

le partenaire

vol. 13, n° 1, hiver 2006



*Volition et motivation
en santé mentale*

Première partie : concepts théoriques



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

le partenaire

est le bulletin de

l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale

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

Édition : Diane Harvey

Siège social :

AQRP, 184, rue Racine, Loretteville
(Québec) G2B 1E3
Téléphone : (418) 842-4004
Télécopieur : (418) 842-4334
Courriel : aqrp@qc.aira.com
Internet : www.aqrp-sm.ca

Conception et réalisation graphique :

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 L'évaluation et le développement de la disposition
- 8 Le modèle de l'occupation humaine (MOH) : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux
- 15 Nous avons lu pour vous... *La réhabilitation psychiatrique*

vignette sur la une

Depuis 1984, Folie Culture, organisme sans but lucratif de Québec, poursuit un travail d'information, de sensibilisation et de promotion en santé mentale en organisant des événements flamboyants pour susciter la réflexion sur des questions sociales d'importance.

Tirées de l'exposition *Oripeaux* présentée en décembre 2005, les œuvres de Anne-Sylvie Charest, Serg Demers et Caroline Ouellet, qui vous sont proposées à la une de ces deux bulletins portant sur la motivation en santé mentale, expriment un parcours visuel à travers les textures inconstantes de nos habitudes fabriquées. On se dépouille en abandonnant nos vieux habits hivernaux, en découvrant que nous avons tous une fantaisie bien cachée à l'intérieur de notre doublure invisible. Sous la direction de la designer Kim Kneipp, ce montage de vêtements dé/recousus forme un corpus recyclé; ils sont tous dérivés de manteaux communs et montrent une évolution des formes et des émotions. L'émergence d'une deuxième peau... un oripeau.

Tu me déchires et me découds; je te construis et te recouds.

Enlever ses vieux habits pour se vêtir de ses plus beaux atours, n'est-ce pas là un premier indice d'une nouvelle motivation à faire ou à devenir?

Le bulletin *le Partenaire* vous présente deux numéros consécutifs ayant comme thématique la volition et la motivation en santé mentale. À partir de différents modèles et concepts liés aux processus de motivation, nous verrons différentes applications pratiques ayant des impacts positifs sur la motivation à agir des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Comment peut-on aider une personne à être disposée à entreprendre une démarche de réadaptation? Comment favoriser un processus de remotivation chez la personne afin qu'elle retrouve le goût de reprendre ses activités quotidiennes? Quels sont les processus et les outils qui peuvent favoriser le développement d'une motivation à agir, à réaliser un projet, à s'accomplir?

Ces deux bulletins ont ainsi comme trame de fond l'importance de la motivation des personnes dans leur processus de rétablissement. Les auteurs des différents articles proposés partagent donc un intérêt quant à l'utilisation d'approches et de moyens basés sur les processus motivationnels de l'être humain.

Le premier numéro débute par une présentation du concept de la disposition à la réadaptation par Mme Rosanne Énard, M.Ed., consultante et formatrice en réadaptation psychosociale, également présidente du conseil d'administration de l'AQRP. Son article traite de l'évaluation et du développement de la disposition globale des personnes à agir et à entreprendre une démarche de réadaptation. La motivation découle du degré avec lequel elles se sentent prêtes à s'engager dans un processus structuré visant à déterminer un objectif global de réadaptation. L'évaluation de la disposition permet donc de mettre en œuvre les interventions de réadaptation en conséquence.

Par la suite, René Bélanger et son équipe nous présentent un article de fond sur le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner, un modèle qui situe la motivation comme un élément fondamental dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. René Bélanger est professeur de clinique au Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'université Laval, coordonnateur clinique en ergothérapie et ergothérapeute en clinique spécialisée pour les premières psychoses à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Il est aussi un membre fondateur du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). Mme Catherine Briand,

coauteure de l'article, est ergothérapeute, Ph. D., professeure adjointe à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, chercheuse postdoctorale au Centre de recherche et de formation en prévention des incapacités (CREFOPI), chercheuse au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Mme Chantale Marcoux, également coauteure de l'article, est responsable de formation pratique au Département de réadaptation de l'université Laval et coordonnatrice pour le CRMOH.

Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner s'inscrit parfaitement en lien avec les valeurs et les principes de la réadaptation psychosociale. Il met en lumière la nature occupationnelle de l'être humain et avance que le moyen privilégié pour restaurer les fonctions d'une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de la vie quotidienne consiste à ramener sa participation dans des occupations significatives. La motivation des personnes à se réaliser dans leur quotidien est donc au centre des préoccupations de ce modèle dont on présente ici les éléments qui le composent, sa dynamique de fonctionnement, le processus d'application clinique et les outils d'évaluation qui lui sont associés. Quelques vignettes cliniques illustrent les propos des auteurs. Pour le lecteur qui s'initie à ce modèle, qui peut d'ailleurs être appliqué par des professionnels de différentes formations avec la collaboration de l'ergothérapeute, il s'agit donc du cours 101 du MOH!

Finalement, ce premier numéro se termine par la chronique *Nous avons lu pour vous...*, qui donne le goût de se procurer, enfin en français, un des principaux livres de référence de l'approche de la réadaptation psychosociale. *La réhabilitation psychiatrique*, écrit par William Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas et Cheryl Gagne, a été lu et commenté par Francis Guérette, ergothérapeute au Centre hospitalier Robert-Giffard. Œuvrant au sein du programme-clientèle des troubles affectifs, M. Guérette nous revient également dans le second bulletin puisqu'il cosigne un des articles présentant un exemple pratique d'application du MOH. De plus, il faut souligner que la réalisation de ces deux bulletins a grandement été facilitée par son travail de liaison entre les différents auteurs et le comité d'édition. Nous le remercions, ainsi que tous les auteurs qui ont collaboré à ces numéros. Bravo également aux personnes utilisatrices de services qui ont créé avec beaucoup d'harmonie les œuvres paraissant à la une, exprimant d'une autre manière

un désir de changement. En effet, quoi de plus stimulant que de se voir habillé de ses plus beaux atours!

La deuxième partie du bulletin, *Volition et motivation en santé mentale : quelques exemples pratiques d'application*, propose donc des expériences d'ici et d'ailleurs, desquelles se dégagent des données probantes sur des expérimentations concrètes du modèle de l'occupation humaine.

Grâce à la collaboration de Carmen Gloria de las Heras, nous partagerons ses recherches sur le MOH et visiterons le *Reencuentros*, un programme d'insertion sociale de Santiago, au Chili. Cette ressource conjugue le modèle Clubhouse (voir *le Partenaire*, vol. 5, n° 4, hiver 1997), le modèle de réadaptation psychiatrique d'Anthony et Farkas, et le modèle de l'occupation humaine de Kielhofner.

Finalement, une équipe de chercheurs et de cliniciens de Québec viendra clore le traitement de cette thématique de la motivation par la présentation d'un projet de recherche exploratoire sur l'application du processus de remotivation de De las Heras au programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard; une recherche découlant de leur propre expérience clinique auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et présentant une résistance aux traitements.

En conclusion, il est intéressant de constater que des modèles d'intervention, fort distincts les uns des autres, partagent tous les mêmes grands principes de la réadaptation psychosociale. La personne est au cœur du processus d'intervention, elle doit pouvoir bénéficier d'un environnement digne de tout citoyen. Les interventions doivent favoriser la reprise du pouvoir d'agir chez la personne (*empowerment*) et son rétablissement. Par conséquent, la compréhension des processus motivationnels et l'évaluation de la disposition des personnes ayant des problèmes de santé mentale représentent certainement des atouts majeurs dans l'exercice des pratiques de réadaptation psychosociale.

Qu'est-ce qui motive une personne à agir? Qu'est-ce qui la remotive au cours de sa démarche de rétablissement? Mais, avant tout, êtes-vous bien disposé à lire?

Bonne lecture!

Diane Harvey

L'évaluation et le développement de la disposition

Par Rosanne Emard, M.Ed., consultante-formatrice

La perspective du rétablissement suscite un intérêt de plus en plus marqué au Québec et ailleurs. Dorénavant, le rétablissement prend une plus grande place dans la vision et l'actualisation d'un système de services axé sur les besoins de la personne. Le rétablissement se manifeste par l'expérience de la personne à vivre une vie satisfaisante, teintée d'espoir et de possibilités de contribution personnelle, malgré la maladie.

Les services de traitement, de suivi dans la communauté et de réadaptation sont les moyens que les aidants utilisent pour faciliter le rétablissement, accompagner et soutenir la personne dans sa démarche de prise en charge personnelle (Anthony, 1992). Les praticiens peuvent aider au processus de rétablissement en comprenant les tentatives que font les individus en cours de rétablissement pour retrouver leur sens d'eux-mêmes, la proximité avec les autres, le pouvoir qu'ils ont sur leur propre vie, les rôles qu'ils valorisent et l'espoir qu'ils entretiennent pour eux-mêmes (Farkas et Vallée, 1996, dans Émard et Aubry, 2004).

