

# le partenaire

vol. 13, n° 2, printemps 2006



*Volition et motivation  
en santé mentale*

*Deuxième partie : quelques exemples d'application*



ASSOCIATION  
QUÉBÉCOISE POUR  
LA RÉADAPTATION  
PSYCHOSOCIALE

# le partenaire

---

## est le bulletin de

l'Association québécoise  
pour la réadaptation psychosociale



## Siège social :

**AQRP**, 184, rue Racine, Loretteville  
(Québec) G2B 1E3

Téléphone : (418) 842-4004

Télécopieur : (418) 842-4334

Courriel : [aqrp@qc.aira.com](mailto:aqrp@qc.aira.com)

Internet : [www.aqrp-sm.ca](http://www.aqrp-sm.ca)

**Comité de rédaction :** Véronique Bizier,  
Rosanne Émard, Michel Gilbert, Francis Guérette,  
Diane Harvey, Gilles Lauzon, Hélène Provencher

**Édition :** Diane Harvey

**Conception et réalisation graphique :**

[www.fleurdelysee.ca](http://www.fleurdelysee.ca)

**Imprimé à Victoriaville**

**Révision des textes et correction des épreuves :**

Dany Cloutier

ISSN 1188-1607

# sommaire

---

- 3 Carnet de l'éditrice
- 4 Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique
- 13 Le processus de remotivation de De las Heras et les personnes aux prises avec une dépression majeure : une recherche exploratoire découlant de l'expérience clinique vécue dans le programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard
- 19 Nous avons lu pour vous... *Guide de l'intervenant. Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition*

# vignette sur la une

---

Créées par Anne-Sylvie Charest, Serg Demers et Caroline Ouellet, toutes des personnes utilisatrices de services de santé mentale, les œuvres proposées relèvent d'une interrogation et d'une remise en question de nos habitudes vestimentaires. Mis en scène lors de l'exposition Oripeaux de Folie Culture, ces mannequins, parés de leurs plus beaux atours, illustrent l'émergence d'une deuxième peau, un oripeau, parfois résultat d'une soif de changement. En transition de l'hiver au printemps, on se débarrasse de nos habits devenus trop lourds, on se dépouille de plusieurs contraintes, on revêt de nouvelles couleurs, des textures plus légères, on se lance vers une autre saison. On se sent prêt et disposé à changer!

Pour faire suite aux différents concepts liés à la motivation humaine présentés dans le premier numéro portant sur la volition et la motivation en santé mentale, le présent bulletin poursuit en vous proposant quelques exemples pratiques d'application. Un premier article de Carmen Gloria de las Heras nous amène à revoir le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner sous de nouveaux angles, dont plus particulièrement son application dans une ressource d'insertion sociale située à Santiago, au Chili. Le *Reencuentros* conjugue le MOH, celui de la réadaptation psychosociale d'Anthony et Farkas et celui du Clubhouse (voir *le Partenaire*, vol. 5, n° 4, hiver 1997). Carmen Gloria de las Heras, ergothérapeute, candidate au doctorat et directrice du *Reencuentros*, nous fait part de ses recherches sur le MOH et du processus de remotivation qu'elle a développé au cours de ses expérimentations. Plusieurs vignettes permettent aux lecteurs de bien saisir les concepts explicités et les outils d'évaluation du processus. Une collaboration hors frontières qui vaut vraiment la peine d'être partagée.

Un deuxième article de Geneviève Pépin, Ph. D., Brigitte Lefebvre, Francis Guérette, tous ergothérapeutes, avec la collaboration de Paul Jacques, médecin psychiatre, nous présente les résultats sommaires de leur expérimentation du

MOH de Kielhofner et du processus de remotivation de De las Heras dans le programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard. On peut y découvrir une nouvelle façon de faire qui semble des plus prometteuses pour les personnes ayant des troubles graves de santé mentale et qui éprouvent une certaine résistance face aux traitements plus conventionnels. Différents témoignages illustrent les perceptions des personnes utilisatrices de services et celles des intervenants de la santé qui ont participé à cette expérience clinique.

Finalement, la chronique *Nous avons lu pour vous...* porte sur le livre de Carmen G. de las Heras et ses collaborateurs, actuellement sous presse. Phillippe Baruch, M. D., a lu et commenté *Le Guide de l'intervenant, Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition*. Il souligne, entre autres, l'intérêt d'une intervention thérapeutique fondée sur la notion de volition, tout particulièrement pour les troubles de l'humeur.

Fin de la thématique de la motivation et de la volition en santé mentale! À surveiller, la participation grandissante des usagers à tous les niveaux au sein des services de santé mentale. L'embauche des pairs aidants : une autre thématique en deux bulletins consécutifs. *Le partenaire* du printemps!

Diane Harvey



C'est avec plaisir que le Centre de référence sur le modèle de l'occupation humaine (CRMOH) annonce la parution de la traduction-adaptation du livre de

**CARMEN GLORIA DE LAS HERAS ET COLL.,**  
*Guide de l'intervenant, Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition*

Ce document s'adresse aux intervenants qui côtoient quotidiennement des personnes peu motivées à agir (volition). On y décrit les bases théoriques, les différentes étapes du processus de remotivation et des exemples d'applications cliniques. Ce livre présente un nouveau regard sur les conditions de mise en œuvre des interventions auprès de personnes atteintes de troubles graves de la volition. En vente au prix de 39,95 \$ à la librairie universitaire Zone de l'université Laval, à Québec. Il est aussi possible de se le procurer en ligne au

[www.zone.ul.ca](http://www.zone.ul.ca)

# Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique

Par Carmen Gloria de las Heras, ergothérapeute, candidate au doctorat, directrice de la ressource communautaire *Reencuentros* de Santiago, Chili<sup>1</sup>  
Traduit par Monique Gillet, traductrice agréée, et Francis Guérette, ergothérapeute au Centre hospitalier Robert-Giffard

Un des éléments essentiels de la pratique de l'ergothérapie touche sans contredit la motivation d'un individu à « s'occuper » (Florey, 1969; Fidler et Fidler, 1978; Kielhofner et Burke, 1980; Burke, 1977; Kielhofner, 1982, 2002, 2004; Reilly, 1966, 1974; De las Heras, Llerena et Kielhofner, 2003). Le modèle de l'occupation humaine (MOH), qui prend racine dans les travaux de Mary Reilly (comportement occupationnel), place la volition au cœur des composantes de l'être occupationnel. C'est en effet cette fonction qui doit être évaluée et toujours prise en compte, tant pour amorcer que pour mener à bien une participation occupationnelle (Kielhofner, 2002; Jonsson, 2000; Helfrich *et coll.*, 1994; Helfrich et Kielhofner, 1994; De las Heras *et coll.*, 2003; De las Heras, 1993).

4

Dans ce modèle conceptuel de pratique, la volition se définit comme « la motivation qui pousse à agir, à faire ». Elle se compose de trois éléments : les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts. De la dynamique entre ces trois composantes découlent les décisions occupationnelles, les choix d'agir ou d'exercer des activités et les objectifs occupationnels. On désigne par « déterminants personnels » la manière dont une personne perçoit ses propres capacités et son efficacité dans l'action. Les valeurs représentent les convictions et les sentiments relatifs à tout ce qui revêt de l'importance aux yeux d'un individu, ce qui détermine le sens du devoir et de l'engagement dans le rendement. Quant aux intérêts, ils se définissent par la capacité de ressentir du plaisir et l'attrait éprouvé pour diverses activités. La volition est un processus continu au cours duquel on expérimente, à divers degrés, le plaisir, l'efficacité et la signification des occupations. On interprète l'expérience grâce à la réflexion, on anticipe le futur par ce qu'on a expérimenté et appris. Enfin, on choisit nos activités ou occupations et la manière de les exercer en fonction de la façon dont on anticipe l'expérience.

Ce processus est à la base de la volition et du changement volitionnel. De nouveaux choix qui engendrent de nouvelles expériences entraînent nécessairement une modification de la vision de soi-même et de son environnement, d'où le développement de la volition (Kielhofner, 2002). Une multitude de facteurs influent sur la santé physique, sur les pensées et émotions, sur les composantes environnementales, ce qui confère à chaque individu un besoin unique d'agir et d'exprimer ce besoin. De la même manière, la volition détermine le caractère unique de chaque être occupationnel; elle agit fortement sur le rendement, de même que sur leur façon particulière d'agir et d'adopter un style de vie. Ce qui, en bout de ligne, se traduit par le rendement occupationnel dans les rôles et l'organisation de la routine.

Malgré une abondante littérature sur le sujet, ce n'est qu'en 1993 que des méthodes d'acquisition de la motivation visant les personnes atteintes d'un déficit grave de la volition furent décrites pour la première fois (De las Heras, 1993). On y trouve des stratégies concrètes diverses : gestion du comportement, techniques cognitivo-comportementales et techniques d'entraînement aux capacités d'adaptation (Care et Mac Rae, 1998), approches axées sur l'acquisition des habiletés nécessaires à la réalisation des rôles (Schkade et MacClung, 2001), méthodes de gestion de l'environnement qui encouragent les activités et les tâches permettant d'améliorer le fonctionnement (Letts, Rigby et Stewart, 2003), un survol des concepts reliés à l'amélioration de la qualité de vie par l'intégration des qualités personnelles et physiques, du milieu de vie et des expériences vécues durant la participation aux activités (Csikszentmihaly, 1997, 1990), méthodes de gestion du comportement et de l'environnement afin de stimuler les personnes âgées à accomplir leur routine de vie (Rossenfield, 1993). On y trouve aussi des principes généraux et des lignes directrices sur l'aménagement de l'environnement afin de faciliter la participation occupationnelle

des personnes atteintes de troubles psychosociaux (Barris *et coll.*, 1983), et ainsi de suite.

Parallèlement, le modèle canadien du rendement occupationnel, le modèle australien et le Guide de pratique de l'Association américaine d'ergothérapie, lesquels comptent parmi leurs concepts et principes la spiritualité et les composantes psychosociales (concepts considérés par les ergothérapeutes comme la motivation intrinsèque ou la volition), centrent leur processus sur l'atteinte des objectifs de rendement occupationnel et de satisfaction du rendement sans vraiment décrire les méthodes employées pour stimuler la motivation des personnes qui présentent de graves lacunes à ce titre. On y trouve l'analyse de l'activité et de l'occupation et une pratique axée sur le client qui s'intéresse particulièrement à l'accomplissement des objectifs de rendement occupationnel et à l'aménagement de l'environnement (Chapparo, et Ranka, 1997; Touwnsed *et coll.*, 2002; AOTA, 2002).

En fin de compte, ces modèles ne font qu'orienter les ergothérapeutes dans la formulation d'objectifs occupationnels auprès de personnes qui présentent un certain niveau de volition leur permettant déjà de participer. Or, même pour ce type de clientèle, on dénote l'absence de méthode précise pour traiter en profondeur le problème volitionnel, ce qui limite l'intervention au seul rendement occupationnel et aux *patterns* de comportement. D'où l'exclusion systématique d'un grand nombre de personnes dont les besoins occupationnels ne sont pas comblés et, donc, l'absence d'un soutien adéquat à leur égard. Par conséquent, elles ne peuvent pas bénéficier concrètement d'une vie occupationnelle satisfaisante.

Par ailleurs, et cela est plus problématique, les ergothérapeutes ont tenté de résoudre les problèmes de motivation chez des clients présentant de graves déficits volitionnels en adoptant des

<sup>1</sup> Madame Carmen Gloria de las Heras est également coauteure du Volitional Questionnaire et du livre *Remotivation process : Progressive intervention for individuals with severe volitional challenges*, un nouveau guide à l'intention des intervenants, récemment traduit en français et dont la chronique *Nous avons lu pour vous* du présent bulletin, en présente le point de vue d'un de ses lecteurs.

approches axées sur le développement de la motivation extrinsèque tirées du monde de la psychologie (Mosey, 1981). Le conditionnement opérant, par exemple, a été utilisé jusqu'à présent par de nombreux ergothérapeutes en milieu hospitalier. Plusieurs ouvrages ont même été consacrés à cette méthode reconnue comme une approche ergothérapique (Bruce et Borg, 1987; Christiansen et Baum, 1991; Neidast et Crepeau, 1998). Ces deux stratégies présentent des divergences marquées quant à leurs principes, à leurs buts et à leurs méthodes. De plus, selon les principes de l'ergothérapie, on ne voit pas comment envisager réellement le conditionnement opérant, même conjugué à la motivation intrinsèque (De Charms, 1968; Mc Celand, 1988; De las Heras, 1993) (voir les figures 1, 2, 3, et 4)

Le présent article se penche sur les grandes lignes du processus de remotivation, son élaboration, sa pratique fondée sur des données probantes et ses effets sur une participation occupationnelle satisfaisante et durable. La stratégie est basée sur les valeurs ergothérapiques et un modèle conceptuel de l'ergothérapie, le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002, 1995, 1985).

