.gov/research-topics/prevention>
- Nielson, C. (1998). Reevaluation. *Evaluation : Obtaining and Interpreting Data*, 185-193.
- OFDT, O. français des drogues et des tendances addictives. (2025). *Drogues et addictions, chiffres clés* (10e édition). OFDT. <https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), 417-445. <https://doi.org/10.2307/3322540>
- Organisation Mondiale de la santé. (2019). *Addiction*. https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_213_en.pdf
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Paterson, M., & Summerfield-Mann, L. (2006). *Clinical Reasoning* (4e ed). Elsevier.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.).
- Piazza, pier-vincenzo. (2015). *Qu'est-ce qu'une addiction—Grand prix inserm 2015*.
<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
- Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.
- Polkinghorne, D. (1996). Transformative Narratives : From Victimic ti Agentic Life Plots. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(4), 299-305.
- Robertson, L. (1996). Clinical Resoning, Part 1 : The Nature of Problem Solving, a Literature.Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 59(4), 178-182.
- Rogers, J. (1983). Eleonor Clarke Slagle Lectureship (1983) ; Clinical Reasoning : The Ethics, Science and Art. *American Journal of Occupational Therapy*, 37(9), 601-616.
- Rogers, J., & Holm, M. (1991). Occupational Therapy Diagnostic Reasoning : A Component of Clinical Reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 1045-1053.
- Santé publique France. (2022, juin 15). *Quels sont les risques sanitaires associés à la consommation de drogues illicites ?*
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/articles/quels-sont-les-risques-sanitaires-associes-a-la-consommation-de-drogues-illicites>
- Schell, B. (1998). Clinical reasoning : The basis of practice. In *Willard and Spacksman's occupational therapy* (9e éd, p. 90-100). (Édition originale M. Neistadt & E. Crepeau)
- Schell, B. A., & Cervero, R. M. (1993). Clinical reasoning in occupational therapy : An integrative review. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 47(7), 605-610.
<https://doi.org/10.5014/ajot.47.7.605>
- Spencer, J., Davidson, H., & White. (1997). Helping Clients to Develop Hopes for the Future. *American Journal of Occupational Therapy*, (3), 229-234.
- Tchankam, J.-P., Essingone, H. N., & Tchagang, E. (2020). Chapitre 14. Portée et limites de la recherche qualitative. In *Produire du savoir et de l'action* (p. 165-174). EMS Éditions.
<https://doi.org/10.3917/ems.peret.2020.01.0165>
- Teoh, J. Y., & Iwama, M. K. (2015). *The Kawa Model Made Easy : A guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice* (2nd edition).
<https://www.kawamodel.com/download/KawaMadeEasy2015.pdf>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : A 32-item checklist for interviews and focus groups*. 19(6), 349-357.

- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. CAOT Publications ACE.
- Twinley, R. (2013). The dark side of occupation : A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301-303. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12026>
- Université Paris Cité. (2026). *Principes éthiques*. <https://u-paris.fr/societes-humanites/deontologie-ethique-de-la-recherche-et-integrite-scientifique/ethique-de-la-recherche/principes-ethiques/>
- Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation*. ESF éd.
- Weber, M., Roth, G., & Wittich, C. (1978). *Economy and society : An outline of interpretative sociology*. University of California press.

Table des annexes

1) Annexe 1 : Formulaire de consentement.....	I
2) Annexe 2 : Grille d'entretien.....	II
3) Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens.....	III
4) Annexe 4 : Grille COREQ.....	IV

1) Annexe 1 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

Je suis Paul Gourbault, étudiant en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je m'intéresse à l'influence du raisonnement clinique dans le choix du modèle conceptuel Kawa dans la prise en soin des personnes souffrant de trouble des addictions.

Afin de recueillir des éléments de réponse, je vais vous poser différentes questions. L'entretien va durer entre 30 minutes et 1 heure. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions et vous êtes libre de mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez. N'hésitez pas à ajouter des éléments ou remarques qui pourront enrichir la discussion. Et si vous avez oublié un élément à une question précédente, vous pouvez également revenir dessus à tout moment.

L'entretien sera enregistré afin de permettre de retranscrire les informations recueillies avec précision dans le but de les analyser afin de répondre à ma recherche. Ces informations seront anonymisées et la retranscription de cet entretien sera détruite après son analyse.

Je soussigné(e) :, autorise l'étudiant Paul Gourbault à m'interroger dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche et à enregistrer cet entretien.

Date : Le à

Signature, précédée de la mention *lu et approuvé* :