« La réadaptation est une approche de prédilection parce que c'est une démarche centrée sur la personne et les résultats qui repose sur une façon de procéder, une des méthodes bien documentées, appuyée sur un bon programme d'évaluation et de formation » (Anthony, 1998 p. 86). Le droit et la capacité des individus de décider de leur démarche de rétablissement et des résultats à atteindre sont au cœur de cette approche développée par le Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston (Farkas et Hutchinson, dans Émard et Aubry, 2004).

Au cours des années, les praticiens et les chercheurs ont découvert que le diagnostic psychiatrique ou la description des symptômes ne sont pas de bons indicateurs de résultats en réadaptation (Deleu, 2004). Ils se sont aussi rendu compte que divers groupes de personnes s'engageaient dans le processus structuré de réadaptation à un rythme différent. Certains terminaient le processus dans un temps assez court, d'autres avaient besoin de plus de soutien et de temps. En conséquence, il devenait nécessaire de développer la technologie sur l'évaluation et l'accroissement de la disposition à participer à la démarche de réadaptation (Farkas, M. et coll. 2000).

Ces techniques d'évaluation et d'accroissement de la disposition permettront de soutenir les personnes dans leurs démarches pour qu'elles déterminent par elles-mêmes si, à ce moment précis, elles veulent entreprendre une démarche de réadaptation. Cette décision découle du degré d'engagement de la personne envers un processus structuré visant à déterminer un objectif global de réadaptation et à mettre en œuvre les interventions de réadaptation. Ces interventions sont destinées à améliorer l'équilibre de ses ressources et de ses habiletés afin qu'elle vive succès et satisfaction dans les milieux de son choix avec le minimum d'aide professionnelle.

Le niveau de disposition globale d'une personne témoigne de son intérêt et de sa volonté à s'engager dans le processus de réadaptation ou dans tout autre projet de vie, tel que retourner aux études, entreprendre un programme de mise en forme ou planifier un voyage. La disposition semble liée à des facteurs personnels comme la motivation, l'engagement et la

disposition dans une situation insatisfaisante plutôt que de prendre le risque de changer ou de souffrir des conséquences d'un changement. Par ailleurs, d'autres personnes manifestent peu de tolérance à vivre des situations insatisfaisantes et amorcent des changements immédiatement. Ces différences ne semblent pas avoir de lien avec les symptômes de la personne. Quoique la gestion des symptômes peut interférer dans le niveau de désir qu'une personne possède pour aborder un processus de croissance (de réadaptation) à un moment donné, l'analyse de la pathologie ne nous informe pas spécifiquement sur sa disposition. Des personnes avec un même diagnostic ou un profil semblable de symptômes peuvent avoir des niveaux différents de disposition à s'engager dans un processus de réadaptation (Farkas et Nicoletti, 2003).

Le processus de réadaptation mise sur l'acquisition ou l'amélioration des rôles valorisants pour la personne. La réadaptation vise à aider la personne à choisir ses milieux préférés de vie, d'éducation, de travail ou

« Le niveau de disposition globale d'une personne témoigne de son intérêt et de sa volonté à s'engager dans le processus de réadaptation ou dans tout autre projet de vie, tel que retourner aux études, entreprendre un programme de mise en forme ou planifier un voyage. »

satisfaction plutôt qu'à des variables cliniques et démographiques traditionnelles (Farkas et Nicoletti, 2003). Ces facteurs personnels sont maintenant reconnus comme des dimensions de la disposition (Farkas et coll., 2000). Les dimensions courantes de la disposition sont le besoin, l'engagement, la proximité personnelle, la conscience de soi et la conscience environnementale.

DIMENSIONS DE LA DISPOSITION :

- › le besoin;
- › l'engagement;
- › la proximité personnelle;
- › la conscience de soi;
- › la conscience environnementale.

La volonté de faire des changements de toute sorte varie chez les individus. Certaines personnes préfèrent même rester

de loisirs, à les obtenir et à s'y maintenir. Le processus de réadaptation comprend trois phases : le diagnostic, la planification et l'intervention.