## LE PROCESSUS DE REMOTIVATION

Le processus de remotivation a été élaboré et étudié cliniquement pendant plusieurs années par Carmen Gloria de las Heras. Il a été créé en réponse à un manque flagrant de stratégies d'intervention auprès de personnes atteintes d'un déficit volitionnel grave, en prenant en considération le fait que même si l'on peut régler spontanément certains problèmes motivationnels d'autres requièrent l'application de stratégies d'interventions. De las Heras s'est intéressée à la motivation intrinsèque des personnes atteintes de schizophrénie chronique, de déficience intellectuelle profonde, de démence et d'autres affections dont les effets sur la motivation sont dévastateurs. S'appuyant sur l'analyse de documents portant sur certaines approches thérapeutiques, ses observations personnelles et l'étude minutieuse de l'influence de l'environnement, Carmen G. de las Heras a commencé à élaborer des stratégies d'intervention en volition. Ses travaux sont inspirés du modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002, 1995, 1985). À l'aide du MOH, de témoignages et d'études de cas directs ou indirects, Carmen G. De las Heras a commencé à dresser un tableau du processus de rétablissement de la volition en recourant à certains modes d'intervention (De las Heras, 2004, 1999, 1996). La figure 5 présente un résumé des travaux de recherche de Carmen G. de las Heras (voir page suivante).

## FIGURE 1 - PRINCIPES DES APPROCHES DE MOTIVATION INTRINSÈQUE ET EXTRINSÈQUE

### MOTIVATION INTRINSÈQUE

- › Basée sur la participation active du client dans la prise de décision.
- › Suppose la liberté et les choix personnels.
- › Donne le contrôle au client.
- › Suppose la recherche du point de rupture qui permet au client d'évoluer.
- › Suppose la découverte de sens dans les activités de la vie quotidienne.
- › Perçoit le client comme un « système ouvert ».
- › Désigne par compétence, non seulement le niveau de fonctionnement optimal du client, mais aussi sa satisfaction et le sentiment de réussite.

### MOTIVATION EXTRINSÈQUE

- › Perçoit la personne comme un patient, soit un individu passif influencé par les forces de cause à effet et répondant passivement aux situations.
- › S'intéresse aux influences et aux objectifs de l'environnement plutôt qu'au processus décisionnel. La liberté de choix est illusoire.
- › Contrôles échappent au client.
- › Accent mis sur la réduction de la tension.
- › Privilégie la modification du comportement par rapport aux motivations internes.
- › Perçoit le client comme un « système fermé ».
- › La compétence est vue comme une capacité personnelle de s'adapter à l'environnement ou de satisfaire à ses besoins internes selon des normes socialement acceptées.

## FIGURE 2 - COMPARAISON ENTRE LES DEUX STRATÉGIES D'INTERVENTION

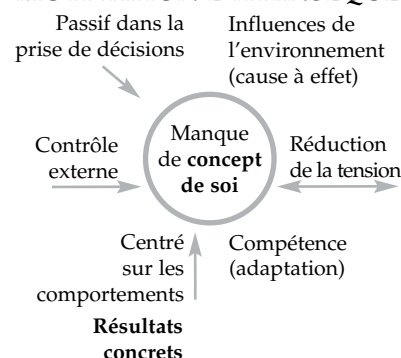
### MOTIVATION INTRINSÈQUE

- › But : Donner un sens à sa vie par l'atteinte d'objectifs personnels (centrée sur le client).
- › Le plan d'intervention est élaboré en collaboration avec le client.
- › L'intervention comprend l'exploration des habiletés et de l'environnement, l'apprentissage et l'application des mécanismes conduisant aux habiletés.
- › L'accent est mis sur le potentiel de la personne et sur son épanouissement dans des mises en contexte et dans des environnements banalisés où le client subit les conséquences de ses actes.
- › La réévaluation des objectifs est effectuée avec le client. L'approche est ouverte et souple. Les changements se produisent dans différents environnements.
- › Les principes d'exploration sont appliqués tout au long du processus.
- › Les relations avec la personne concernée demeurent ouvertes et spontanées.

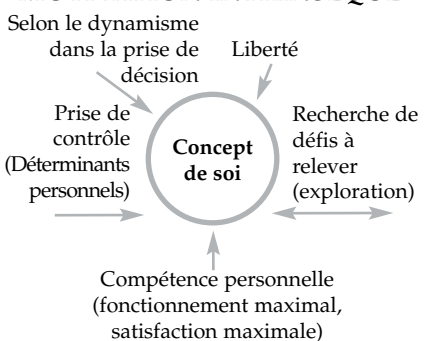
### MOTIVATION EXTRINSÈQUE

- › But : modifier les comportements et les apprentissages erronés (centrée sur le thérapeute).
- › Le plan d'intervention est élaboré par les intervenants (thérapeutes et le personnel).
- › L'intervention se limite aux phases d'apprentissage.
- › L'accent est mis sur la modification de comportements inappropriés. Utilisation des environnements expérimentaux permettant l'apprentissage ou le réapprentissage des comportements attendus.
- › Utilisation des techniques visant à modeler ou à modifier le comportement.
- › La réévaluation des objectifs est effectuée par les intervenants. Approche rigide que l'on ne peut généraliser à tous les environnements.
- › La relation entre le thérapeute et son client est hiérarchisée et n'existe que dans le cadre de l'application des techniques thérapeutiques. Il n'y a aucune validation possible : la spontanéité et l'ouverture d'esprit n'ont pas lieu d'être.

## FIGURE 3 MOTIVATION EXTRINSÈQUE



## FIGURE 4 MOTIVATION INTRINSÈQUE



## FIGURE 5 - RECHERCHE SUR LE PROCESSUS DE REMOTIVATION

- 1982-1985** **Santiago, Chili – Pratique clinique**
- › Recherche sur l'application clinique de l'approche de motivation intrinsèque auprès de personnes atteintes de schizophrénie chronique et de déficience intellectuelle profonde.
  - › Hôpital psychiatrique El Peral.
- 1987-1993** **Massachusetts, États-Unis – Pratique clinique**
- › Poursuite de la recherche clinique amorcée au Chili selon le MOH.
  - › Pratique clinique enrichie par la création du QV.
  - › Études de cas : 50 personnes présentant le même diagnostic, plus d'autres atteintes de démence, de problèmes physiques et d'autres troubles psychiatriques (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> versions du QV).
  - › Systématisation de la phase d'exploration.
- 1993-1999** **Pratique clinique hispano-américaine**
- › Révision et achèvement de la phase d'exploration, développement initial des phases de compétence et d'accomplissement.
- 2000-2003** **Amérique du Sud – Pratique clinique**
- › Élaboration des phases de compétence et d'accomplissement.
  - › Approfondissement des phases compte tenu des recherches sur le QV et de la recherche clinique dans une ressource communautaire.
  - › Première publication de l'ouvrage intitulé *Remotivation Process : Progressive Intervention for Individuals with Severe Volitional challenges* (De las Heras, Llerena et Kielhofner, 2003).
- 2003 et après** **Incidence du processus de remotivation sur la participation occupationnelle**
- › Recherche clinique internationale.
  - › Études de cas, pratique fondée sur des données probantes.
  - › Utilisation systématique du QV et de l'autoévaluation occupationnelle (AUTOE).
  - › Groupes-discussion.

6

Le processus de remotivation désigne une stratégie d'intervention qui facilite et stimule l'acquisition de la volition au fil des étapes naturelles du développement volitionnel. Ce processus se déroule en trois phases – exploration, compétence et accomplissement – qui ont été définies par Mary Reilly (1974) dans son étude sur l'évolution du comportement ludique chez l'enfant. Kielhofner (2002) fait appel à ces mêmes phases dans sa description du continuum de changement occupationnel. Le processus de remotivation s'intéresse à ce continuum, et plus particulièrement au processus volitionnel connexe. Il se fonde sur une collaboration entre le client et son thérapeute dans un environnement pertinent. Chacune de ces trois phases comporte une description des stades, des objectifs

et des méthodes. Elles sont agencées selon des stratégies d'intervention dont les étapes et les stades suivent une séquence logique correspondant à l'accroissement volitionnel, qui évolue selon la progression de la confiance en soi du client dans divers environnements. Le processus de remotivation est basé sur la compréhension des caractéristiques volitionnelles propres à chaque individu. Il faut pour cela recueillir les données sur les antécédents relatifs au rendement occupationnel du client, notamment à propos de son processus volitionnel, avant de commencer l'intervention. Lorsque c'est possible, il est préférable d'obtenir ces renseignements de la bouche même du client. Le processus de remotivation est guidé, évalué ou supervisé par un

ergothérapeute membre d'une équipe multidisciplinaire qui comprend la famille et le réseau social.

La thérapie par le processus de remotivation peut commencer à n'importe quel stade ou à n'importe quelle phase selon les résultats de l'évaluation préalable. Les phases et les stades peuvent se recouper ou se chevaucher à n'importe quel moment, ce qui indique que le continuum volitionnel est dynamique et non figé ou immuable. Dans le même ordre d'idées, le temps nécessaire pour évoluer d'une phase et d'un stade à l'autre ou pour atteindre la fin du processus dépend du rythme de progression du développement volitionnel de chaque client. Les figures 6, 7, 8 et 9 donnent un résumé des phases, stades, objectifs et stratégies.

## Vous avez apprécié cette thématique sur la motivation en santé mentale...

VENEZ RENCONTRER LES EXPERTS EN LA MATIÈRE AU COLLOQUE DE L'AQRP

**LE PROCESSUS DE REMOTIVATION AU CENTRE HOSPITALIER ROBERT-GIFFARD**

Qu'est-ce qui motive une personne à agir?



Comment favoriser un processus de remotivation afin qu'elle retrouve le goût de reprendre ses activités quotidiennes?

Une expérimentation clinique de l'application du **PROCESSUS DE REMOTIVATION DE**

**DE LAS HERAS** et du **MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE DE KIELHOFNER** au programme-clientèle des troubles affectifs du **Centre hospitalier Robert-Giffard**.

L'équipe de chercheurs et de cliniciens sera présente pour échanger leurs points de vue sur leurs expériences cliniques quant aux diverses applications de ces deux modèles traitant de l'occupation humaine et de la motivation. Héros du rétablissement, Josée Gosselin, témoignera de l'impact de cette nouvelle approche dans son processus de rétablissement.

**FIGURE 6 - LE PROCESSUS DE REMOTIVATION**

PHASES	STADES	BUTS
Exploration	<ul style="list-style-type: none"> <li>1&gt; Validation.</li> <li>2&gt; Découverte de l'environnement.</li> <li>3&gt; Prise de décision.</li> <li>4&gt; Plaisir et efficacité dans l'action.</li> </ul>	Faciliter un sentiment de compétence, de confiance en soi et de sécurité par rapport à l'environnement.
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> <li>1&gt; Assimilation d'un sentiment d'efficacité.</li> <li>2&gt; Vivre et raconter son histoire.</li> </ul>	Affirmer un sentiment d'efficacité en étant capable d'établir un lien entre les expériences et les objectifs.
Accomplissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>1&gt; Autosurveillance et discernement des habiletés essentielles.</li> <li>2&gt; Se mettre en valeur.</li> </ul>	Participer activement à de nouvelles avenues occupationnelles et les intégrer dans sa vie.

**FIGURE 7 - STADES, OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE LA PHASE D'EXPLORATION**

STADE	OBJECTIFS	STRATÉGIES
1> Validation	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Développer l'estime de soi.</li> <li>&gt; Acquérir un premier niveau de confiance en ses capacités.</li> <li>&gt; Créer une zone de confort dans son environnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Accueil chaleureux.</li> <li>&gt; Introduire des éléments significatifs dans l'environnement immédiat du client.</li> <li>&gt; Exercer des activités dignes d'intérêt pour le client en restant à proximité de lui.</li> <li>&gt; Susciter des interactions.</li> </ul>
2> Découverte de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Découvrir des intérêts dans de nouveaux contextes.</li> <li>&gt; Susciter l'initiative personnelle dans la réalisation d'une occupation.</li> <li>&gt; Acquérir la confiance en soi dans l'expérimentation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Changer de lieu pour l'application des routines familiales.</li> <li>&gt; Aller observer d'autres personnes dans des activités qui intéressent le client.</li> <li>&gt; Encourager la participation du client en faisant des choses avec lui.</li> </ul>
3> Prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Entretenir la curiosité.</li> <li>&gt; Enclencher un processus d'autovalidation qui permet au client de découvrir ses propres valeurs et intérêts par l'exercice d'activités.</li> <li>&gt; Renforcer l'acquisition de l'estime de soi et de la confiance en soi en offrant au client la possibilité de choisir ses activités.</li> </ul>	<p><i>Comme au stade 2.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Faire plus de place à la nouveauté (aménagement de l'environnement, personnes, etc.).</li> <li>&gt; Inciter plus souvent le client à participer aux activités.</li> </ul>
4> Plaisir et efficacité dans l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; S'engager progressivement dans des rôles afin de stimuler le goût de la découverte, l'estime de soi et la confiance en ses capacités.</li> <li>&gt; Continuer le processus d'autovalidation.</li> <li>&gt; Améliorer le sentiment d'efficacité personnelle par la prise de décisions.</li> <li>&gt; Apprendre à reconnaître ses habiletés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Encourager le client à raconter sa vie pour lui donner un sens.</li> <li>&gt; Commencer à formuler des commentaires au client.</li> <li>&gt; Encourager la participation à des projets de groupe.</li> </ul>