2) Annexe 2 : Grille d'entretien

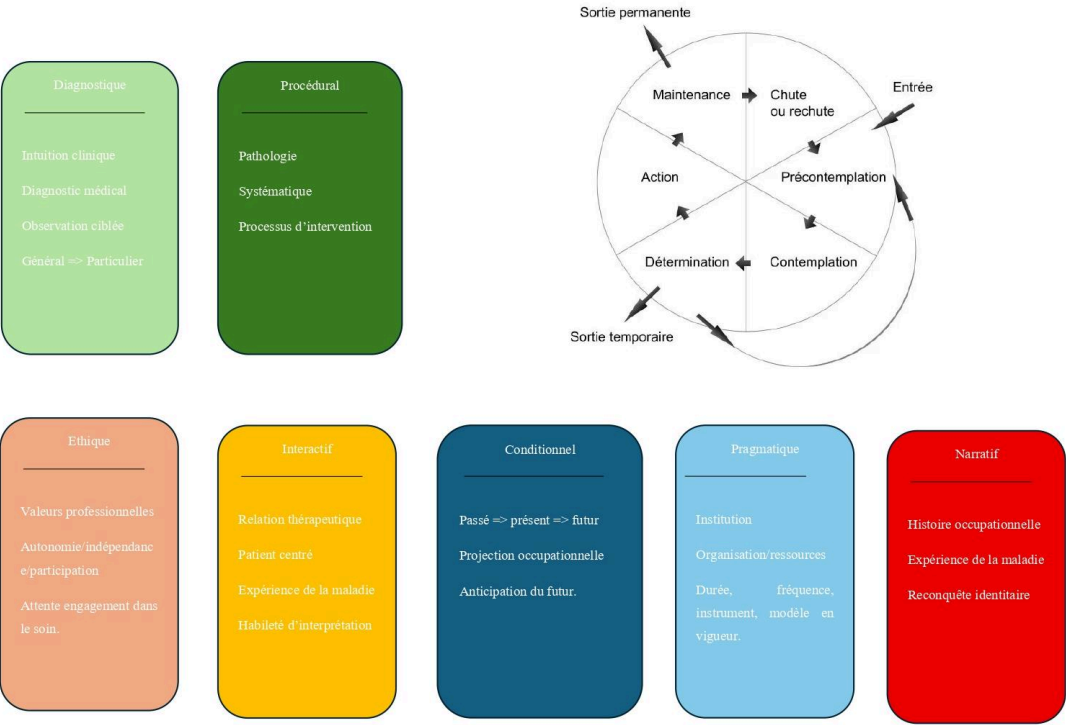
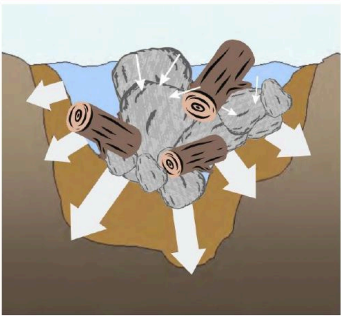
Thème	Question	Précision	Critère	Indicateurs	Hypothèses
Introduction	Q1 : Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?	Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'ergothérapeute ? Avec quelle population exercez-vous actuellement ?	Validation des critères d'inclusion	Ergothérapeute diplômé d'état Travail auprès de patient souffrant de trouble de l'addiction	
Raisonnement clinique	Q2 : Lorsque rencontrez un patient souffrant de trouble des addictions, comment faites-vous pour comprendre sa situation ? Q3 : Comment construisez-vous votre raisonnement clinique ? Q4 : Avez-vous l'impression de mobiliser différents types de raisonnement selon la situation ? Q5 : Avez-vous l'impression de raisonner plutôt de façon « scientifique » (diagnostique/procédurale) ou plutôt de façon « interactive/narrative/conditionnelle » ?	Pouvez-vous me décrire une prise en soin type ? Connaissez-vous les différents types de raisonnement clinique ? Pouvez-vous me décrire une situation où votre manière de raisonner a évolué au fil de la prise en soin ? Quels éléments influence le plus votre raisonnement clinique ?	Lien entre pratique et raisonnement	Raisonnement clinique de l'ergothérapeute prenant en soin les patients souffrant de trouble des addictions. Facteur d'influence du raisonnement clinique Le raisonnement clinique dominant	Hypothèse 1 et 2

Définition	Diagnostic : l'ergothérapeute va avoir une intuition des différentes difficultés de l'usager, établie à partir des données du patient, notamment le diagnostic médical. Observation spécifique des intuitions pour passer du général au particulier. Procédural : il implique toujours la même méthode de raisonnement. En premier, sélection du modèle en fonction du diagnostic médical (le thérapeute projette les effets de la pathologie sur les occupations du patient). Dans un second temps : recueil systématique de donnée (dossier patient, outils d'évaluation en lien avec le modèle), pour générer des hypothèses (les altérations ou limitation de performances, perturbation des habiletés corporelle ou cognitive, impact des facteurs environnementaux qui serait les problèmes du patients). Ensuite choix des objectifs et réalisation de l'intervention avec pour finir une évaluation pour vérifier que le traitement a bien supprimé les problèmes identifiés. Interactif : l'ergothérapeute s'utilise comme agent thérapeutique. Il est centré sur le patient car il inclut ses besoins et son expérience de la maladie, ajustant ainsi le plan de traitement en fonction. Nécessite de l'habileté pour deviner ce que le patient pense et interpréter ce qu'il dit. Conditionnel : connaissance du passé du patient, de son état actuel et anticipation de la finalité de sa prise en soin. Le plan d'intervention est travaillé de manière rétroactive pour pouvoir projeter le patient vers cette image futur. Raisonnement fondé sur une compréhension intersubjective croissante entre le patient et l'ergothérapeute. Ethique : soumis à ce que l'ergothérapeute estime « bon » pour le patient. Le raisonnement est fonction des valeurs professionnelles de l'ergothérapeute qui prescrit de s'intéresser aux intérêts du patients, à ses objectifs, ses besoins, ses problèmes et de s'engager dans une relation de confiance et de soin avec le patient. L'ergothérapeute s'attend à ce que le patient collabore et travaille pour retrouver l'indépendance, l'autonomie et la participation. Pragmatique : l'ergothérapeute va ajuster la prise en soin en fonction des conditions d'exercice de l'institution, impactant le contenu des interventions, la durée, la fréquence, les instruments ou les modèles en vigueur. Narratif : vise à comprendre l'histoire occupationnelle du patient et va l'aider à passer du statut de victime d'événement qui le dépasse à celui d'agent qui peut reconquérir une identité satisfaisante. S'intéresse à l'expérience de la maladie et non à la maladie elle-même.
------------	--