La phase de diagnostic consiste à aider la personne à déterminer son niveau de disposition à s'engager dans le processus de réadaptation, à se fixer un ou des objectifs et à évaluer ses forces et ses lacunes en matière de soutiens et d'habiletés par rapport aux objectifs qu'elle s'est fixés. Le diagnostic de réadaptation « fournit une description comportementale des habiletés actuelles et une définition opérationnelle du niveau actuel de soutien au sein de l'environnement résidentiel, éducationnel, social ou professionnel choisi » (Deleu, 2004).

La phase de planification favorise l'élaboration d'un plan de réadaptation qui a pour fonction de répondre aux besoins d'habiletés

et de soutien lui permettant d'atteindre ses objectifs. Le plan de réadaptation se distingue d'un plan de traitement du fait qu'il établit les méthodes à mettre en œuvre pour développer les habiletés et les soutiens, contrairement à des interventions visant à réduire les symptômes.

Finalement, la phase d'intervention préconise des interventions pour augmenter les habiletés par l'enseignement direct ou la programmation d'habiletés ou d'accroissement des soutiens par la coordination des services.

Le résultat du processus de réadaptation se traduit par des changements qui impliquent les rôles de la personne dans des environnements qu'elle choisit. Par exemple, le bénéficiaire devient un locataire dans un édifice à logement, un chômeur devient technicien en réseau, un client devient un bénévole au Berger de l'espoir, un organisme communautaire. Selon le niveau de disposition général de la personne à un moment précis, il peut être accablant de faire face : a) à la réalité d'avoir à prendre une décision à propos de son avenir, b) aux défis engendrés pour trouver la volonté nécessaire et c) à ce qui doit être fait pour y parvenir.

L'évaluation de la disposition a pour fonction de déterminer la volonté de la personne à fixer un objectif global de réadaptation ou à participer à des activités de réadaptation dans l'immédiat. Elle permet aussi de clarifier la probabilité, pour la personne, à établir un objectif avec succès. Être disposé à la réadaptation n'exige pas de s'engager à atteindre un objectif, mais seulement de bien vouloir s'engager dans un processus qui m'aidera à déterminer un but satisfaisant qui tiendra compte de mes préférences. Cela favorisera l'engagement ultérieur à acquérir les habiletés et les soutiens pour obtenir du succès dans de nouveaux rôles et de nouveaux milieux.

IL EXISTE CINQ POSTULATS SOUS-JACENTS À LA DISPOSITION À LA RÉADAPTATION :

1> La disposition décrit la volonté et l'engagement au changement, et non la capacité de changement. Il est moins important d'évaluer les capacités (par exemple, habiletés professionnelles, habiletés de vie quotidienne) que la disposition ou la volonté à s'engager dans un processus de changement puisque le but des activités de la réadaptation est de favoriser l'accroissement des capacités à atteindre ses objectifs.

2> La disposition change dans le temps. La volonté à s'engager dans une démarche de

changement varie selon le contexte situationnel de la personne, le soutien accessible, les peurs, le stress, la maladie.

3> La disposition est spécifique à un environnement (résidentiel, éducationnel, professionnel, social). Par exemple, une personne peut être prête à amorcer un processus de réadaptation en lien avec ses aspirations scolaires, mais pas pour le rôle de travailleur.

4> L'évaluation de la disposition implique l'engagement actif de la personne dans le processus.

5> L'évaluation de la disposition n'existe pas pour exclure les gens du processus de réadaptation, mais bien pour déterminer où commencer pour répondre aux besoins et au rythme de la personne.

En lien avec les cinq dimensions de la disposition, le processus d'évaluation de la disposition comprend les activités suivantes :

1> INFÉRER LE BESOIN

Inférer le besoin, c'est tirer des conclusions au sujet des pressions internes et externes qui poussent la personne à se fixer un objectif ou à changer. Ce processus aide l'intervenant et le client à déterminer s'il devrait participer activement à une démarche de réadaptation maintenant. Ils s'engagent dans une exploration de l'expérience de la personne afin de comprendre son niveau de satisfaction par rapport à son milieu. L'outil de l'« analyse de l'expérience » est utilisé pour favoriser une description explicite de l'environnement de la personne, son expérience en ce qui concerne ses sentiments et les raisons. Cette démarche permet de représenter visuellement le niveau de satisfaction du client. Elle suscite une plus grande participation de la personne et l'incite à tirer ses propres conclusions quant aux pressions internes et à son besoin d'apporter des changements.

Inférer le besoin consiste aussi à obtenir, par l'entremise d'entrevues, de l'information auprès des personnes significatives sur la perspective qu'a l'environnement sur le niveau de succès de la personne dans son milieu actuel. Le client et l'intervenant discutent du contenu de l'information, ils l'interprètent et tirent les conclusions sur les pressions externes pertinentes.