**FIGURE 8 - STADES, OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE LA PHASE DE COMPÉTENCE**

STADE	OBJECTIFS	STRATÉGIES
Assimilation d'un sentiment d'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Accroître le sentiment émergent d'efficacité.</li> <li>&gt; Commencer à associer les expériences aux objectifs poursuivis.</li> <li>&gt; Développer un sens des responsabilités par la réalisation de projets personnels et collectifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Apporter une aide physique et un soutien émotionnel dans les situations nouvelles ou difficiles.</li> <li>&gt; Augmenter progressivement les exigences environnementales.</li> <li>&gt; Faciliter l'apprentissage des habiletés, au besoin.</li> <li>&gt; Introduire la consultation ergothérapeutique et la rétroaction.</li> </ul>
Vivre et raconter son histoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Préparer le client à participer spontanément à des rôles qu'il privilégie.</li> <li>&gt; Savoir mieux gérer les expériences vécues et les associer graduellement à des objectifs personnels ou occupationnels.</li> <li>&gt; Améliorer et orienter le processus de planification.</li> <li>&gt; Augmenter le sens des responsabilités et accroître l'autonomie en répondant aux exigences de projets personnels ou de situations particulières.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Permettre des temps de réflexion ou de déstabilisation au cours du processus de changement.</li> <li>&gt; Poursuivre la consultation ergothérapeutique qui favorise la prise de conscience intuitive (<i>insight</i>) grâce à une analyse et à des questions plus approfondies.</li> </ul>

## FIGURE 9 - OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE LA PHASE D'ACCOMPLISSEMENT

### OBJECTIFS

- › Agir à titre de conseiller pour faciliter l'interprétation et le choix du plan d'action lorsque de nouvelles difficultés se présentent, en maintenant le cap sur l'atteinte des objectifs sans toutefois ignorer l'expérience subjective du client.
- › Faire de la rétroaction afin de faciliter la prise de conscience intuitive du client quant aux déterminants personnels et à l'interprétation des composantes de l'environnement.
- › Fournir de l'information et des ressources : offrir outils et stratégies afin d'encourager l'autosurveillance.
- › Se retirer : laisser le client expérimenter son autonomie, encourager la participation à des groupes d'entraide, etc.

### STRATÉGIES

- › Favoriser l'autonomie dans la sélection et l'atteinte des objectifs personnels, le choix des occupations et la recherche de nouveaux défis dans des environnements occupationnels pertinents (processus amorcé à la phase de compétence).
- › Poursuivre l'apprentissage continu des habiletés essentielles et le recours à de nouvelles stratégies et aux outils nécessaires dans la recherche et la réalisation de nouveaux défis.

## LE QUESTIONNAIRE VOLITIONNEL (QV)

L'ergothérapeute accompagne le client dans son évolution au fil des stades en fonction de critères précis qui sont reproduits dans le Questionnaire volitionnel (QV). Ce questionnaire est un outil d'évaluation de la volition qui sert à discerner les difficultés vécues par le client et, donc, à mesurer le niveau de volition, ce qui oriente le thérapeute dans son mode d'intervention.

Le QV se présente sous forme de grille d'observation de la volition qui complète les évaluations médicales et psychologiques sur les composantes personnelles et environnementales ayant une influence sur la motivation à agir. Il peut servir à une vaste clientèle, tous âges confondus et peu importe le niveau d'habiletés, même si les fonctions

cognitives et les aptitudes à communiquer sont très faibles. Cette évaluation explique la volition grâce à l'observation d'indicateurs comportementaux relevés sur une échelle de spontanéité en quatre points :

- › 4 = spontané;
- › 3 = impliqué;
- › 2 = hésitant;
- › 1 = passif.

On peut s'en servir dans différents environnements, atout essentiel en raison de la relation directe qui existe entre la volition et l'environnement. Le QV permet de déterminer les aménagements propices au développement de la volition (De las Heras, Geist, Kielhofner, Li, 2003).

Dans les premiers niveaux de volition (exploration et début de la compétence),

le QV est le seul outil d'évaluation de la volition. Aux phases de compétence et d'accomplissement, d'autres outils peuvent s'avérer utiles, comme la Liste des rôles, l'Autoévaluation occupationnelle (AUTOE), l'Historique du rendement occupationnel, deuxième version (HIRO - II) ainsi que d'autres instruments de mesure des effets de l'environnement. Le QV est employé maintenant depuis 15 ans. Il s'est développé au fil des recherches cliniques jusqu'à la version actuelle, qui inclut une série d'indicateurs classés selon leur degré d'exigence volitionnelle et associés à chaque phase du processus de remotivation (De las Heras, 1993; Chern *et coll.*, 1996; Anderson, 1998; De las Heras *et coll.*, 1998; De las Heras *et coll.*, 2003; Li et Kielhofner, 2004) (voir les figures 10, 11 et 12).

8

## FIGURE 10 - RECHERCHE SUR LE QUESTIONNAIRE VOLITIONNEL (QV)

### 1987-1992 Élaboration préliminaire de l'outil d'évaluation

Choix des indicateurs et des définitions, choix des échelles de mesure, utilisation clinique, rétroactions d'experts et d'ergothérapeutes, rédaction du premier manuel (De las Heras, 1991).

### 1992-1993 Première étude : Fidélité et validité du QV

- › Participation de 30 ergothérapeutes du Canada et des États-Unis et de 43 clients d'une unité psychiatrique dans un hôpital de Washington, Massachusetts.
- › Analyses statistiques traditionnelles (analyse factorielle, révision par un comité d'experts, étude de corrélation).
- › Résultats : bonne validité (de construit) et fidélité (interjuges et constance), confirmation de la relation entre la volition et l'environnement.
- › Besoins :
  - › produire des indicateurs plus sensibles aux niveaux plus élevés de volition;
  - › choisir une échelle de mesure plus stable;
  - › inclure des précisions dans la description des indicateurs.
- › RÉVISION DU MANUEL ET ÉLABORATION D'UN NOUVEAU MANUEL.

### 1997-1998 Troisième version du manuel (De las Heras, Geist, Kielhofner, 1998)

- › 16 indicateurs, dont certains sont nouveaux, échelle de mesure selon le degré de spontanéité dans la motivation.
- › Étude de validité et de fidélité à l'aide d'une analyse statistique (*Rasch analysis*).
- › Résultats : confirmation de l'échelle de mesure, de la constance et de la validité de construit.
- › Les résultats de recherche, la recherche clinique et leur utilisation clinique ont permis de comprendre que certains indicateurs devaient être supprimés (3) et que d'autres devaient s'ajouter. (On compte actuellement 14 indicateurs.)

### 1998-2003 Études sur les niveaux de difficulté des indicateurs

- › Analyse statistique (*Rasch analysis*) des indicateurs. Étude d'après des vidéos cotés avec l'outil d'évaluation présentés aux États-Unis, en Suède et au Chili.
- › Recherche clinique sur le processus de remotivation.
- › Résultats : congruence entre l'analyse statistique et la recherche clinique, quatrième version du VQ (De las Heras, Geist, Kielhofner et Li, 2003).

## FIGURE 11 - CONTINUUM D'INDICATEURS VOLITIONNELS

- 1> Cherche à surmonter des difficultés.
- 2> Cherche à assumer plus de responsabilités.
- 3> S'investit dans ses activités avec plus d'énergie, d'émotion et d'attention.
- 4> Exerce une activité jusqu'au bout.
- 5> Essaie de corriger ses erreurs.
- 6> Essaie de résoudre les problèmes.
- 7> Montre de la fierté.
- 8> Maintient sa participation à une activité.
- 9> Fixe des objectifs.
- 10> Tente de faire quelque chose de nouveau.
- 11> Montre qu'une activité est significative ou qu'elle a un attrait particulier.
- 12> Prend des initiatives.
- 13> Montre ses préférences.
- 14> Fait preuve de curiosité.

Volition élevée

Volition faible

## FIGURE 12 - PRINCIPES DU MOH À RETENIR

- › L'intervention est axée sur le changement personnel sur le plan de la participation et du rendement occupationnel.
- › Le changement est dynamique et comprend des modifications simultanées et interactives chez les gens, l'environnement et dans la relation entre la personne et son environnement.
- › Le changement est inhérent à la vie (progressif, radical ou dramatique). L'intervention survient à un stade donné d'une vie et l'influencera forcément.
- › Le changement du fonctionnement en vue de surmonter la dysfonction doit être vu comme une priorité.
- › Le changement n'est généralement pas ordonné. Chaque changement en entraîne un autre plus difficile et aboutit sur un autre encore plus complexe.
- › L'intervention doit inclure l'expérimentation pour trouver la meilleure solution.
- › L'intervention dans l'environnement est le seul outil dont dispose l'ergothérapeute pour favoriser le changement.
- › Les clés de l'intervention sont l'utilisation thérapeutique du soi (empathie, confiance), la relation thérapeutique et la concrétisation d'une participation occupationnelle significative pour le client.

## L'APPLICATION DU PROCESSUS DE REMOTIVATION ET LES RÉSULTATS

Bien que cette stratégie d'intervention soit maintenant utilisée depuis 15 ans dans divers milieux de santé (hôpitaux, hôpitaux de jour, ressources communautaires), cet article s'intéresse particulièrement à l'expérience de 12 années du *Reencuentros*, programme d'insertion sociale de Santiago, au Chili<sup>1</sup> (*Reencuentros Documents*, 2002-2005; [www.reencuentros@reencuentros.cl](http://www.reencuentros@reencuentros.cl); Kielhofner, 2002). Cette ressource conjugue le modèle Clubhouse (*Flannery et coll.*, 1996), le modèle de réadaptation psychiatrique (*Anthony et Farkas*, 1985), le modèle d'insertion sociale et le modèle de l'occupation humaine (MOH) (*Kielhofner*, 2002). Même si le programme applique les principes, les étapes et les procédures du modèle d'insertion sociale du Clubhouse, le MOH demeure le principal modèle d'intervention, les deux autres modèles étant employés de façon complémentaire.

Ces modèles fort distincts les uns des autres partagent tous les mêmes grands principes d'intervention : le client est au cœur du processus d'intervention. Par conséquent, il doit bénéficier d'un environnement digne de sa personne, c'est-à-dire que le lien entre le client et son environnement est à la base de l'intervention et que la relation entre le client et son thérapeute en est une d'égal à égal.

## FIGURE 14 - PARTICIPATION ACTIVE AU PROGRAMME, À LA COMMUNAUTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT DES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES

- › Participation ouverte et spontanée, droits et responsabilités identiques pour les membres.
- › Participation dans l'établissement des principes et des normes.
- › Participation dans la planification, l'application et l'évaluation du programme.
- › Participation en tant que pair intervenant.
- › Participation comme coordonnateur et animateur de groupes d'entraide.

## FIGURE 13 - PARTICIPATION ACTIVE DU CLIENT AU PROCESSUS DE CHANGEMENT

- › Expression des valeurs et des intérêts.
- › Définition des besoins.
- › Établissement des objectifs à court et à long terme.
- › Participation assumée dans le respect du programme.
- › Prises de décision du client à propos des interventions pertinentes pour lui-même.
- › Participation active à l'évaluation et à la réévaluation.

Quoique les bases et étapes générales du programme d'insertion sociale s'inspirent du modèle Clubhouse, on y décèle quelques différences liées à l'application d'autres principes et concepts relatifs au MOH. Ceux-ci ont en effet permis d'enrichir le programme en proposant notamment l'accessibilité à une clientèle diversifiée et la possibilité d'une participation occupationnelle dans des environnements choisis selon les capacités fonctionnelles du client et dans tout type d'occupation (travail, activités de la vie domestique, activités de la vie quotidienne, loisirs). De plus, l'intégration de la théorie du MOH permet l'application d'un processus d'évaluation administré à l'aide de divers outils qui s'adaptent aux différents niveaux de fonctionnement d'un client. Elle suggère une marche à suivre très précise dans tous les aspects de la volition qui s'exprime dans l'habitude (les routines), le rendement et les facteurs environnementaux (*voir la figure 12*).

Le *Reencuentros* est une ressource communautaire d'insertion sociale accessible à une clientèle diversifiée qui présente des incapacités physiques ou mentales, ou encore qui a uniquement des besoins occupationnels à combler. Par ailleurs, le programme

<sup>1</sup> Vous retrouverez de plus amples informations sur le modèle club de type Fountain House dans le bulletin *le Partenaire*, vol. 5, n° 4, hiver 1997, intitulé « Le cercle positif de la réadaptation psychosociale : le cas du modèle club de type Fountain House ». Ce bulletin est accessible sur le site Internet de l'AQRP : [www.aqrp-sm.ca](http://www.aqrp-sm.ca).

s'adresse autant aux adolescents qu'aux adultes et aux personnes âgées.

Les principes qui guident ce modèle de pratique placent au centre de ses préoccupations la participation active des clients dans tous les aspects du programme, que ce soit sur le plan personnel, dans le centre ou dans la communauté (voir les figures 13 et 14). Cette ouverture sur une participation à tous les niveaux du programme confère à cet environnement culturel et social les qualités essentielles au développement de la volition.