Modèle Kawa	Q6 : utilisez-vous un modèle conceptuel dans votre pratique professionnelle ? Q7 : connaissez-vous le modèle Kawa ? Q8 : est-ce que vous l'avez déjà utilisé ou observé ? Q9 : selon vous, est-ce que le raisonnement clinique peut avoir un impact sur le choix du modèle conceptuel ? Dont le modèle Kawa ? Q10 : quels types de raisonnement clinique vous semblent favoriser l'utilisation du modèle Kawa selon vous ?	Si non : pensez-vous que ce modèle pourrait être utilisé dans votre service ? Si oui : comment l'avez-vous découvert ? Dans quelle situation l'avez-vous utilisé ?	Choix d'un modèle conceptuel dans la pratique dont le modèle Kawa	Connaissance du modèle Kawa Facteur d'influence du choix du modèle Kawa Représentation autour du modèle Kawa	Hypothèse 1 et 2
Définition	Le modèle Kawa utilise la métaphore d'une rivière pour représenter la vie. De la naissance en haut de la montagne jusqu'à la mort, quand la rivière retourne à la mer. Il propose un outil d'évaluation spécifique, permettant au patient de dessiner sa propre rivière. Dans un premier schéma il la dessine d'un point de vue globale, où chaque virage correspond à un moment marquant de sa vie positif ou négatif. Dans le deuxième schéma, il s'agit d'un plan de coupe à l'instant T et le patient doit représenter différents éléments, les rochers symbolisant les obstacles qu'il rencontre, le bois flotté symbolisant les ressources, les forces, parfois encombrantes, parfois soutenante et enfin le lit de la rivière symbolisant le contexte sociale, culturel, environnemental du patient. Le rôle de l'ergothérapeute étant de l'aider à retrouver un courant de rivière plus fluide en travaillant sur comment ces éléments interagissent entre eux et permettant une meilleure circulation de l'eau.				

Modèle transthéorique du changement	Q11 : tenez-vous compte du stade de changement (selon Prochaska et DiClemente) dans votre pratique ? Q12 : est-ce que ces stades influence-t-il, votre raisonnement clinique, le type d'outils ou de médiations que vous choisissez ? (Entretien, groupe, activité, évaluation...) Q13 : est-ce qu'il y aurait, selon vous, certains stades du changement où le raisonnement narrative ou interactif semble plus pertinent ?	Connaissez-vous les différents stades de changement du cercle de Prochaska ? Avez-vous un exemple où le stade du patient vous a fait renoncer à un outil ou en choisir un autre ?	Comprendre comment le stade de Prochaska influence le raisonnement et le choix des outils	Connaissance du cercle de Prochaska et DiClemente. Lien entre raisonnement clinique et stade du changement.	Hypothèse 1 et 2
Définition	Correspond aux différents stades par lesquelles, une personne voulant modifier un comportement, va passer. Le patient commence par la précontemplation, le patient n'a pas de problème, pas de modifications à avoir vu qu'il est « heureux » dans sa situation. La phase de contemplation, il commence à manifester une intention de changement mais il est indécis. Il pèse les pour et les contres. La phase de préparation, il a l'intention de passer à l'action dans un futur proche, il a pris la décision et il commence à se fixer des objectifs. La phase d'action, il a mis en pratique sa stratégie pour modifier ses comportements et en découvrir de nouveaux. Risque de rechute important à ce stade. La phase de maintien, les nouveaux comportements sont intégrés dans la vie du patient, même si le risque de rechute reste présenté avec de nombreuses tentatives à revenir au comportement initial. La phase de rechute, passage fréquent entraînant un « régression » du patient vers un stade inférieur. Même si une rechute permet de progresser et fait partie intégrante du processus. A certain égard c'est un temps nécessaire dans la réussite d'un changement de comportement.				

Lien entre raisonnement clinique et choix du modèle	Q14 : est-ce que le stade du changement de Prochaska influencerai-t-il votre décision d'utiliser ce modèle ?	Dans quel type de situation imagineriez-vous utiliser le modèle Kawa ? A quel moment du parcours de soin ?	Lien entre le stade de changement et le choix du modèle	Stade du changement influence le choix de l'utilisation du modèle Kawa	Hypothèse 1 et 2
Conclusion	Q15 : Y a-t-il un aspect que vous souhaitez ajouter concernant le raisonnement clinique ou le modèle Kawa ?				



3) Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens

Thèmes	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Population interrogée	Profil académique et spécialisation	« Je suis A., je suis ergothérapeute depuis 2002. » « J'ai fait à l'époque un DU qui s'appelle « de l'accident au rétablissement »	« Je suis B., je suis ergothérapeute diplômé depuis 2020. »	« Je m'appelle J., je suis ergothérapeute à la CMME. »
	Expériences professionnelles	« J'ai travaillé 7 ans en neurologie dans un centre de réinsertion pour personnes cérébrolésées. » « J'ai intégré le service de psychiatrie en 2009, pour participer au développement d'un outil de remédiation cognitive. En 2012, j'ai contribué à l'accueil des premiers médiateurs de santé pair. Depuis 2024, j'ai intégré le service intrahospitalier où je prends en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques complexes : mélancolie sévère, schizophrénie, bipolarité, trouble borderline, TDAH et conduite addictive. J'interviens dans une consultation sur la transidentité et j'anime un groupe familial destiné aux proches de personnes souffrant de trouble psychique, autour de la psychoéducation, de la communication avec les patients en crise et l'accompagnement vers des soins sans contraintes. »	« Depuis 2021, je travaille, 3 jours par semaine, en SMRA (soins médicaux de réadaptation en addictologie) et les 2 autres jours, je travaille dans une MAS et dans un EHPAD. » « On est plusieurs ergothérapeutes et on va accueillir des patients pendant 6 à 12 semaines pour tous types d'addiction. Le sevrage est obligatoire. »	« Je suis spécialisé dans le trouble du comportement alimentaire »
Raisonnement clinique	Compréhension de la situation d'un patient et modalités de recueil de données	Alors moi, quand le patient arrive en ergothérapie, quel qu'il soit, je lui demande de me faire un collage pour se présenter. Alors pourquoi un collage ? Parce que ce n'est pas très exposant. Souvent ils me disent "Mais je ne sais pas dessiner et cetera." Tout le monde sait découper, arracher si découper c'est compliqué et coller. Et je leur demande de choisir des images qui leur parlent. C'est un peu comme du « photolangage », des choses qui leur fassent écho et qu'ils le collent. En fait, je vais les voir durant cette phase ou je les observe discrètement. Je vois les images qu'ils ont pu mettre sur le côté, je vais les questionner et cetera. Et c'est vrai que parfois il y a des choses qui ressortent. » « Alors quand j'accueille les patients en ergothérapie je ne lis pas le dossier avant parce que je ne veux pas être influencé. Cependant, j'ai des médecins qui me demandent d'accueillir des patients pour valider ou contrevalider un diagnostic. Dans ce cas-là, je suis biaisée parce qu'on me demande d'aller regarder quelque chose de spécifique. » « Je suis beaucoup dans un truc de déculpabilisation car finalement l'addiction n'est qu'un symptôme et qu'en fait c'est le choix du produit qui est intéressant parce qu'il nous aide à savoir ce que le patient cherche. » Je dis au patient « Écoutez de toute façon on n'est pas maître de soi, c'est très compliqué et le produit a une fonction. Ce qu'il faut trouver c'est l'origine car c'est l'origine qui	« Toutes les semaines, il y a un nouveau groupe de patients qui arrivent dans la structure. On les reçoit en ergothérapie le mercredi matin pour leur présenter ce que l'on va faire et après on les reçoit tous en individuel. » « Lors de cet entretien, qui dure 1h, on va recueillir leurs difficultés, leurs ressources, ce qui les a amenés à l'addiction et pourquoi ils veulent en sortir, leur environnement familial, professionnel, matériel... » « On leur fait passer un MoCa pour voir s'il y a des troubles neurologiques dû à la prise des produits et après, en fonctions des difficultés, on va les orienter dans différents groupes qu'on anime. »	« La première approche est d'abord, un premier entretien individuel. » « La priorité pour moi c'est de ne pas avoir suivi le dossier pour que je puisse vraiment aborder la vie quotidienne du patient. » « Je travaille sur les difficultés dans la vie quotidienne que rencontre le patient en lien avec ses addictions et particulièrement ses addictions alimentaires. »

		est importante »		
		« Pour les troubles du comportement alimentaire (TCA) on pourrait dire que c'est une addiction. Quand elles vivent quelque chose avec une intensité émotionnelle trop forte et qu'elles n'arrivent pas à gérer, que ce soit positif ou négatif, dans la boulimie, tu as ce truc de « tu te fais tellement mal physiquement que tu n'as plus mal psychiquement, ou en tout cas tu ne vis plus rien psychiquement ». »		
	Construction du raisonnement clinique. Déterminants et processus de réflexion clinique	« En fait, on va le co-construire avec le patient. Je suis toujours en partenariat avec lui. » « À travers le collage, on va parler de lui mais aussi de sa famille. Parce que parfois il y a des choses qui se répètent entre les générations. Il y a une sorte de désir de filiation où parfois on va retrouver les mêmes schémas. C'est ça qui va m'aider à avoir un raisonnement clinique. » « Je m'intéresse à l'organisation de la pensée de la personne, comment est-ce qu'elle interagit avec l'activité qu'elle est en train de faire, ce qu'elle en dit elle-même. » « C'est mon observation clinique sur le comportement de la personne, comment est-ce qu'elle organise sa pensée, comment est-ce qu'elle organise son plan de travail, ça va m'apporter beaucoup d'éléments au niveau cognitif, comment est-ce qu'elle va échanger avec les autres au niveau cognition sociale, au niveau de la théorie de l'esprit, est-ce qu'elle va comprendre certaines choses et cetera ? Ensuite, je vais essayer de la faire élaborer pour qu'elle me raconte ce qu'elle va faire dans sa vie, l'expérience de sa maladie. » « c'est important aussi de ne pas oublier d'où viennent les patients, parce qu'on ne va pas avoir la même approche. On va être biaisé dans notre culture et nos représentations. »	« On va regarder la communication du patient, parce certains ont des difficultés à rentrer en communication avec l'autre. Ils sont un peu éloignés des autres et la communication, élaborer un discours ça peut être un peu compliqué. Ils peuvent être vite agressifs. » « Entre les addictions et les émotions, il y a beaucoup de liens. » « On travaille sur la remédiation cognitive, les compétences psycho-sociales, les émotions et l'écriture et l'expression scénique. Et pour les groupes ouverts, on fait des médiations artistiques, telles que la vannerie, la peinture sur soie, et on va faire des visites à domicile. » « En fonction de la nécessité, pour évaluer un retour à domicile ou l'autonomie d'un patient, on a deux appartements thérapeutiques. » « On se rend bien compte que la complexité c'est dès qu'ils sortent. Pendant le soin, ça va plus ou moins bien, parce que le cadre les tient et ils arrivent à tenir. »	« C'est hyper simple, je me base sur le patient. Donc en me basant sur les informations que me donne le patient, je fonde mon raisonnement clinique. » « Mon raisonnement varie par rapport à chaque situation. Il n'est pas lié à mes pensées mais aux pensées du patient. Et comme chaque patient a des besoins et des ressources qui sont différentes, mon raisonnement varie. »
	Raisonnement clinique dominant	Pour le raisonnement diagnostique « je suis beaucoup dans ce raisonnement à l'initiale » puis je suis dans l'interactif et aussi dans le narratif. « Tu vois, j'ai toujours un peu les trois en parallèle ». J'ai un raisonnement interactif « avec mes patients qui souffrent d'addiction » Pour le raisonnement conditionnel « je le faisais quand j'étais en extrahospitalier, parce qu'en intra tu as les contraintes temporelles, les patients arrivent et puis ils peuvent repartir dans la même semaine. » Mais « je le fais exceptionnellement » Pour le raisonnement éthique « c'est très compliqué surtout avec des addicts », « Il faut toujours y croire, mais parfois tu as un désespoir ou de la colère qui peut s'installer quand tu les vois revenir et ça c'est beaucoup en addictologie. Il ne faut pas qu'il pense que tu es perdu. En tout cas, même si tu perds espoir, il ne faut surtout pas le montrer, ce qui est très complexe, parce qu'en fait, ils ont besoin de toi et que si tu ne crois plus en eux, plus personne ne croit en eux. » Pour le raisonnement pragmatique, « je t'avoue qu'il nous dépasse souvent,	« Je pense que celui qui revient le plus c'est interactif. » « Après en fonction, du patient, de sa pathologie, de sa comorbidité, il va y avoir des différences. Pour ceux qui ont des comorbidités psychiatriques ou qui sont apathiques, je vais plutôt chercher des choses très procédurales, pour que ce soit plus cartésien, plus cadré. » « Je n'ai pas de trame d'entretien, je m'adapte en fonction de ce que me renvoie le patient et de ce que je vais lui renvoyer aussi. »	« Je n'utilise pas les raisonnements scientifiques de toute façon, je suis plutôt dans un raisonnement antipositiviste. » « Je pense que le raisonnement interactif et narratif domine. Après je pense que ça sert sûrement en tant qu'étudiant mais franchement en réalité je n'analyse pas comme ça. » « Franchement, ce n'est pas vraiment moi qui décide de ce que les patients se saisissent ou pas durant les séances d'ergothérapie, ni des opportunités qui y sont liées. » « Je fais le taf de façon identique, j'ai 5-6 questions d'approche globale et après, on regarde ce que le patient va donner. »