L'interprétation du niveau de besoin découle de l'analyse des pressions internes et externes. Le client et l'intervenant déterminent et notent (de 1 à 5) l'importance du besoin dans son profil de disposition globale. Généralement, plus la

personne comprend et ressent les pressions internes et externes, plus elle est mobilisée à agir.

2> VALIDER L'ENGAGEMENT

Valider l'engagement de la personne, c'est confirmer son intention d'améliorer sa situation actuelle par l'évaluation de son niveau de désir de changement et sa conviction par rapport à sa réussite. Cet aspect permet de saisir les sentiments de la personne par rapport au changement.

Le processus d'exploration s'intéresse à la confiance de la personne quant à l'amélioration de sa situation courante et au changement personnel. C'est découvrir sa motivation et son engagement. Il est essentiel, aussi, d'amener la personne à anticiper les conséquences positives liées au changement. Ceci vient renforcer la croyance que le changement est pour le mieux. Des attentes positives inspirent un sentiment d'espoir. On examine aussi le niveau d'auto-efficacité de la personne, c'est-à-dire sa croyance qu'elle peut améliorer sa situation actuelle. À quel point la personne se sent-elle comme un agent de changement et possède-t-elle un sentiment de confiance qui s'exprime comme suit? « Je peux changer » ou « Je peux apporter le changement ». C'est l'expérience que je peux faire un premier pas. Finalement, un autre élément important dans l'évaluation de l'engagement est le sentiment qu'a la personne sur le soutien qu'elle obtient des autres par rapport à sa démarche de changement et de réadaptation. Il suffit qu'il y ait une personne qui soit prête, qui veuille et qui soit capable d'aider pour que la personne se sente soutenue.

L'entrevue structurée est appropriée pour recueillir directement l'information sur l'engagement de la personne. Au besoin, d'autres activités d'exploration et des jeux sont employés pour sonder les différentes dimensions de l'engagement. Voici quelques exemples de questions :

- > Comment vous sentez-vous par rapport au changement?
- > Qu'est-ce qui arriverait si vous déménagiez? Si les choses changeaient?
- > Quelles seraient les conséquences bénéfiques du changement? Les conséquences négatives?
- > Comment pensez-vous que s'effectuera le changement? Quelle contribution personnelle envisagez-vous?
- > Qui, d'après vous, pourrait vous aider à effectuer ce changement? Qui pourrait être un obstacle?

L'interprétation du niveau d'engagement découle de l'analyse de l'information

recueillie. Le client et l'intervenant déterminent et notent (de 1 à 5) l'importance de son engagement dans son profil de disposition globale. Généralement, plus la personne juge le changement positif et possible, plus elle estime pouvoir contribuer au processus de changement; plus elle croit pouvoir bénéficier d'un soutien de son entourage, plus elle est encouragée à poursuivre une démarche de réadaptation.

3> DISCERNER LA PROXIMITÉ PERSONNELLE

Discerner la proximité personnelle, c'est juger du degré de volonté de la personne à établir des liens avec les autres. C'est distinguer le degré de lien ou d'isolation de la personne avec les autres, tout particulièrement avec l'intervenant qui l'accompagnera dans sa démarche de réadaptation et l'établissement de ses objectifs. Une relation solide avec l'intervenant favorise le soutien de la personne qui vit du stress lié au changement et à sa croissance personnelle.

L'entrevue structurée est l'outil de base pour observer les préférences de la personne dans sa façon d'entrer en lien avec les autres. Il existe aussi une grille d'observation comportementale qui aide à déterminer ses préférences relationnelles (émotionnelles, physiques, intellectuelles, spirituelles). Une meilleure compréhension des préférences relationnelles de la personne permet d'établir des interventions plus conviviales et efficaces pour la démarche de réadaptation.

L'interprétation du niveau de la proximité personnelle découle de l'analyse de l'information qui est recueillie. Le client et l'intervenant déterminent et notent (de 1 à 5) l'importance de son engagement dans son profil de disposition globale. Généralement, plus la relation client-intervenant est proche et collaborative, plus la personne est ouverte et se sent soutenue dans les efforts qu'elle fournit dans sa démarche de réadaptation.