Plus précisément, en vertu du programme d'évaluation du *Reencuentros*, les membres du centre participent à une évaluation hebdomadaire, mensuelle et annuelle sur chaque composante du programme, à une appréciation continue et individuelle du processus volitionnel, à une mise au point sur leurs accomplissements, à une diffusion des résultats à l'ensemble du groupe et, pour terminer, à une évaluation des objectifs qui avaient été fixés pour l'année.

## FIGURE 15 - INTERVENTION

### Phase d'exploration

› Soutien de l'environnement et éducation.

### Phase de compétence

- › Entraînement aux habiletés.
- › Éducation communautaire et familiale.
- › Groupes d'entraide.
- › Supervision individuelle et de groupe.
- › Processus d'intégration des rôles significatifs et des environnements occupationnels.

### Phase d'accomplissement

- › Groupes d'entraide.
- › Éducation communautaire et familiale.

Le programme du centre, ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, comprend cinq volets définis par les membres. Ces volets favorisent le changement et la satisfaction de la participation occupationnelle. Ils englobent un programme unique pour chaque membre compte tenu du processus volitionnel et des besoins fonctionnels de chacun, qui conjuguent les éléments suivants :

- 1) Possibilités de participation occupationnelle (appelées « unités » dans le modèle Clubhouse) quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou annuelle.
- 2) Groupes d'entraide éducatifs autonomes axés sur l'amélioration de la participation occupationnelle.
- 3) Supervision individuelle sur des questions d'ordre occupationnel, lorsque c'est possible.
- 4) Aménagement de l'environnement et de services éducatifs à domicile, au centre ou dans la communauté.

5) Programmes d'insertion sociale dans les domaines du travail, des activités de la vie domestique, des activités de la vie quotidienne et des loisirs.

Les interventions individuelles sont suivies d'un processus d'évaluation basé sur ce modèle conceptuel de pratique. Selon les résultats, chaque membre participe aux trois phases du changement occupationnel nommées ci-dessus. Pour chaque stade, on a fixé de grandes stratégies, chacune d'entre elles comprenant une marche à suivre, dont les étapes individuelles du processus de remotivation. Les interventions sont réalisées en collaboration avec tous les membres du centre dans chaque type d'environnement, y compris le centre *Reencuentros*, compte tenu des habiletés fonctionnelles et occupationnelles propres à chacun, du processus volitionnel et des besoins environnementaux (voir figure 15).

Afin d'assurer le processus volitionnel de la manière la plus dynamique et la plus naturelle possible, le programme observe cinq conditions propices à l'occupation. Si ces conditions sont toutes respectées, elles favorisent les interventions sociales et individuelles selon le processus de remotivation et les autres stratégies citées précédemment. Ces conditions sont les suivantes : diversité, souplesse, orientation sur les projets de groupe et les projets individuels, continuité (voir page suivante).

## RÉSULTATS

Les résultats de ce modèle original, intégrant l'aménagement de l'environnement, le processus d'évaluation, la collaboration entre le thérapeute et son client dans le choix des modalités d'intervention et les stratégies relatives au processus de remotivation, sont explicites. Au *Reencuentros*, on a sélectionné 400 personnes atteintes d'un trouble psychiatrique et d'un déficit volitionnel grave sur les 500 membres inscrits. Sur ces 400 clients, 83 % ont atteint leurs objectifs personnels d'une façon jugée très satisfaisante dans l'exercice de rôles au sein d'un environnement significatif; 8 % ont obtenu un résultat peu satisfaisant et 9 %, un résultat insatisfaisant. Dans ce dernier groupe, une analyse plus approfondie des résultats a permis d'établir que la raison majeure de l'abandon du processus était liée aux valeurs du client, élément-clé de la volition. Cette rupture avait lieu au cours du deuxième stade de la phase de compétence, au moment où la personne commence à prendre des décisions fondées sur sa philosophie de vie. Dans ces cas, les familles ont entièrement appuyé le choix du client.

Une première recherche descriptive a fait suite à ces résultats préliminaires. Elle a mis en lumière une pratique fondée sur les données probantes comme méthode de collecte des données, donc basée sur les évaluations de la volition et du rendement occupationnel proposées dans le MOH et dans le modèle de réadaptation psychosociale au chapitre de la réadaptation professionnelle. Le processus initial d'évaluation touche différents aspects et fait appel à l'Historique du rendement occupationnel, 2<sup>e</sup> version (HIRO), reconstitué auprès du client et de sa famille, au Questionnaire volitionnel (QV), à l'Auto-évaluation occupationnelle (AUTOC) ainsi qu'à d'autres outils d'évaluation du rendement ou de l'environnement (Kielhofner 2002). Au cours de l'intervention, on évalue la volition chaque semaine et on établit une moyenne tous les deux mois, ce qui permet la révision du plan d'action en fonction des résultats obtenus. Pour terminer, on procède à une évaluation finale à l'aide du QV et de l'AUTOOC sans tenir compte des résultats des évaluations du rendement et de l'environnement. Pour chaque client qui convient avec son ergothérapeute de mettre fin à sa participation au programme, on procède à un suivi pendant trois ans. On obtient le taux de satisfaction le plus élevé (84,2 %) dans le rendement réalisé au travail, mais les résultats sont comparables dans d'autres domaines de rendement occupationnel.

On peut en conclure que l'intégration résulte d'une démarche individuelle qu'on ne peut généraliser. Chaque individu, peu importe son niveau de fonctionnement, peut obtenir un rendement satisfaisant à condition que le thérapeute veille à intégrer en profondeur les facteurs volitionnels et environnementaux à tous les stades de l'intervention. Le continuum des interventions suivi dans le processus de remotivation permet aux clients de sonder leurs forces et leurs limites selon différentes conditions environnementales, ce qui les aide à accepter leur propre situation et d'obtenir des résultats permanents. En outre, d'un point de vue strictement médical, on observe une diminution sensible de la médication, ce qui favorise une meilleure qualité de vie.

Ce n'est qu'un début. Il reste un grand nombre de recherches à effectuer, notamment des plans expérimentaux de cas individuels et de groupes dans diverses cultures et auprès de différentes populations cibles, pour démontrer l'efficacité d'années de pratique un peu partout dans le monde.

## LA DIVERSITÉ

On entend par diversité la possibilité de participer à diverses activités occupationnelles (productives, liées aux loisirs ou à la vie quotidienne).

### La diversité des activités favorise :

- › la découverte des différentes facettes de la volition;
- › la prise de décisions et le choix d'activités;
- › la participation à des rôles significatifs;
- › l'apprentissage de capacités occupationnelles essentielles;
- › l'acquisition ou le renforcement du sentiment de capacité et d'efficacité;
- › l'exploration ou la confirmation des buts occupationnels;
- › l'apprentissage des compromis entre les attentes et l'environnement.

## LES SITUATIONS OCCUPATIONNELLES

Le programme propose des occasions d'accomplissement dans différents champs d'action :

- › Administration (comptabilité, classement, secrétariat, messagerie, communication, documentation, inventaire, etc.)
- › Relations publiques
- › Informatique
- › Travail de bibliothèque et services à la clientèle
- › Production de magazines : *Lazos et Fanzine*
- › Centre international de documentation du MOH
- › Projets de recherche
- › Éducation communautaire
- › Gardiennage
- › Préparation de repas et activités connexes
- › Entretien ménager et travaux légers d'entretien
- › Club de mode
- › Club d'adolescents
- › Pairs intervenants
- › Loisirs dans la communauté
- › Activités d'intégration aux études et au travail
- › Projets de campagne de financement
- › Activités divertissantes et sportives
- › Art (arts de la scène, sculpture, céramique, peinture, productions vidéo, photo et musicale)
- › Projets individuels selon les qualités personnelles
- › Entretien des locaux et du matériel
- › Utilisation des ressources communautaires

## LA SOUPLESSE

La souplesse du programme exige que les activités occupationnelles soient planifiées et évaluées par les membres eux-mêmes de sorte qu'il y a toujours place à l'innovation. Des méthodes sont élaborées en fonction des objectifs qui font l'objet de discussions au sein du groupe.

### La souplesse favorise :

- › la normalisation du processus de changement occupationnel;
- › le développement de la prise d'initiatives et d'un sentiment profond de maîtrise de soi;
- › la planification des initiatives et des habiletés;
- › l'apprentissage des moyens utilisés pour résoudre les problèmes et prendre des décisions dans le processus volitionnel et le rendement;
- › l'acquisition des rôles sociaux, des responsabilités et des habiletés occupationnelles;
- › l'acquisition du sens de l'engagement et des responsabilités;
- › le développement du sentiment d'appartenance, ce qui facilite la perception de soi en tant qu'être social utile.

## LES PROJETS DE GROUPE

Chacune des occasions de réaliser un projet de groupe permet la poursuite des buts communs répondant aux besoins de tous les membres du groupe. Le fait d'utiliser de véritables projets pour l'atteinte des buts procure un sentiment de continuité dans la participation et suppose nécessairement un effort de collaboration.

### Les projets de groupe favorisent :

- › la participation occupationnelle (rôles);
- › l'acquisition de l'engagement social et de la prise de responsabilité;
- › l'acquisition des habiletés de communication et d'interactions;
- › la découverte de son potentiel;
- › le développement d'un sentiment de compétence;
- › le développement de l'identité en tant qu'être social;
- › la prise d'initiative dans les projets individuels ou collectifs;
- › l'apprentissage des compromis dans les habitudes et les rôles;
- › l'apprentissage des moyens à prendre pour résoudre des problèmes et pour planifier et prendre des décisions.

## LES PROJETS INDIVIDUELS

Cette dimension fait appel à différentes composantes personnelles. C'est la personne elle-même qui accorde une signification à l'activité.

Une personne est un être unique et, par conséquent, elle poursuit toujours des objectifs qui lui sont propres, même durant un projet collectif. Ainsi, les exigences, le niveau de participation et l'aménagement de l'environnement seront différents pour chacun.

Chaque personne peut posséder son propre projet tout en partageant le même contexte occupationnel et ainsi réaliser un projet individuel. Elle peut se joindre au groupe ou participer indirectement à la réalisation du projet collectif.

### Les projets individuels favorisent :

- › la normalisation du processus de changement occupationnel, donc du processus d'intégration;
- › la signification du rendement occupationnel;
- › l'établissement de ses propres objectifs occupationnels;
- › une acquisition volitionnelle propre au client dans sa participation à une activité sociale;
- › l'engagement dans la poursuite des buts occupationnels du client;
- › l'acquisition du processus volitionnel du client;
- › l'acquisition des habiletés essentielles à la réalisation d'un projet de vie.

## LA CONTINUITÉ

Les possibilités d'activités occupationnelles et la chance d'y participer sont soit permanentes soit intermittentes selon l'évolution et l'évaluation du programme et des projets de groupe. Ainsi, à tout moment, les nouveaux membres peuvent se joindre à un projet collectif, donner leurs idées ou leur apport.