		parce que les patients sortent sans qu'on le sache. » Pour le raisonnement narratif, « c'est vachement important, c'est ce qu'on appelle l'empowerment, on est beaucoup là-dessus » « Je pense que je raisonne plus à 60% scientifique et 40% antipositiviste. C'est un peu ce que l'institution attend de nous. » Alors que si tu enlèves l'institution « je suis clairement plus à l'aise avec les raisonnements anti positivistes » « En fait c'est vrai qu'ils sont en attente de moi, sur les écrits, d'un raisonnement scientifique et en réunion clinique un raisonnement antipositiviste. Sauf quand les médecins sont en recherche diagnostique, mais c'est très spécifique, car ils vont me demander énormément d'éléments. » Après dans ma pratique avec le patient, « je travaille sur ses valeurs, ses ressources, sur l'amélioration de sa qualité de vie, les origines de ces symptômes et on va travailler sur la notion d'empowerment, donc en vrai c'est plutôt antipositiviste. »		
Modèle Conceptuel Kawa	Connaissance et usage de modèles conceptuels	« Alors moi mes études datent, donc tu sais à l'époque on n'avait pas de modèle. » J'utilise grâce à ma formation neurologique « plutôt un modèle cognitif. La réhabilitation psycho-sociale, c'est mon modèle. » « Parce que je n'ai pas du tout été élevé avec des outils à l'école d'ergothérapie, il n'y en avait pas à l'époque. » « Maintenant, j'ai été formé sur un modèle qui ressemble au PEO, qui s'appelle le bilan Azima. Il utilise justement des médiations artistiques, comme le dessin, la terre ou le collage, pour pouvoir donner un diagnostic, avec simplement des observations. » « Je sais qu'il faudrait que je me forme sur le MOH, mais je me rends compte que j'aborde ces notions lors de mes entretiens sans savoir exactement comment ça se nomme. »	« On va dire que j'utilise le modèle MOH, parce qu'on a la vision du patient à travers le MOH, mais sans vraiment utiliser ses outils. » « C'est vrai que dans notre pratique et entre collègues, on ne parle jamais de modèle conceptuel. »	« J'utilise le modèle Kawa sur les profils addictifs de mes patients, sur leur vécu et sur leurs ressources. » « J'ai découvert le modèle Kawa à travers mes études. »
	Déterminants de l'usage du modèle Kawa	« Je pense que pour utiliser ce modèle, et en fonction de ce que tu m'en as dit, il faut être plutôt dans un raisonnement interactif et narratif »	« Si je devais choisir un raisonnement clinique qui pourrait avoir un impact sur le choix du modèle Kawa, l'interactif me paraît bien et le conditionnel aussi. » « On ne se pose pas 2 minutes pour réfléchir à quels modèles j'utilise en ce moment, on ne s'en rend pas compte mais ça parle quand même. »	« Je l'utilise en fin de prise en soin pour deux raisons. La première, le patient n'idéalise pas la prise en soin et ce qu'il a vécu précédemment et la deuxième, c'est pour les ressources, pour que le patient puisse prendre conscience des ressources sur lesquelles il peut s'appuyer. En plus, vu que j'ai vu les patients au moins 4 à 5 fois avant, l'alliance thérapeutique est déjà créée. Le modèle et cette alliance, permet aux patients de créer quelque chose. » « C'est important de faire du lien entre ce qu'ils vivent en hospitalisation et ce qu'ils vont vivre dans la réalité parce que ça génère chez eux du stress et beaucoup d'angoisse. De leur dire sur quoi ils peuvent s'appuyer quand ça va être la panique et d'essayer de faire en sorte que cette ressource ne soit pas l'addiction alimentaire. » « Mon but, c'est déjà qu'ils réussissent à marquer sur une feuille leurs