4> ESTIMER LES NIVEAUX DE CONSCIENCE

Estimer les niveaux de conscience, c'est déterminer le degré de connaissance de soi et de ses options environnementales. La compréhension des niveaux de conscience permet au client et à l'intervenant de jauger l'échéancier pour la démarche d'établissement d'objectifs de réadaptation et toute intervention d'éducation nécessaire pour favoriser des décisions éclairées. Le niveau de conscience provient des connaissances et de l'expérience de vie de la personne.

Le processus consiste à explorer les connaissances de la personne sur les caractéristiques environnementales (rôles, description physique, activités, exigences et responsabilités) des milieux dans lesquels elle a vécu ou aspire à vivre. On s'intéresse aussi à son expérience décisionnelle (approche intuitive, dépendante, systématique) dans le choix de ses milieux antérieurs (milieu de vie, éducation, travail, social). Le « résumé des environnements » (semblable à un curriculum vitae) permettra de voir l'histoire de la personne dans un même tableau.

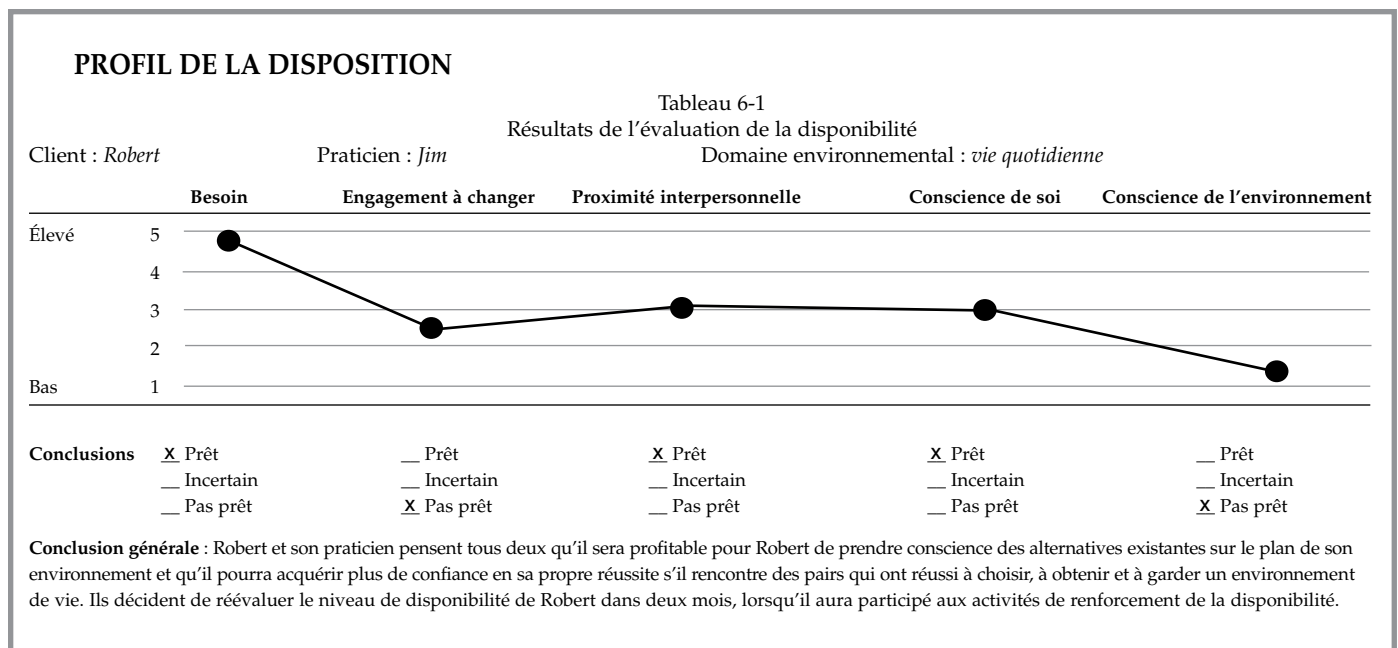
L'estimation de la conscience de soi est une démarche d'entrevue semblable explorant l'étendue des connaissances que la personne a de ses champs d'intérêt, de ses valeurs et de ses préférences personnelles (caractéristiques désirables chez les personnes, les choses et les lieux physiques).

L'interprétation des niveaux de conscience de soi et de conscience environnementale découle de la documentation et de l'analyse de l'information recueillie. Le client et l'intervenant déterminent et notent (de 1 à 5) l'importance de son engagement dans son profil de disposition globale. Généralement, plus la personne a une bonne connaissance de soi et de son environnement, et plus elle comprend comment elle prend des décisions, mieux elle est équipée pour contribuer activement au processus de décision dans la démarche de réadaptation.