### La continuité favorise :

- › le concept de soi par la réalisation quotidienne d'occupations significatives;
- › le sentiment d'engagement et d'habituation dans la dynamique naturelle des occupations;
- › le processus volitionnel grâce à un environnement normalisé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMERICAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (AOTA) (2002). *Occupational therapy practice framework*.
- ANDERSON, S.P. (1998). *Using the Pediatric Volitional Questionnaire to assess children with disabilities*. Unpublished master's thesis, University of Illinois at Chicago.
- ANTHONY, W.A., FARKAS, M. (1985). *Psychosocial rehabilitation model*. Boston University training packages.
- BARRIS, R., KIELHOFNER, G., WATTS, J. (1983). *Occupational therapy: Application in pluraristic arenas*.
- BRUCE, M., BORG, B. (2002). *Psychosocial frames of reference*. New Jersey: Slack Incorporated.
- BURKE, J.P. (1997). *A clinical perspective on motivation: Pawns versus origins*. *American Journal of Occupational Therapy*, 31, 254-258.
- CARE, E., MAC RAE, A. (1998). *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice*. New York: Belmar Publishers.
- CHAPPARO, C., RANKA, J. (1997). *Occupational performance model (Australia), monograph1*. Sydney: Total Print Control.
- CHERN, J., KIELHOFNER, G., DE LAS HERAS, C., MAGALHAES, L. (1996). *The Volitional Questionnaire: Psychometric development and practical use*. *American Journal of Occupational Therapy*, 50 (7), 516-525.
- CHRISTIANSEN, CH., BAUM, C. (1991). *Occupational therapy: Overcoming human performace deficits*. New Jersey: Slack Incorporated.
- CSIKSZENTMIHALY, M. (1997). *Finding Flow. Basic books*. New York.
- CSIKSZENTMIHALY, M. (1990). *Flow: The Psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial.
- DECHARMS, R.E. (1968). *Personal causation: the internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- DE LAS HERAS, C.G. (1996-1999). *Rehabilitación y vida: Modelo de ocupación humana, Teoría y aplicación*. Copyright@Reencuentros, CRP Ltda., Santiago de Chile.
- DE LAS HERAS, C.G. (2004). *Modelo de ocupación humana, Teoría y aplicación*. Copyright@Reencuentros. CRP Ltda., Santiago de Chile.
- DE LAS HERAS, C.G. (1999). *Motivation and schizophrenia. Seventh congress of neropsychiatry and mental health*. Buenos Aires, Argentina. AAP.
- DE LAS HERAS, C.G. (1993). *Validity and reliability of the Volitional Questionnaire*. Master's Thesis. Tufts University. Boston: University archives.
- DE LAS HERAS, C.G., GEIST, R., KIELHOFNER, G. (1998). *Volitional Questionnaire: A user's manual. Third Edition*. Copyright@MOHO Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.
- DE LAS HERAS, C.G., LLERENA, KIELHOFNER, G. (2003). *Remotivation process: A progressive intervention for people with severe volitional deficits. A training manual*. Copyright@MOHO Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.
- DE LAS HERAS, C.G., GEIST, R., KIELHOFNER, G., LI, Y. (2003). *Volitional Questionnaire. Fourth Edition. A training manual*. Copyright@MOHO Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.
- FIDLER ET FIDLER (1978). *Doing and becoming*. *American Journal of Occupational Therapy*.
- FLANNERY, M., GLICKMAN, M., FULLER, E., TORREY, M.D. (1996). *Fountain House: Portraits of lives reclaimed from Mental Illness*. Center City, MN: Hazelden.
- FLOREY, L.L. (1969). *Intrinsic motivations: the dynamics of occupational therapy theory*. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 319-322.
- HELFRICH, C., KIELHOFNER, G., MATTINGLY, C. (1994). *Volition as narrative: An understanding of motivation in chronic illness*. *American Association of Occupational Therapy*, 48 (4), 311-317.
- HELFRICH ET KIELHOFNER, G. (1994). *Volitional narratives and the meaning of occupational therapy*. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (4), 319-326.
- JONSSON, H. (2000). *Anticipating, experiencing, and valuing the transition from worker to retiree: a longitudinal study of retirement as an occupational transition*. Department of clinical neurosciences, occupational therapy and elderly care research, Division of occupational therapy and Division of geriatrics. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- KIELHOFNER, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy. Third Edition*. Philadelphia: F.A. Davis.
- KIELHOFNER, G. (2002). *Model of human occupation: Theory and application. Third edition*. Baltimore: Lippincot, Williams and Wilkins.
- KIELHOFNER, G. (1995). *Model of human occupation: Theory and application. Second edition*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- KIELHOFNER, G. (1985). *A model of human occupation: Theory and application*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- KIELHOFNER, G. (1983). *Health through occupation: Theory and practice in occupational therapy*. Philadelphia: F.A. Davis.
- KIELHOFNER, G., BURKE, J.P. (1980). *A model of human occupation part one. Conceptual framework and content*. *American Journal of Occupational Therapy*, 34 (12), 572-581.
- LETTIS, L., RIGBY, P., STEWART, D. (2003). *Using environments to enable occupational performance*. New jersey: Slack Incorporated.
- LI, Y., KIELHOFNER, G. (2004). *Psychometrics of the Volitional Questionnaire's third version*. *Israel Journal of Occupational Therapy*.
- MC CELLAND (1988). *Motivation*. Boston: Harvard Press.
- MOSEY, A.C. (1981). *Three frames of references for Occupational Therapy*.
- NEIDAST, M., CREPEAU, E. (1998). *Villard & Spackman's occupational therapy. Ninth Edition*. Lippincott, Philadelphia-New York.
- REILLY, M. (1974). *Play as an exploratory learning*. Ca., Beverley Hills: Sage Publications.
- REILLY, M. (1966). *A psychiatric occupational therapy program as a teaching model*. *American Journal of occupational Therapy*, 20, 61-67.
- ROSSENFELD, M. (1993). *Motivational strategies for geriatric patients*. AOTA Publications.
- SCHKADE, J., MACCLUNG, M. (2201). *Occupational adaptation in practice: Concepts and cases*. New York: Slack Incorporated.
- TOUWNSED, E., STANTON, S., LAW, M., POLATAJKO, M., BAPTISTE, S., THOMPSON-FRANSON, T., KRAMER, CH., SWEDLOVE, F., BRINTNELL, S., CAMPANILE, L. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective, Revised Edition*. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT).

## L'EMBAUCHE DES PAIRS AIDANTS AU QUÉBEC, UN ENJEU MAJEUR DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE!



Surveillez votre prochain bulletin *le partenaire* :  
une édition spéciale sur cette thématique avec la collaboration de  
Daniel Gélinas, chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin.

De las Heras et les personnes aux prises avec une dépression majeure :  
une recherche exploratoire découlant de l'expérience clinique vécue dans le  
programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard.  
Par Geneviève Pépin, Ph. D., erg.<sup>1</sup>, Francis Guérette, M. A., erg.<sup>2</sup>, Paul Jacques,  
psychiatre<sup>2</sup> et Brigitte Lefebvre, erg.<sup>3</sup>

Après avoir effectué un survol de la situation actuelle des traitements des troubles affectifs, cet article décrira une approche spécifique mise de l'avant pour favoriser l'augmentation de la motivation chez des personnes souffrant de troubles mentaux. Des témoignages de personnes qui ont participé de près ou de loin à l'implantation du processus de remotivation dans un centre hospitalier de Québec serviront à mieux en saisir les effets concrets. Ces témoignages mettront en évidence les liens entre le processus de remotivation et les concepts-clés de la réadaptation psychosociale. Puis, nous présenterons un projet de recherche résultant de l'intérêt de divers professionnels quant à l'utilisation de cette approche.

## INTRODUCTION

Les impacts de la dépression ne sont plus à démontrer. En effet, plusieurs auteurs ont dressé le portrait clinique et fonctionnel des personnes souffrant de ce trouble mental. Ils ont mis en lumière des difficultés d'accomplissement dans les activités de la vie domestique, des problématiques dans les composantes occupationnelles tels les champs d'intérêt, les déterminants personnels et les valeurs, une perte d'intérêt et de plaisir dans toutes les activités, une capacité de travail limitée, des difficultés d'adaptation sociale et des problèmes de fonctionnement psychosocial (Bonicatto, Dew, Zaratiegui *et coll.*, 2001; Haglund, 1998). Par ailleurs, il ressort que, malgré l'efficacité démontrée des traitements actuels, une proportion non négligeable de clients ne parvient pas à retrouver un fonctionnement satisfaisant.

Parallèlement, des membres de l'équipe du programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG) ont commencé à observer des améliorations de la capacité fonctionnelle de leurs clients après avoir commencé à utiliser une nouvelle approche d'intervention. Cette approche s'appelle le processus de remotivation (De las Heras, Llerena et Kielhofner, 2003), lequel s'intéresse au rétablissement de la personne

par la reconstruction de sa motivation en favorisant son engagement dans des activités significatives. Les changements remarqués concernaient principalement la motivation à s'investir dans diverses occupations. Ils étaient observés chez des clients réfractaires aux traitements traditionnels. Conscients qu'il s'agissait là d'observations empiriques et d'impressions cliniques, des membres de l'équipe du programme-clientèle des troubles affectifs ont exprimé le désir d'explorer ces changements de manière plus objective. C'est donc à partir de ces préoccupations et de ces observations qu'ils ont élaboré un projet de recherche. Ce projet veut explorer les effets de l'ajout du processus de remotivation au suivi psychiatrique régulier chez des personnes aux prises avec une dépression majeure qui sont partiellement réfractaires au traitement.

En plus de présenter ce projet de recherche et ses fondements, cet article a pour but de donner la parole aux personnes concernées par le processus de remotivation (De las Heras *et coll.*, 2003) de quelque façon que ce soit. C'est ainsi que des utilisatrices de services, un membre de la famille de l'une d'entre elles, des ergothérapeutes, un éducateur ainsi qu'une gestionnaire et des collègues ont témoigné de leur expérience du processus de remotivation (De las Heras *et coll.*, 2003).

## LE PROGRAMME-CLIENTÈLE DES TROUBLES AFFECTIFS

Les dernières années ont vu le CHRG redéfinir son organisation clinique. L'arrivée des programmes-clientèles s'inscrit dans ce vent de changement. Cette réorientation a demandé un travail de réflexion de la part de l'ensemble de l'organisation. Chaque programme-clientèle devient ainsi responsable d'offrir à une cohorte définie de clients une gamme de services spécialisés de qualité et de pointe.

Le programme-clientèle des troubles affectifs découle de cette nouvelle volonté d'organisation. Ce programme offre des services à une clientèle aux prises avec

diverses problématiques comme la dépression, la maladie bipolaire, les troubles anxieux ou les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte.

Le principal mandat du programme-clientèle est de soutenir les intervenants de première ligne au moyen de consultations cliniques. De plus, un certain nombre de clients recevront des services de suivi externe spécialisé. L'expérience clinique met en lumière les difficultés vécues par ces personnes. En effet, les individus suivis à la clinique externe du programme-clientèle des troubles affectifs présentent une problématique exacerbée par la sévérité des symptômes, la récurrence d'épisodes de crises, la résistance aux traitements, la présence de comorbidité, la chronicité ou un handicap fonctionnel marqué.

Ces constats, en lien avec la clientèle desservie et la réorganisation des services, ont contribué à enrichir la discussion entourant l'élaboration et l'implantation du programme-clientèle. En fait, il devenait essentiel de revoir les approches thérapeutiques offertes jusqu'à maintenant et d'entreprendre une réflexion sérieuse sur des modalités innovatrices pouvant améliorer le devenir de la clientèle.

## LA DÉPRESSION ET SON TRAITEMENT

Les impacts de cette réflexion, entreprise pour mettre en place un programme-clientèle pour la prestation des soins de même que la structure et l'organisation des services, a nécessairement mis en lumière le profil clinique et les besoins de la clientèle à desservir.

Il ressort que la dépression majeure représente une des problématiques psychiatriques les plus fréquentes. L'incidence à vie de la dépression est évaluée entre 4,9 % et 17,9 %. Actuellement, la dépression représente la quatrième condition médicale la plus invalidante en fonction du nombre d'années de vie en santé perdues.

<sup>1</sup> Département de réadaptation, université Laval, Centre de recherche de l'université Laval-Robert-Giffard

<sup>2</sup> Clinique des troubles de l'humeur, Programme clientèle des troubles affectifs, Centre hospitalier Robert-Giffard

<sup>3</sup> Chef du service de réadaptation fonctionnelle, Centre hospitalier Robert-Giffard

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2020 la dépression devrait être la deuxième cause d'invalidité juste derrière les maladies cardiaques athérosclérotiques (Organisation mondiale de la santé, 2001). Typiquement, la dépression est une maladie non seulement fréquente et invalidante, mais elle revient également de façon récurrente et chronique. On estime que 50 % des personnes aux prises avec un premier épisode dépressif vont éventuellement rechuter et vivre un deuxième épisode. Pour 10 % d'entre eux, le tableau dépressif va se chroniciser.

Comme il a été établi grâce à des essais contrôlés et au hasard, plusieurs médications et nombre de psychothérapies ciblant la dépression se sont révélées efficaces. Cependant, puisque la plupart de ces études excluent souvent des personnes ayant des comorbidités psychiatriques et médicales, il est difficile d'en généraliser les conclusions. Donc, l'efficacité des traitements existants dans une population plus représentative de la réalité clinique n'est pas bien établie. Les écrits scientifiques rapportent qu'environ 50 % des personnes souffrant d'une dépression majeure sans élément psychotique traitées initialement par une psychothérapie ou par un seul antidépresseur répondent favorablement au traitement dans les essais cliniques. Dans les essais cliniques au hasard de six à huit semaines évaluant une médication spécifique et contrôlés par l'utilisation d'un placebo, de 20 % à 30 % des personnes ont obtenu une rémission complète des symptômes. Une autre tranche de 20 % à 30 % a répondu favorablement mais a conservé une symptomatologie résiduelle. Ainsi, seulement de 50 % à 70 % des individus qui répondent au traitement médical atteignent une rémission complète (Nierenberg et Wright, 1999). Des résultats similaires ressortent des études sur les psychothérapies spécifiques à court terme (psychothérapie interpersonnelle-IPT, psychothérapie cognitivo-comportementale-CBT) (Beck, Rush, Shaw *et coll.*, 1979; DeRubeis et Crits-Christoph, 1998; Elkin, Shea, Watkins *et coll.*, 1989). La présence de symptômes résiduels est associée à une atteinte fonctionnelle plus marquée et à un mauvais pronostic (Thase, 1999; Hirschfeld, Keller, Panico *et coll.*, 1997.) Par exemple, le manque d'intérêt et l'atteinte motivationnelle représentent non seulement des symptômes cardinaux de la dépression, mais ils en compliquent le traitement. En effet, il n'est pas rare que la démotivation de la personne déprimée vienne influencer le traitement, limitant par exemple son assiduité et sa participation au travail psychothérapeutique.

Les interventions cliniques à mettre en œuvre auprès des personnes dont le trouble affectif résiste aux approches thérapeutiques habituelles reposant sur des données probantes constituent un défi important pour la santé publique.