				difficultés, après soit il le développe à l’oral, soit il ne le développe pas, ça n’a pas d’impact, le job est fait. » « Je pense que le raisonnement narratif favorise l’utilisation du modèle Kawa parce que c’est très bien que ce soit basé sur l’occupationnel, sur l’expérience de la maladie et que ça lui permette de reconstruire son identité. » « Après je pense aussi interactif, parce que je suis beaucoup dans l’échange, dans l’interactions avec le patient. Que ce soit pour les entretiens individuels ou même les séances, je les adapte beaucoup en fonction des interactions que j’ai avec les patients. »
	Connaissance du modèle Kawa	« J’ai lu des choses sur ce modèle mais je ne connais pas bien. » « C’est un modèle qui est dynamique »	« On l’a vu à l’école, je m’en souviens un peu. C’est avec la rivière. » « Je ne l’ai jamais vu en pratique, juste en théorie à l’école. »	« J’ai découvert le modèle Kawa à travers mes études. » « Ça veut dire café en africain et rivière en japonais. » « J’utilise le modèle Kawa sur les profils addictifs de mes patients, sur leur vécu et sur leurs ressources. »
	Perception et appropriation de la métaphore Kawa	« J’ai essayé d’avoir des images et de me former dessus mais je ne trouve rien sur internet. » « Je pensais que la rivière, tu la dessinais de manière horizontale, je n’imaginai pas une montagne et la mer. » « J’aime beaucoup ce modèle, car il permet d’appréhender la fin de vie, sur la notion de faire partie d’un tout. » « En tant qu’ergothérapeute, on aime beaucoup ce qui est dynamique et interactif avec le patient. Moi j’aime beaucoup la notion de représentation de la rivière et la notion d’évolution dans le temps que tu figes à un moment donné. »	« C’est le genre de modèle qui me paraît connecté à la réalité du service d’addiction. Il me paraît plutôt adapté et je suis sûr que dans mes collègues, je pense à une en particulier, à qui ce modèle conviendrait parfaitement. » « Les modèles conceptuels, on en parle beaucoup en étude mais beaucoup moins après. Et le modèle Kawa, ce n’est pas le modèle le plus connu non plus. » « Le modèle Kawa serait pour moi, un support qui permet la narration de la personne, de son vécu, de sa maladie et de son histoire de vie. » « Je trouve que tout le monde n’a pas accès à cet aspect métaphorique de la rivière dans son raisonnement clinique. » « Il y a aussi une notion de temps, un entretien d’entrée dure entre 45 minutes et 1 heure, donc si j’utilise le modèle Kawa, ça va forcément déborder. »	« Je ne fais qu’un seul schéma et après je sépare les ressources, parce que mon but c’est quand même de les accompagner vers la fin de l’hospitalisation. » « Je travaille en psychiatrie, donc il y a une énorme liberté et ce n’est pas vraiment le modèle en soi qui m’intéresse, c’est surtout comment il se positionne, comment il se présente, comment il formule, sur quoi il s’adapte... » « Je donne énormément de liberté de création parce qu’en ergothérapie c’est le seul moment où ils peuvent le faire. Et ça leur permet de pouvoir parler de ce qui ressort lors des séances avec les proches ou avec les psychiatres. Ils doivent faire en sorte que ça se développe, pour permettre de réfléchir un peu différemment. » « Le but c’est qu’il travaille à travers le modèle Kawa, pas que moi je travaille. » « Le modèle Kawa, tu fais le bilan de ta vie, c’est une rivière mais c’est en fait la chronologie de ta vie, ce peut être difficile. » « J’utilise le modèle Kawa parce qu’il me parle, j’ai des difficultés à l’écrit et à l’oral et le fait d’avoir un support comme celui-là m’aide beaucoup et ça permet aussi aux patients de saisir des opportunités, de se questionner sur sa zone de confort. »
Cercle de Prochaska et DiClemente	Connaissance du modèle Transthéorique	« Je ne connaissais pas le cercle de Prochaska et DiClemente mais ce sont les étapes que l’on utilise pour le rétablissement. »	« Oui je connais parfaitement. » « Tous les patients vont être vus par l’équipe pluridisciplinaire et chacun va évaluer, selon lui, le stade du changement dans lequel il perçoit le patient. Et ensuite on va faire le bilan tous ensemble. C’est une notion de base concernant le patient, qui sera réévalué à la moitié et à la fin de sa	« J’utilise ces étapes concernant la notion de deuil mais pas concernant l’addiction à proprement parler. » « Je mélange les deux schémas parce que les patients ne vivent pas le moment présent et ils idéalisent plein de choses, surtout ce qu’il se passe en