5> DÉTERMINER LES STRATÉGIES

Déterminer les stratégies, c'est décider ou choisir la ou les directions à prendre en fonction du niveau de disposition globale du client. La personne et le praticien en réadaptation déterminent les niveaux de disposition sur chacune des dimensions pour parvenir à une vue d'ensemble de sa disposition globale. Le profil de la disposition devient un outil visuel intéressant pour faciliter l'interprétation des résultats de l'évaluation et décider des étapes suivantes par la personne elle-même.

Le tableau ci-dessous montre un exemple de profil de la disposition.



Il est essentiel que le niveau de disposition soit moyen ou élevé sur la dimension de « besoin » pour poursuivre la démarche d'évaluation de la disposition. Si la personne ne ressent pas le besoin, par les pressions internes et externes, il n'y a pas de « poussée » ou l'expérience du « je dois » à envisager une démarche de changement. Par ailleurs, il est important de reconnaître l'apport de la dimension d'« engagement » dans la motivation à poursuivre une démarche de réadaptation. L'engagement découle particulièrement du désir de changer (être attiré), de l'espoir d'améliorer sa situation et de la volonté (« je veux »).

Les choix des interventions ou des directions à prendre pour faire suite à la compréhension de la disposition globale de la personne pourraient se retrouver dans les activités suivantes :

- 1) développer la disposition (sur les dimensions plus faibles);
- 2) fixer un ou des objectifs;
- 3) fournir des services;
- 4) référer à des services alternatifs (par exemple : défense des droits, suivi communautaire, traitement, soutien de base);
- 5) développer le lien thérapeutique (utiliser des stratégies d'approche et d'engagement);
- 6) désengagement.

Dans le contexte où la personne démontre qu'elle n'est pas tout à fait prête à participer aux services de réadaptation, mais qu'elle a un intérêt à augmenter sa disposition en réadaptation, le praticien l'aidera à créer des expériences d'apprentissage et de compréhension qui lui permettront d'augmenter son engagement à participer à des services de réadaptation. Ceci l'aidera à participer activement dans les services de réadaptation. Les activités courantes dans la démarche de développement de la disposition consistent à :

- 1) organiser des activités motivationnelles (planifier des activités qui favoriseront de nouveaux *insights*);
- 2) clarifier les implications personnelles (comprendre l'impact de ces nouveaux *insights* sur son engagement à participer dans son processus de réadaptation);
- 3) démontrer du soutien crédible (rendre apparent le soutien des personnes significatives dans la démarche de réadaptation).

Voici quelques exemples de développement de nouvelles compréhensions, ou *insights* :

- 1) Marie a besoin de mieux comprendre son rôle dans les activités de réadaptation.
- 2) Julien a besoin de mieux comprendre l'impact de sa consommation de drogue sur sa disposition à la réadaptation.
- 3) Cynthia a besoin de mieux comprendre le potentiel de rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux.
- 4) Linda a besoin de mieux comprendre sa capacité à atteindre ses objectifs futurs.
- 5) George a besoin de mieux comprendre la disponibilité de différentes options de logement et d'hébergement.

bénévole qui est reconnu comme un rôle valorisant peut se vivre comme des perspectives intéressantes. Cependant, pour plusieurs personnes, envisager de faire des changements majeurs ou de participer à des activités de réadaptation est difficilement concevable par leur interprétation de leurs expériences, leurs peurs et le manque de soutien de leur entourage (professionnel et personnel). L'évaluation et le développement de la disposition sont des processus préalables à l'établissement d'objectifs de réadaptation ou de projets de vie. Ils permettent à la personne d'éta-

« Dans le contexte où la personne démontre qu'elle n'est pas tout à fait prête à participer aux services de réadaptation, mais qu'elle a un intérêt à **augmenter sa disposition** en réadaptation, le praticien l'aidera à créer des expériences d'apprentissage et de compréhension qui lui permettront d'augmenter son engagement à participer à des services de réadaptation. »

Par l'entremise d'activités motivationnelles, la personne bénéficiera de nouvelles réalisations et comprendra l'impact de ces nouvelles compréhensions sur sa volonté et son intérêt à s'engager dans des activités de réadaptation qui favoriseront son rétablissement.