### LE PROCESSUS DE REMOTIVATION (DE LAS HERAS ET COLL., 2003) AU CHRQ

Parallèlement à ces interrogations, constats et refontes, les ergothérapeutes du programme-clientèle utilisaient déjà un type d'intervention novateur et spécifiquement mis de l'avant pour augmenter la motivation de personnes présentant un problème de santé mentale. Tel que mentionné précédemment, les ergothérapeutes ont retenu le processus de remotivation (De las Heras *et coll.*, 2003) afin d'explorer de façon plus précise la question de la motivation à s'investir dans diverses activités de la vie courante.

De façon plus spécifique, le processus de remotivation est basé sur les étapes du développement de la volition (motivation à agir) au fil duquel les personnes évoluent. Il s'agit d'une stratégie détaillée comprenant plusieurs phases et plusieurs stades organisés en une séquence progressive mais non rigide. On mise sur l'importance de reconnaître la progression unique de chaque individu dans ce continuum et d'utiliser des interventions adaptées au degré de volition de chacun.

Le processus de remotivation se divise en trois phases d'intervention progressives, dites :

- 1) d'exploration;
- 2) de compétence;
- 3) d'accomplissement.

Chacune de ces phases comporte des stades, des objectifs et des stratégies à déployer. Bien que les phases et les stades soient déterminés et qu'ils suivent une séquence logique de l'accroissement volitionnel, c'est l'interaction unique de la personne avec son environnement au cours de ces phases qui en déterminera la progression. Le temps nécessaire pour évoluer d'une phase et d'un stade à l'autre ou pour terminer le processus dépend du rythme d'évolution de l'accroissement volitionnel, qui est propre à chaque individu. Les étapes inhérentes à chaque stade se succèdent selon les comportements adoptés par le client. Ainsi, il est possible et acceptable de combiner ou de chevaucher les étapes compte tenu des changements volitionnels observés.

Au début du mouvement, l'évaluation initiale constitue la pierre angulaire du

processus de remotivation, car elle permet de cerner la personne dans sa globalité et ainsi de comprendre son évolution. De ce fait, il est possible de documenter la micro-réalité et la macroréalité de la personne. En somme, l'étape de l'évaluation est le point de départ pour une application adéquate du processus de remotivation.

Quatre instruments de mesure sont utilisés pour obtenir l'évaluation la plus complète possible :

- 1) le Questionnaire volitionnel (QV), une grille d'observation permettant d'évaluer la volition durant différentes activités;
- 2) l'Historique du rendement occupationnel II (HIRO-II), une entrevue semi-structurée qui explore l'histoire de vie de la personne à partir de ses occupations passées et présentes;
- 3) la Liste des rôles, un autoquestionnaire dans lequel la personne indique ses rôles passés, présents et ceux envisagés dans le futur parmi une liste de dix rôles auxquels on doit aussi donner une importance;
- 4) l'Autoévaluation occupationnelle (AUTOC), un autoquestionnaire à deux volets qui permet de recueillir la perception initiale de la personne concernant son identité et son rendement occupationnels, puis en ce qui a trait à son environnement physique et social.

Plusieurs éléments du processus de remotivation ont plu aux intervenants du programme-clientèle et ont contribué à ce que cette approche soit retenue.

Premièrement, le processus de remotivation offre une approche souple mais structurée tout en étant modelée à la réalité de chaque personne, ce qui contribue au caractère unique de cette approche. Aussi, le processus améliore considérablement la compréhension de la dynamique de l'accroissement de la motivation à agir (volition), ce qui améliore la pertinence des interventions. Fait intéressant à noter, plusieurs commentaires ont porté sur le processus de remotivation comme agent facilitateur de l'interdisciplinarité. Le commentaire suivant émis par l'équipe de gestionnaires du programme le démontre bien :

« Guidés dans les étapes du processus de remotivation, les membres de l'équipe interdisciplinaire interviennent avec une meilleure cohésion et une plus grande efficacité. (...) L'application du processus de remotivation contribue donc à harmoniser les modes d'intervention au sein d'une équipe interdisciplinaire et à accroître ainsi la qualité des services. »

De surcroît, le processus de remotivation favorise la reconnaissance de l'expertise et le sentiment de compétence chez la personne aux prises avec un problème de santé mentale, mais également chez les intervenants qui utilisent cette approche, comme l'illustrent les commentaires suivants :

« La reprise de contact avec les valeurs, les buts, l'essence profonde de chaque personne est observable et gratifiante autant pour celle-ci que pour nous, ergothérapeutes. »

« Les outils de Carmen Gloria de las Heras me redonnent l'enthousiasme et l'élan pour travailler à partir d'une base solide et en confiance (...). »

### LE PROCESSUS DE REMOTIVATION ET LES VALEURS-CLÉS DE LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

En plus d'agir sur la motivation à s'investir dans des activités significatives favorisant l'engagement dans un processus de rétablissement, les bases et les stratégies d'intervention du processus de remotivation rejoignent les concepts de base de la réadaptation psychosociale à plusieurs égards.

Les commentaires suivants, recueillis auprès des membres de l'équipe des troubles affectifs, mettent en lumière ces rapprochements. Par exemple, une des valeurs-clés de la réadaptation psychosociale mise de l'avant par Farkas, Anthony et Cohen (1989, dans Elbouz et Heyden, 2004) est l'orientation vers la personne, où l'accent est mis sur l'être humain dans son ensemble plutôt que sur un diagnostic ou une maladie. Le commentaire suivant, émis par une ergothérapeute, illustre bien comment le processus de remotivation rejoint cette préoccupation :

« Ce qui est super dans ce processus d'intervention, c'est que l'on s'adresse avant tout à la personne humaine. (...) La personne est comparée à elle-même et non pas à des standards de performance établis ou à des normes de société. »

Un autre point commun entre ces deux approches concerne la spécificité environnementale. En effet, dans les deux cas, le contexte précis dans lequel une personne vit, apprend, mène une vie sociale ou travaille est au cœur de l'intervention. Le commentaire suivant fait par les gestionnaires du programme-clientèle met en lumière la place que prend l'environnement dans le processus de remotivation :

« (...) la personne est considérée au centre de l'intervention et est incitée à exercer de

plus en plus son pouvoir d'agir sur son environnement en tenant compte des particularités de l'environnement au sein duquel elle évolue. »

Le plus tôt possible au cours du processus, les interventions se font au domicile de la personne, ce qui démontre l'importance accordée à l'environnement dans lequel elle évolue.

« L'intervention a débuté à la chambre et, rapidement, Monsieur a accepté qu'on le rencontre au salon de l'étage, puis aux activités thérapeutiques du centre hospitalier, ensuite sur le terrain du centre hospitalier, puis dans des sorties progressives à domicile pour un retour définitif, le tout à raison de deux ou trois fois par semaine pendant quelques semaines. »

Une autre valeur-clé de la réadaptation psychosociale concerne le fonctionnement de la personne, où l'on met l'accent sur l'accomplissement dans les activités quotidiennes. Les commentaires d'utilisatrices de services permettent de mieux comprendre l'importance mise sur la reprise de leurs activités :

« (...) c'est en passant à l'action que l'on retrouve la motivation, c'est-à-dire recommencer à faire de petites choses qui parfois nous semblent très banales. Il faut persévérer, car ce n'est pas facile. »

« C'est venu chercher ce que j'avais avant parce que j'étais inactive depuis cinq ans. Ça vient chercher les motivations pour se remettre sur le chemin. Ça permet de reprendre une routine. »

La mère d'une utilisatrice de services avait aussi envie de partager son expérience en lien avec le processus de remotivation et l'investissement dans les activités quotidiennes de sa fille :

« Elle participe à toutes sortes de choses. Avant, elle était toujours dans sa chambre. Dernièrement, elle est même retournée chez la coiffeuse, elle m'aide plus à la maison, on a isolé les fenêtres ensemble pour l'hiver. »

### DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

C'est donc à la suite de l'implantation du processus de remotivation, et surtout après avoir observé plusieurs changements positifs sur la motivation de leurs clients, que les intervenants du programme-clientèle ont décidé d'entreprendre une démarche plus formelle leur permettant de réellement étudier les effets de ce type d'intervention.

Ce projet (Pépin, Jacques, Guérette et Lefebvre, 2006) prend la forme d'une étude exploratoire et longitudinale à l'aveugle qui s'étend sur une période de 18 mois. La durée de l'étude couvre la période comprise entre le début de l'expérimentation du premier participant et la fin de l'expérimentation du dernier. L'objectif principal de cette étude est le suivant :

Explorer l'effet de l'ajout du processus de remotivation au suivi psychiatrique régulier chez des patients souffrant de dépression majeure partiellement réfractaires au traitement.

De façon plus précise, l'étude compare l'évolution d'un groupe de clients se trouvant sur la liste d'attente et l'évolution d'un groupe de personnes bénéficiant des interventions du processus de remotivation combinées à un suivi psychiatrique régulier.

Les participants seront recrutés parmi les clients inscrits au programme-clientèle des troubles affectifs. Afin de préciser la sélection, on a élaboré des critères d'inclusion et des critères d'exclusion. De surcroît, des précautions ont été prises en lien avec un éventuel arrêt de la participation à l'étude.

D'emblée, tous les participants bénéficieront d'un suivi psychiatrique régulier pendant la durée de leur participation à l'étude : le psychiatre traitant rencontrera tous les participants sur une base mensuelle, peu importe le groupe dont ils font partie. Les participants seront divisés en deux groupes de façon aléatoire. Le premier groupe participera au processus de remotivation de vingt semaines, alors que le deuxième groupe sera d'abord placé sur une liste d'attente avant de bénéficier, lui aussi, du processus de remotivation. Pour l'application du processus de remotivation, les rencontres seront hebdomadaires et elles auront lieu à la clinique des troubles de l'humeur ou dans un environnement significatif pour le client (De las Heras *et coll.*, 2003).

Des prises de mesures multiples auront lieu selon une adaptation de la structure même du processus de remotivation. Ainsi, plusieurs instruments de mesure serviront à documenter l'évolution des portraits cliniques et fonctionnels des participants : entre autres, on note l'Échelle de dépression de Hamilton, l'Échelle d'impression clinique globale de sévérité, l'Échelle de dépression de Montgomery-Åsberg, le Questionnaire volitionnel, l'Historique du rendement occupationnel II, l'Autoévaluation occupationnelle, la Liste des rôles, l'Autoévaluation des champs d'intérêt et le LIFE-RIFT.

Une fois les 20 semaines d'intervention terminées, on effectuera un suivi post-traitement afin de documenter le maintien des nouveaux acquis. Puis, des analyses compareront les effets des traitements entre eux et entre les groupes de participants.

L'originalité de cette recherche exploratoire réside dans le fait qu'il s'agit d'une première démarche de ce genre au Québec. En plus de contribuer à la production de données probantes, elle permettra de poser un jugement détaillé et objectif sur un mode de traitement nouveau et prometteur, influençant ainsi la pratique de la réadaptation auprès de la clientèle visée par cette démarche.

La particularité de cette recherche tient aussi au fait qu'elle est issue d'observations et de préoccupations cliniques et administratives. La démarche est ainsi bien ancrée dans la réalité vécue par les professionnels et les personnes utilisatrices de services. En fait, c'est l'expérience empirique de l'utilisation du processus de remotivation qui a directement mené à la progression d'une démarche de recherche officielle, illustrant la richesse et l'apport de la réalité clinique à l'enrichissement des connaissances.

16 Finalement, cette étude représente un exemple probant de travail d'équipe et d'interdisciplinarité en lien avec le souci d'améliorer l'efficacité et la qualité des services.

Certaines pistes de recherches futures sont envisageables. Par exemple, la démarche

pourrait être reprise avec une clientèle présentant, en plus d'un déficit sévère de la volition, une consommation abusive d'alcool ou de drogues, des situations de handicaps particulièrement sévères malgré l'ensemble des traitements précis et reconnus habituellement efficaces. Il pourrait être intéressant de comparer le processus de remotivation à d'autres types d'intervention. Aussi, on pourrait mettre au point un protocole dans lequel une cohorte de clients bénéficiant des interventions spécifiques au processus de remotivation serait suivie sur une plus longue période. Ce protocole aurait comme objectif de documenter l'évolution de leur rétablissement et le maintien des nouveaux acquis à plus long terme.

## CONCLUSION

Un bref tour d'horizon de l'état de la situation en ce qui concerne le traitement de la dépression a mis en lumière les forces et les aspects nécessitant plus d'attention. La présence de symptômes résiduels est associée à une atteinte fonctionnelle plus marquée et à un mauvais pronostic. En effet, le manque d'intérêt et la démotivation influencent le traitement de la dépression, limitant entre autres l'assiduité et la participation au processus de rétablissement.

Parallèlement, l'équipe du programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard a profité d'un mouvement de restructuration pour poursuivre et achever l'implantation du processus de remotivation (De las Heras *et coll.*,

2003). Cette approche d'intervention novatrice est centrée sur la compréhension et l'augmentation de la motivation à s'investir dans des activités quotidiennes chez des personnes présentant un déficit sévère de la volition ou de la motivation pour leurs occupations. Des commentaires recueillis auprès d'intervenants, d'utilisatrices de service et d'un parent ont illustré les avantages d'utiliser le processus de remotivation de même que les liens existant entre cette approche et les valeurs-clés de la réadaptation psychosociale.