			prise en soin. Ça permet de voir ce qu'il a pu mettre en place. » « C'est central dans la prise en soin interprofessionnel. » « On se rend bien compte qu'entre professionnels on a parfois les mêmes stades pour le patient, c'est assez franc, mais généralement on n'est pas d'accord, c'est ça qui est intéressant. » « Il faut bien prendre en compte que certains patients sont là sur injonctions familiales, professionnelles ou même judiciaires, du coup ça joue aussi sur leur stade de motivation et sur leur envie de changer des choses. »	hospitalisation. Et le fait de relier les schémas ça permet de faire un lien, une sorte de continuité. » « C'est comme lorsque tu passes une porte et que tu oublies pourquoi tu la prise, là c'est pareil. » « Comme ils se trouvent bien en ergo, la salle est sympa, ils pensent qu'on va aborder des trucs cool, c'est le cas mais en version hard. »
	Lien entre raisonnement et stade du changement	Les stades du patient influencent mon raisonnement clinique « parce que je ne serais pas du tout la même avec lui en fonction de son stade. » Par exemple « quand il y a une rechute, on va avec le patient, puisqu'on travaille ensemble, chercher la cause de la rechute, le contexte, les facteurs qui ont entraîné la rechute et les facteurs qui auraient pu le protéger. On va beaucoup travailler sur l'estime de soi et les rôles sociaux. »	« Ça vient forcément influencer notre raisonnement clinique. » « Très rapidement, on va voir des éléments qui vont nous faire dire que certaines choses sont encore compliquées pour le patient. » « Certains vont avoir déjà commencé à anticiper certaines pistes de réflexions alors que d'autres vont en être encore assez loin et du coup on va venir travailler là-dessus. » « Pour ceux qui sont plutôt vers la contemplation, on va d'abord se questionner sur leur état cognitif, pour savoir s'ils ont la capacité d'élaborer quelques choses, puis on va leur proposer des outils simples pour commencer à préparer des choses simples, comme un planning ou travailler autour des choses de la vie courante. » « Pour les patients qui sont déjà dans la préparation, on va plutôt partir sur les émotions ou le travail. » « Après on va s'adapter aux patients, parce que certains vont très rapidement avancer alors que d'autres vont stagner pendant longtemps et d'autres vont malheureusement revenir en arrière. » « L'interactif est important que tu es en contemplation et en détermination/préparation pour pouvoir continuer à aller de l'avant. Il y a encore besoin d'aller renvoyer des choses à ce moment-là. » « Le narratif en phase d'action, voire de maintenance. Dans le sens où c'est souvent dans cette phase-là qu'on parle de l'expérience de la maladie, des discussions avec les pairs. »	« Peu importe son stade, ça ne change pas mon raisonnement. » « Qu'il chiale, qu'il soit heureux, que ça lui plaise ou que ça ne lui plaise pas, ce n'est pas la question. Le qui est intéressant c'est ce que ça lui apporte et sur quoi on travail, comment on fait pour intégrer ce que l'on fait en ergothérapie dans la vie quotidienne du patient. » « Le but c'est de penser au maintien et de faire en sorte que ça dure le plus longtemps possible. Et lui faire comprendre que le risque de rechute reste quand même important, et c'est justement sur cette partie que l'on travail, comment faire quand la rechute sera là. »
Liens entre les concepts	Lien entre stade du changement, modèle Kawa et raisonnement clinique	« Vu que j'ai dit qu'il faut un raisonnement clinique interactif et narratif pour l'utilisation du modèle Kawa, je pense qu'il peut être utile à tous les stades. » « En pré-contemplation, c'est intéressant parce que le patient est en déni. Lorsque il va dessiner sa rivière, il va peut-être y avoir plein d'espace, mais à l'intérieur du patient, il y aura peut-être un début de prise de conscience. Et ça pourrait vraiment renforcer la contemplation et permettre d'aller jusqu'à la détermination. »	« Je trouve que le modèle Kawa serait intéressant lors des activités de partage d'expérience, de groupe de pair, pour l'idée du vécu, des obstacles, de comment tu fais pour passer au-dessus... » « C'est dans la phase de l'action et la maintenance qu'il serait utile, avec un raisonnement plus narratif. »	« Je ne pourrais pas utiliser le modèle Kawa en début de prise en soin parce qu'il n'y a pas l'alliance thérapeutique. C'est ma position à travers le patient qui est importante, la confiance qu'il instaure avec moi. » « Le but c'est de le faire évoluer. » « Il y a une idéalisation de l'hospitalisation et c'est ce qui pose des problèmes. En hospitalisation, les patients sont hyper sécurisés avec tous les

		« Je pense que pour la contemplation, le modèle Kawa peut même renforcer la décision et permettre de déterminer des objectifs pour le futur. » « Ça serait dommage de se priver d'un outil aussi riche, juste parce que le patient n'est pas au moment attendu, donc je pense qu'à tous les stades il peut être intéressant. Même si le meilleur stade reste évidemment la pré-contemplation et la contemplation. » « Je pense que le modèle pourrait aider parce qu'on ne parle pas du produit directement, on parle du patient lui-même. C'est là où c'est intéressant, de voir comment les patients déterminent les produits, comme un rocher ou comme des petits troncs. »		professionnels qui sont là pour écouter, prendre soin d'eux, presque à toute heure. En ergothérapie, on n'apporte rien à l'hospitalisation, on fait le lien avec l'extérieur. » « Je n'utilise plus le modèle Kawa en HDJ intensif parce que c'est trop compliqué pour les patients. Ça les met en danger parce qu'à partir du moment où il contrôle la rivière, il contrôle le modèle Kawa et là c'est foutu. Et je donne beaucoup de liberté aux patients et ils se trouvent confrontés à de grosses difficultés, ce qui les met dans des situations difficiles. »
Discussion et ouvertures	Enjeux cliniques, culturels éthiques transversaux	« Parce qu'il faut dire qu'ici les patients font beaucoup d'entretiens, il y a les médecins seniors, les médecins juniors, ... bref, ils font des entretiens à longueur de journée et dans ces entretiens ça devient presque un peu stéréotypé. Ils disent un peu la même chose. » « Par exemple, l'alcool on en parle de temps en temps avec les patients. Mais dans notre société, ça fait partie de notre vie. Ça fait partie de notre culture. On sait que, en fonction des cultures, tu vas avoir une prédisposition génétique ou pas pour certains trucs. Donc c'est vrai que tu as une situation familiale qui peuvent te préserver ou au contraire t'exposer à des consommations. » « En dehors du collage on ne va pas leur donner les outils, on va les laisser choisir les outils. C'est intéressant parce que c'est la différence entre la sympathie et l'empathie. » « La sympathie, c'est quand tu vas donner directement un outil à la personne. C'est toute la différence avec l'empathie, tu questionnes la personne, « alors tu en es où ? Comment est-ce que je peux t'aider ? comment vous pouvez m'utiliser, pour qu'on avance ensemble ? j'ai plein de choses à vous proposer, mais qu'est-ce qui correspondrait le mieux à vous ? ». » « Des traumatismes peuvent se révéler être des forces » « On n'est pas tous égaux, on n'a pas tous les mêmes ressources, ni le même étayage enfant, même au niveau neuronal on n'est pas connecté de la même façon. Tout le monde n'a pas la même force de résilience et ce n'est pas pour autant qu'on est moins doué. » Les patients addicts « s'auto stigmatisent », alors qu'ils ont généralement eu une vie plus difficile » « Je pense que le modèle Kawa, pourrait être utile à ma pratique mais je ne sais pas où je peux me former. »	« Le travail pluri c'est hyper riche, parce que tu n'as pas le choix et tu ne feras rien tout seul. » « En addicto, tu es confronté à des situations de vie assez traumatiques et il faut pouvoir y faire face. » « Ce qui est intéressant, c'est qu'après le sevrage physique, le sevrage de la dépendance, il y a un sacré travail derrière, sur le psycho-social. » « Je trouve qu'il y a quand même de plus en plus de comorbidité, je dirais qu'un patient sur trois à une pathologie psychiatrique associée. Et pour sortir de l'addiction c'est compliqué de jouer sur les deux tableaux et c'est le rôle de l'ergothérapeute, d'apprendre au patient à gérer autrement des choses qui étaient gérées par le produit. »	« L'addiction alimentaire pose quand même énormément de problème, il y a certain patient que l'on ne peut pas aider en ergothérapie parce qu'ils arrivent en phase aiguë de dénutrition. Et à cause de l'addiction, il y en a qui ne sont plus fonctionnels intellectuellement. » « En ergothérapie, on ne sort jamais le patient de sa zone de confort. Les patients donnent ce qu'ils veulent donner, ou pas, toi tu lui donne juste un cadre qui le contient et après tu regardes ce qu'il en est. » « Le modèle Kawa, c'est comme le film Barbie, sous une apparence rose et légère se cache une réflexion sur la place de la femme dans la société, le vrai sujet ce n'est pas le dessin en lui-même, mais le travail du patienta travers le support. »