Finalement, on a développé un projet de recherche découlant des observations rapportées par les divers intervenants du programme-clientèle en lien avec l'amélioration du fonctionnement de leurs clients. Ce projet, unique au Québec, permettra de comparer les effets de l'ajout du processus de remotivation au traitement actuellement utilisé lorsqu'une personne souffre d'un trouble dépressif grave. Il est souhaitable que cette étude contribue à l'augmentation des connaissances et favorise l'arrimage entre la recherche, la réadaptation psychosociale et le rétablissement des personnes aux prises avec de tels troubles.

## TÉMOIGNAGES

À titre complémentaire, cette section illustre les points de vue (versions intégrales) d'utilisateurs de services, d'un parent, de divers professionnels et de gestionnaires, en lien avec leur expérience du processus de remotivation (De las Heras *et coll.*, 2003) au programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard.

## PERCEPTION DES UTILISATEURS DE SERVICES ET D'UN PROCHE

« Y a de l'espoir dans l'air!

À l'aube de mes quarante ans, ma vie a basculé. Dépression, divorce, perte d'emploi, tentative de suicide. Bref, ma vie n'avait plus aucun sens.

À la suite de ma dernière hospitalisation, sous la supervision du psychiatre, de l'ergothérapeute et de l'éducateur spécialisé, j'ai décidé d'aller de l'avant quand l'équipe de Quatre-saisons m'a proposé une thérapie sur la remotivation. Ils m'ont expliqué que c'est en passant à l'action que l'on retrouve la motivation, c'est-à-dire recommencer à faire de petites choses qui parfois nous semblent très banales, mais qui ont un

impact sur la remotivation. Il faut persévérer, car ce n'est pas facile.

Je n'avais plus rien à perdre, alors j'ai dit oui sans vraiment y croire. Depuis ce temps, j'ai retrouvé le sourire, le goût de voir des gens, et même de faire du bénévolat.

Le bonheur, c'est laisser L'ESPOIR devenir l'artisan de mes attentes.

Merci à toute l'équipe. »

**Johanne Doyon, utilisatrice de services**

« J'ai déjà eu d'autres thérapies à l'hôpital de jour, sur l'estime de soi, sans que ce soit suffisant. Je n'avais plus de motivation et on ne m'aurait pas choisie pour une thérapie qui demandait de la motivation.

J'ai été bien suivie par l'équipe. C'est venu chercher ce que j'avais avant parce que j'étais inactive depuis cinq ans. Ça vient chercher les motivations pour se remettre sur le chemin. Ça permet de reprendre une routine. »

**Josée Gosselin, utilisatrice de services**

« Le service est bien, chaque fois ça augmente, Josée est plus joyeuse. Elle participe à toutes sortes de choses. Avant, elle était toujours dans sa chambre. Dernièrement, elle est même retournée chez la coiffeuse, elle m'aide plus à la maison, on a isolé les fenêtres ensemble pour l'hiver. Elle profite aussi de son traitement de physiothérapie et elle adore le gymnase. Elle aime beaucoup Martin, l'éducateur, avec qui elle fait des activités concrètes, c'est un complément à la réflexion. »

**Françoise Plamondon, mère de Josée**

## PERCEPTION DES DIVERS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

« Depuis plusieurs années, mon travail d'éducateur spécialisé m'amène à combattre l'inaction, l'oisiveté, l'apathie et à diminuer l'isolement, par le travail individuel ou en groupe, en utilisant toute la créativité possible. Plusieurs succès sont survenus chez la clientèle, mais la plus grande difficulté demeure l'évaluation des déterminants de ces réussites et la validation des méthodes utilisées. J'ai peu de temps pour me pencher sur cette problématique d'efficacité, outre la satisfaction exprimée par la clientèle. Une offre de collaboration avec un ergothérapeute a piqué ma curiosité et m'a permis de découvrir une nouvelle motivation.

Les outils de « Carmen Gloria de las Heras » me redonnent l'enthousiasme et l'élan pour travailler à partir d'une base solide et en confiance avec les autres membres de l'équipe.

Chose certaine, les problèmes de volition se rencontrent fréquemment dans notre programme-clientèle des troubles affectifs. »

**Martin Côté, éducateur**

« Ce qui est super dans ce processus d'intervention, c'est que l'on s'adresse avant tout à la personne humaine. On y reconnaît son potentiel à faire des choix et à participer activement à son retour aux occupations, tout en tenant compte de son environnement. Comme ergothérapeute, j'ai aimé entre autres le vocabulaire spécifique du processus. Cela m'a permis de mieux expliquer aux individus leur « contexte actuel de motivation », de mettre des mots sur l'évolution de ces mêmes personnes durant les réunions multidisciplinaires ou lorsque j'écrivais mes notes évolutives. J'ai apprécié la structure que le processus m'a apportée pour la planification des interventions, de même qu'à l'intérieur d'une rencontre spécifique. Tout cela était possible en étant à la fois souple, c'est-à-dire qu'il était possible de revenir à un stade antérieur. Donc, ici, l'« accompagnement » prend tout son sens. J'ai aussi adoré les questions de réflexion de la phase de compétence, je crois qu'elles ont favorisé l'introspection de ces personnes à la suite des activités effectuées en thérapie.

## PERCEPTION DES GESTIONNAIRES :

Brigitte Lefebvre, chef de service, réadaptation fonctionnelle (avec la collaboration de Lorraine Guillemette, directrice des soins et services cliniques, ex-coordonnatrice du programme-

Les points forts du processus, à mon avis, c'est que la personne est comparée à elle-même et non pas à des standards de performance établis ou des normes de société. Il permet l'autoévaluation du client (par exemple avec l'AUTO), la prise de conscience d'où il est rendu dans son cheminement, ce qui favorise l'*empowerment*. Finalement, le processus permet de susciter l'espoir quand « tout » a été essayé pour stimuler la motivation d'une personne à entrer en activité.

Comme clinicienne, j'aurais aimé avoir plus de temps pour intervenir auprès de personnes qui sont hospitalisées pour un court séjour et suivre le processus. Souvent, j'ai eu l'impression de faire un bout de chemin avec la personne en ciblant les aspects à travailler selon le continuum, mais seulement quelques rencontres étaient planifiées pour passer à l'action. De plus, alors que les programmes-clientèles n'avaient pas été mis en place à ce jour, il était difficile de garder une continuité avec les autres ressources de la communauté. Par ailleurs, je n'aurais pas eu la chance d'explorer la phase d'accomplissement avec aucun client. De plus, je me demande si, dans ce rôle précis (en courte durée), il est réaliste, pour des questions de temps, d'enseigner le processus aux membres de l'équipe qui interviennent auprès du client et de sa famille, chose que je trouve fantastique et primordiale pour le client. »

**Dominique Corriveau, ergothérapeute**

« L'expérience que je veux partager est celle vécue cet été auprès d'un client. Je suis loin de me considérer comme une experte du processus de remotivation, mais j'ai tenté de l'utiliser dans ma pratique. Les résultats m'ont agréablement surpris.

L'intervention s'est inscrite dans une démarche de remotivation pour retourner un client à son domicile. Il avait de grandes difficultés à se mobiliser à l'unité, demeurait dans sa chambre et ne voulait pas en sortir, ne serait-ce que pour se promener sur l'étage. Il présentait des difficultés de soins personnels de base, avec une hygiène déficiente, une pauvre alimentation, ne s'habillait pas, etc. L'intervention a débuté dans la chambre et, rapidement, Monsieur a accepté d'être rencontré au salon de l'étage puis aux activités thérapeutiques du centre

clientèle des troubles affectifs, Mario Doré, chef d'unité, et Robert Côté, assistant-infirmier en chef des services externes).

« Le processus de remotivation présente de nombreux avantages cliniques, mais il s'avère tout aussi pertinent d'un point de vue

hospitalier, ensuite sur le terrain du centre hospitalier, puis dans des sorties progressives à domicile pour un retour définitif, le tout à raison de deux ou trois fois par semaine pendant quelques semaines.

J'avais proposé à l'équipe d'intervenir auprès de Monsieur selon le processus de remotivation. Ce fut un facilitateur autant pour ma pratique que pour mes échanges avec l'équipe et le client. Je souhaite approfondir mes connaissances du processus et poursuivre son intégration à ma pratique. »

**Suzanne Turcotte, ergothérapeute**

« Le processus de remotivation : Enfin! J'aime la vie!

Un éclat dans les yeux, un rire spontané, un visage détendu et souriant, des bras qui s'animent en parlant, tout cela reflète la capacité du corps à dire : enfin! J'aime la vie!

C'est en portant attention à ces signes, qui pourraient nous apparaître anodins à première vue, qu'il nous est possible de recueillir une quantité d'informations déterminante dans le processus de rétablissement des clients. Pourtant, c'est bien logique, c'est en s'attardant à ce qui rend heureux chacun des clients que l'on pourra les aider à redevenir heureux.

Le processus de remotivation est une approche qui prône l'appropriation du pouvoir, donnant la chance aux clients submergés par le sentiment de perte de maîtrise qu'entraînent la dépression et ses voisines de devenir les acteurs de leur vie en se recentrant sur ce qui est le plus important pour eux. La reprise de contact avec leurs valeurs, leurs buts, leur essence profonde est observable et gratifiante autant pour eux que pour nous, ergothérapeutes.

Quoique cette approche ait été conçue par une ergothérapeute, il ne faut pas s'y méprendre, son application n'est pas seulement une « affaire d'ergothérapeutes ». Lorsque l'approche remotivationnelle est adoptée par tous les membres de l'équipe interdisciplinaire, son effet est multiplié par le nombre d'interactions suscitées par chacun d'eux. L'effet exponentiel de ces expositions positives entraîne un retour à la vie des plus agréables. »

**Karine Mercier, ergothérapeute**

organisationnel. En effet, plusieurs caractéristiques de cette stratégie thérapeutique de la volition coïncident avec les préoccupations prioritaires des gestionnaires du réseau de la santé et des organismes communautaires.

Premièrement, le processus de remotivation est une stratégie qui reconnaît le rôle

des personnes utilisatrices de services en leur accordant un rôle-clé dans leur processus de rétablissement. Que ce soit dans l'expression de ses préférences, les occasions d'exercer un choix, la reprise graduelle de décisions ou dans les occasions d'affirmation de soi, la personne est considérée au centre de l'intervention et est incitée à exercer de plus en plus son pouvoir d'agir sur son environnement. Cette reconnaissance de la personne et de ses actions vient renforcer sa valeur personnelle et son aptitude à remplir ses rôles occupationnels.

Deuxièmement, c'est une stratégie qui contribue au rétablissement global de la personne. Un des enjeux majeurs du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (Gouvernement du Québec, 2005) porte sur le rétablissement de la personne dans sa globalité. Les buts et les sphères d'intervention constituant le processus de remotivation contribuent directement au rétablissement global de la personne. En visant l'atteinte de la phase d'accomplissement au sein du continuum d'accroissement volitionnel, le processus de remotivation amène la personne à acquérir un sentiment d'efficacité personnelle et les aptitudes nécessaires à la prise de risques. Ce qui la rend alors apte à reprendre ses occupations et ses divers rôles au sein de la société.

La formation du personnel à utiliser le processus de remotivation devient par ce fait un investissement avantageux, car celui-ci pourra le mettre en application dans de nombreuses circonstances. Aussi, le processus de remotivation est une stratégie individualisée. Il tient compte des particularités de l'individu, de son accroissement volitionnel et de l'environnement particulier au sein duquel il évolue. L'implantation du processus de remotivation contribue ainsi à ce que l'offre de service soit davantage adaptée aux besoins de la clientèle.

Également, le processus de remotivation s'avère un outil facilitant cette collaboration interdisciplinaire. En effet, l'ergothérapeute fournit, par l'évaluation volitionnelle de la personne, un profil clair et détaillé de ses forces, de ses limites, où et comment agir sur son environnement, ce qui oriente la personne et tous ceux qui l'entourent (proches, personnel de l'unité, autres professionnels, etc.) dans la sélection et l'utilisation de stratégies favorisant son accroissement volitionnel. Tous les intervenants ont un rôle important à jouer pour stimuler et renforcer la volonté d'agir de la personne. Guidés à travers les étapes du processus de remotivation, les membres de l'équipe interdisciplinaire interviennent

avec une meilleure cohésion et une plus grande efficacité. De plus, le dernier plan d'action en santé mentale réitère l'importance des soins partagés, soit une approche axée sur la collaboration entre les intervenants de l'équipe interdisciplinaire.

Finalement, c'est une stratégie rigoureuse favorisant des services de qualité. La structure même du processus de remotivation amène une rigueur dans l'intervention motivationnelle. Chaque phase détermine des buts et des stades d'intervention précis qui encadrent la démarche des intervenants. L'application du processus de remotivation contribue donc à harmoniser les modes d'intervention au sein d'une équipe interdisciplinaire et à accroître ainsi la qualité des services.