4) Annexe 4 : Grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.		
N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).		
N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

RÉSUMÉ

Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute qui utilise le Modèle Kawa pour accompagner les patients souffrant de trouble de l'addiction

Introduction: Les patients souffrant de trouble des addictions rencontrent, dans leurs activités quotidiennes, des difficultés qui nécessitent une approche biopsychosociale dans la prise en soin. Cette approche s'inscrit dans le nouveau paradigme contemporain de la pratique de l'ergothérapie actuelle. Dans le cadre de cette recherche, le modèle Kawa apparaît comme pertinent, cependant il reste sous-utilisé dans la pratique professionnelle courante de l'ergothérapie.

Objectif: Cette étude a pour objectif d'examiner le lien entre le raisonnement clinique des ergothérapeutes et leur utilisation du modèle Kawa dans la prise en charge des patients souffrant de trouble des addictions.

Méthode: Une approche qualitative a été adoptée dans un cadre hypothético-déductif. En s'appuyant sur la littérature, les hypothèses ont été testées au moyen d'entretiens semi-structurés menés auprès de trois ergothérapeutes prenant en charge des patients souffrant de trouble des addictions.

Résultats: Les résultats ont montré que le raisonnement clinique interactif et narratif étaient les principaux raisonnements soutenant l'utilisation du modèle de Kawa en ergothérapie. Toutefois, un même ergothérapeute fait coexister dans le même temps les raisonnements scientifiques et anti-positivistes. Deux ergothérapeutes ont indiqué utiliser le modèle transthéorique du changement dans leur pratique, ce dernier influence leur pratique et leur choix d'outils d'évaluation et de modèles conceptuels. Aucun consensus n'a été établi concernant le moment opportun pour utiliser le modèle Kawa ni la structure de son évaluation.

Conclusion: Le modèle Kawa semble être un outil pertinent et centré sur la personne dans la prise en charge des patients souffrant de trouble des addictions, mais son utilisation dépend de la disposition du patient, du contexte thérapeutique et du raisonnement clinique du thérapeute. Ces résultats suggèrent que le moment de l'intervention est un facteur clé en pratique. Des recherches supplémentaires devraient explorer la relation entre l'autonomisation, l'alliance thérapeutique et l'utilisation du modèle Kawa.

Mots clés : Addiction, Modèle conceptuel, Modèle transthéorique du changement, Modèle Kawa, Raisonnement clinique.

ABSTRACT

The clinical reasoning of occupational therapists using the Kawa Model to care for patients with addiction disorders

Introduction: Addiction disorders are associated with impairments in daily functioning, highlighting the need for a biopsychosocial approach. This approach is aligned with the contemporary paradigm of occupational therapy. In this context, the Kawa model appears particularly relevant, yet it remains underused in current practice.

Purpose: This study aims to explore the relationship between occupational therapists' clinical reasoning and their use of the Kawa model in the care of patients with addiction disorders.

Methods: A qualitative design was used within a hypothetico-deductive framework. Drawing on the literature, hypotheses were tested through semi-structured interviews with three occupational therapists caring for patients with addiction disorders.

Results: The results showed that interactive and narrative clinical reasoning were the main approaches supporting the use of the Kawa model in occupational therapy practice. Nevertheless, scientific and anti-positivist reasoning could coexist within the same therapist. Two occupational therapists reported using the transtheoretical model of behaviour change, which influenced their practice and choice of assessment tools and conceptual models. There was no consensus regarding the timing of the use of the Kawa model and the structure of its assessment.

Conclusion: The Kawa model appears to be a relevant and person-centred tool in addiction care, but its use depends on the patient's readiness, the therapeutic context, and the therapist's clinical reasoning. These findings suggest that the timing of intervention is a key issue in practice. Further research should explore the relationship between empowerment, therapeutic alliance and Kawa model use.

Key words : Addiction, Clinical reasoning, Conceptual model, Kawa model, Substance use disorder, Transtheoretical model of behaviour change.