En conclusion, les données théoriques appuyées par les observations cliniques indiquent que les principes régissant le processus de remotivation concordent tout à fait avec les préoccupations actuelles du réseau de la santé. On n'a qu'à penser à l'individualisation des services, à la qualité des services, aux soins partagés, au rétablissement global et à la reconnaissance du rôle de la personne utilisatrice. De futures recherches cliniques permettront de tirer de plus amples conclusions quant à l'efficacité de cette méthode. >>>

**Brigitte Lefebvre et coll.**

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARON, K., KIELHOFNER, G., IYENGER, A., GOLDHAMMER, V., WOLENSKI, J. (2001). *Occupational Self-Assessment (OSA)*. Chicago, Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Science, University of Illinois at Chicago.

BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford, p. 72.

BONICATTO, S.C., DEW, M.A., ZARATIEGUI, R., LORENZO, L., PECINA, P. (2001). *Adult outpatients with depression : Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina*. *Social science and medicine*, 52(6) : 911-919.

DE LAS HERAS, C.G., GEIST, R., KIELHOFNER, G., LI, Y. (2003). *The Volitional Questionnaire (VQ) (version 4.0)*. Chicago, Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Science, University of Illinois at Chicago.

DE LAS HERAS, C.G., LLERENA, L., KIELHOFNER, G. (2003). *A user's manual for Remotivation process : Progressive intervention for individuals with severe volitional challenges (Version 1.0)*. The Model of human occupation clearinghouse, Department of occupational therapy, College of applied health sciences. University of Illinois, Chicago, 114 p.

DERUBEIS, R.J., CRITS-CHRISTOPH, P. (1998). *Empirically supported individual and group psy-*

*chological treatments for adult mental disorders*. *J Consult Clin Psychol*, 66 : 37-52.

ELKIN, I., SHEA, M.T., WATKINS, J.T., IMBER, S.D., SOTSKY, S.M., COLLINS, J.F. ET COLL. (1989). *National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments*. *Arch Gen Psychiatry* 46 : 971-82.

FARKAS, M.D., ANTHONY, W.A., COHEN, M.R. (1989). *An overview of psychiatric rehabilitation : The approach and its program*. Dans Elbouz, F. et Heyden, B. (2004). *La réhabilitation psychiatrique*. Socrate Éditions Promarex, Charleroi, Belgique. Traduction de : Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. et Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation 2nd edition*. Center for psychiatric rehabilitation, Sargent College of health and rehabilitation sciences, University of Boston.

HAGLUND, L., THORELL, L., WÄLINDER, J. (1998). *Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses : schizophrenia and mood disorders*. *Nordic journal of psychiatry*, 52 (3) : 223-229.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2005). *Plan d'action en santé mentale : la force des liens*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

HIRSCHFELD, R.M., KELLER, M.B., PANICO, S. ET COLL. (1997). *The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression* *JAMA*. 277(4) : 333-40.

KIELHOFNER, G. (2002). *A model of human occupation : Theory and application. Third edition*. Baltimore : Lippincott, Williams and Wilkins, 684 p.

KIELHOFNER, G., MALLINSON, T., CRAWFORD, C., NOWACK, M., RIGBY, M., HENRY, A., WALENS, D. (2004). *A user's guide to the Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II) (Version 2.1)*. Chicago, Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Science, University of Illinois at Chicago.

NIERENBERG, A.A., WRIGHT, E.C. (1999). *Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl 22) : 7-11.

OAKLEY, F., KIELHOFNER, G., BARRIS, R. (1985). *The role checklist*. Chicago, Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Science, University of Illinois at Chicago.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse.

PÉPIN, G., JACQUES, P., GUÉRETTE, F., LEFEBVRE, B., THÉRIAULT, C. (2006). *Étude explorant l'effet de l'ajout du processus de remotivation au suivi psychiatrique régulier chez des patients avec dépression majeure partiellement réfractaire au traitement*. Protocole de recherche CRULRG-Clinique des troubles de l'humeur, Centre hospitalier Robert-Giffard.

THASE, M.E. (1999). *Summary : defining remission in patients treated with antidepressants*. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 (Suppl 22) : 35-6.

*Guide de l'intervenant. Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition*

Par Philippe Baruch, M.D., psychiatre, Clinique des troubles de l'humeur au CHR.G.

Cet ouvrage est la traduction, par une équipe coordonnée par Francis Guérette, d'un texte de Carmen Gloria de las Heras, Veronica Llerena et Gary Kielhofner paru en 2003 et qui décrit une intervention thérapeutique appelée processus de remotivation qui est destinée aux personnes présentant un trouble volitionnel sévère.

Ce livre commence par une présentation des notions de volition et de « continuum volitionnel ». C'est ensuite à partir des trois phases de ce continuum (exploration, compétence et accomplissement) qu'est défini le processus de remotivation, basé sur le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. Les chapitres qui suivent présentent dans le détail les stratégies utilisées par le thérapeute à chaque phase du processus de remotivation. Des exemples cliniques illustrent cette démarche tout au long de l'ouvrage.

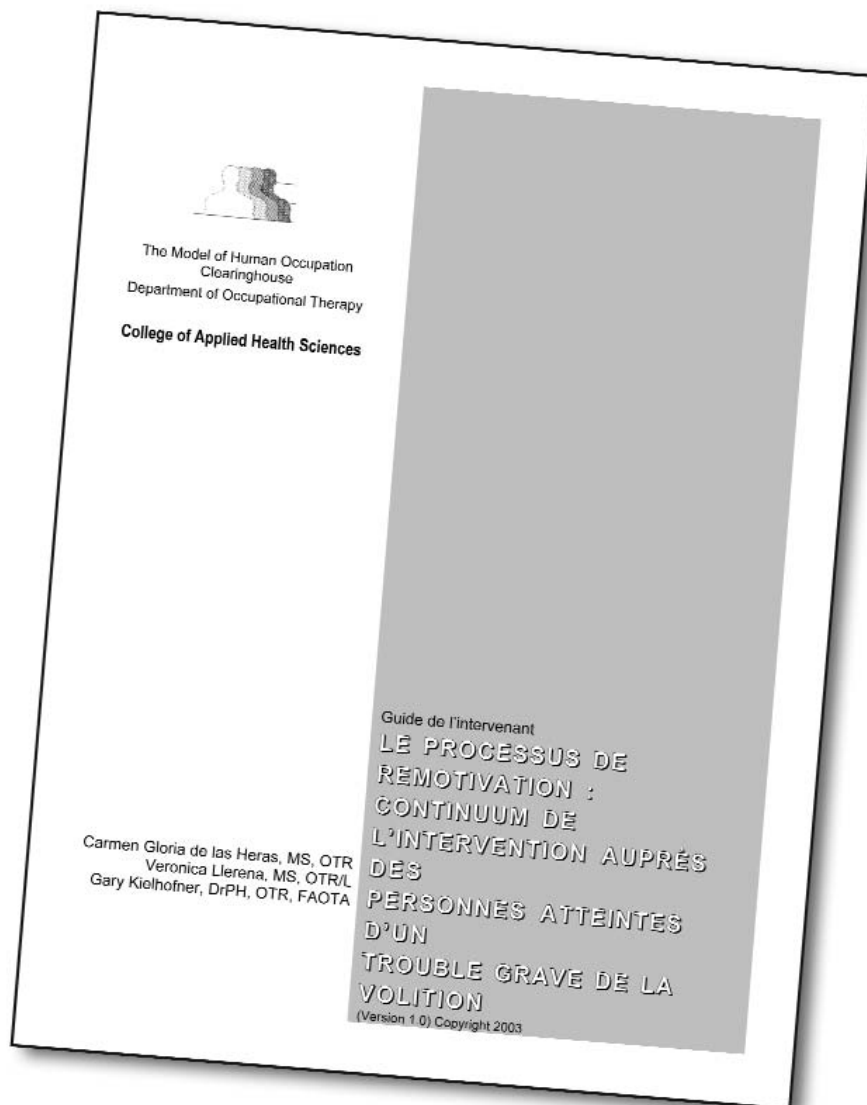
Il s'agit avant tout d'un ouvrage pratique. Le lecteur est renvoyé à d'autres textes, notamment pour une présentation détaillée du modèle de l'occupation humaine. Ce texte est écrit de façon claire, et les histoires de cas facilitent l'application concrète des stratégies proposées. La distinction des trois phases du continuum volitionnel est sans doute ce qui structure le plus efficacement l'intervention thérapeutique. Elle aidera certainement les thérapeutes à systématiser leur approche et, plus précisément, à en évaluer l'impact.

Les limites de ce livre nous semblent de deux ordres. Tout d'abord, même s'il décrit les notions de volition et de trouble volitionnel, une analyse plus précise définirait sans doute mieux la population cible du processus de remotivation. Les sujets dont l'histoire est résumée présentent tous ce qui peut être considéré comme un trouble volitionnel, mais le mécanisme de celui-ci est loin d'être univoque. Si chez certains la volition semble ne pouvoir s'exprimer du fait d'un handicap cognitif ou psychomoteur, chez d'autres, il pourrait plutôt s'agir d'un déficit hédonique. Le processus de remotivation est-il dans les deux cas aussi efficace? Doit-il être adapté à l'origine supposée du trouble volitionnel? La deuxième limite de l'ouvrage tient à l'absence de données probantes présentées

sur l'efficacité du processus de remotivation en tant que tel et par rapport à d'autres modalités d'intervention.

Il s'agit donc avant tout d'un texte expliquant « comment faire ». Il sera sans doute nécessaire de mieux définir, par des études, les sujets pouvant le plus bénéficier du processus de remotivation et d'évaluer son efficacité. Mais il faut souligner l'intérêt d'une intervention thérapeutique

fondée sur la notion de volition. Le déficit volitionnel nous apparaît notamment être au cœur de la problématique des troubles de l'humeur, et le processus de remotivation constitue fort probablement un apport très utile aux traitements des états dépressifs. Il faut donc se féliciter de voir des progrès dans le traitement des troubles de la volition et remercier l'équipe de traduction d'avoir traduit ce texte disponible en français.



## DES CONFÉRENCIERS INTERNATIONAUX SE LANCENT DANS LA FABULEUSE TRAVERSÉE!

**Roy Muise**, une personne utilisatrice de services, travaille comme spécialiste pair aidant au Self-Help Connection, à Dartmouth, en **Nouvelle-Écosse**. Il est le premier au pays à avoir obtenu son accréditation comme spécialiste pair aidant. Il est aussi directeur du Réseau national pour la santé mentale. Roy Muise présentera le Projet de certification de spécialiste pair aidant disponible en Georgie, et qu'il tente actuellement de développer au Canada.

Détenteur d'un Ph. D., **Steve J. Onken** est assistant professeur adjoint à l'École de service social de l'université Colombia, à **New- York**. Il est chercheur principal pour le Projet de recherche national sur le rétablissement en santé mentale aux États-Unis. Ce projet vise à développer des indicateurs de rétablissement pour faciliter le rendement des systèmes de services. Il présentera d'ailleurs plusieurs des instruments de mesure disponibles actuellement.

Commissaire au Département de services de santé mentale et toxicomanie du **Connecticut**, membre du cabinet de la gouverneure Jodi Rell, **Thomas Kirk** est également directeur du Connecticut Community Mental Health Strategy Board, codirecteur des Alcohol and Drug Policy and Mental Health Policy Councils. Il agit aussi comme membre des conseils d'administration de la Fondation de la santé mentale du Connecticut, de la National Association of State Mental Health Program Directors et de son institut de recherche. Tout récemment, il a été nommé au National Advisory Council of the federal Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Thomas Kirk présentera les facteurs cliniques et organisationnels qui doivent être pris en compte dans l'opérationnalisation d'un système orienté réellement vers le rétablissement.

Ne manquez pas le « Top 10 » des idées préconçues qui peuvent faire obstacle au rétablissement selon Thomas Kirk!

## EN CONFÉRENCE DE CLÔTURE,

**Catherine Vallée** commente le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* sous différents angles : rétablissement, pouvoir d'agir, organisation de services, meilleures pratiques et, surtout, défis du changement. M.Sc. en *counseling* de réadaptation psychosociale de l'Université de Boston, ergothérapeute, elle enseigne à l'Université d'Ottawa et à l'université McGill. Elle est également une formatrice reconnue en matière de rétablissement, de soutien aux organisations pour l'embauche des pairs aidants, de soutien en emploi et d'évaluation fonctionnelle. Elle a publié plusieurs articles scientifiques et présenté de nombreuses conférences. Elle poursuit actuellement ses études doctorales à l'Université de Montréal. Elle a été présidente du conseil d'administration de l'AQRP de 1995 à 1998. Elle s'est également impliquée dans le comité d'édition du bulletin *le Partenaire* jusqu'en 2005. On note sa contribution exceptionnelle dans la parution d'un numéro spécial sur la parentalité.

Très appréciée lors de sa présentation sur les prochains enjeux du nouveau plan d'action ministériel lors du dernier **Symposium de l'AQRP** organisé avec la collaboration du MSSS, a été très appréciée. Catherine Vallée porte un regard critique et percutant sur les défis qui nous attendent pour amorcer et opérer un réel changement des pratiques vers le rétablissement.

Pour aller au-delà des bonnes intentions...



ASSOCIATION  
QUÉBÉCOISE POUR  
LA RÉADAPTATION  
PSYCHOSOCIALE