Voici quelques exemples d'activités motivationnelles :

- 1) lire des articles et des ouvrages sur le rétablissement;
- 2) visiter des programmes gérés par des personnes utilisatrices;
- 3) participer à des colloques sur la santé mentale, la réadaptation, le rétablissement;
- 4) définir ses préférences personnelles pour des options de logement;
- 5) inscrire ses *insights* découlant d'expériences importantes dans son journal personnel;
- 6) s'inscrire à une session d'information sur la réadaptation et ses bénéfices;
- 7) s'informer sur sa maladie et sur les traitements et les interventions efficaces.

CONCLUSION

Envisager un nouveau « chez-soi » qui constitue « un tremplin pour le développement de son individualité » (Dorvil et Morin, 2000, dans Énard et Aubry 2004) ou un nouvel emploi compétitif ou

blir par elle-même sa compréhension de sa disposition au changement. Ces processus favorisent l'augmentation de la confiance en soi et l'auto-efficacité, ce qui permet d'accroître sa volonté afin de poursuivre sa démarche de rétablissement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANTHONY, W. A. (1992). *Psychiatric Rehabilitation : Key Issues and Future Policy*, Health Affairs, 11, p. 164-171.
- ANTHONY, W. A. (1998). *Psychiatric Rehabilitation Technology : Operationalizing the «Black Box» of the Psychiatric Rehabilitation Technology*, New Directions in Mental Health Services, 79, p. 79-87.
- DELEU, G. (2004). *Réhabilitation psychiatrique*, Belgique, Socrate Éditions Promarex.
- ÉMARD, R. ET AUBRY, T. (2004). *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- FARKAS, M., COHEN, M., MCNAMARA, S., NEMEC, P., COHEN, B. (2000). *Psychiatric Rehabilitation Technology. Training Module. Assessing Readiness for Rehabilitation*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.
- FARKAS, M., NICOLELLIS, D. (2003). *Fostering Readiness for Rehabilitation and Employment*, dans Moxley, D. P. et Finch, J. R., *Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux

Par René Bélanger¹, Catherine Briand² et Chantale Marcoux³

INTRODUCTION

En vertu du nouveau *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005), il est réjouissant de constater la place accordée au rétablissement de la personne et à l'élaboration de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* reconnaît l'importance qui doit y être accordée par les programmes d'intervention afin de maintenir la motivation des personnes aux prises avec des troubles mentaux et leur permettre de prendre le contrôle de leur vie en participant activement aux décisions qui les concernent.

Ces enjeux majeurs s'inspirent fortement des principes développés par la réadaptation psychosociale en Amérique du Nord depuis plus de deux décennies (Anthony *et coll.*, 2001; Liberman *et coll.*, 1989, 2002; Kielhofner, 2002, 1995). En effet, la littérature dans ce domaine, soulève l'importance :

- › de se doter d'un cadre d'intervention qui conserve la vision holistique de la personne tout au long du continuum de services en réadaptation, allant des soins aigus jusqu'à l'intégration dans la communauté (Anthony *et coll.*, 2001; Cohen, Anthony et Farkas, 1997);
- › de faire appel à des outils concrets et valides qui vont entretenir la motivation, favoriser la prise de décisions et inciter la participation active des personnes dans leur propre démarche thérapeutique (Kielhofner, 2004, 2002);
- › d'intervenir de façon précoce tout en considérant la dimension systémique de l'environnement de la personne, dès que les problèmes de santé mentale se manifestent (Edwards, 2000).

Plusieurs modèles de référence en réadaptation dans le domaine de la santé mentale et plusieurs approches d'intervention psychosociale soutiennent ces valeurs actuellement. Les plus connus au sein de la culture de la réadaptation psychosociale québécoise sont les modèles et les approches d'Anthony *et coll.* (2001), de Liberman *et coll.* (1989, 2002) et de Brenner *et coll.* (1992) (Müller *et coll.*, 2003; Pomini *et coll.*, 1998). D'autres modèles de référence s'implantent actuellement au Québec et sont moins connus, du moins pour l'instant. C'est dans

ce numéro spécial sur la place de la motivation dans les programmes et les interventions en réadaptation psychosociale que sera présenté le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. De renommée internationale, ce modèle conceptuel en réadaptation intègre toutes les lignes directrices citées précédemment. De plus, il accorde une place prépondérante à la notion de motivation (volition) autant à travers les principes qui le définissent qu'au moment du processus d'intervention. Ce modèle intègre la composante « motivation » dans tout le processus de

consistent à plusieurs choses : il synthétise et analyse, dans un ensemble cohérent, la variété des comportements occupationnels humains. Il permet d'accroître la compréhension du fonctionnement occupationnel en intégrant l'expérience subjective et objective de la personne. Enfin, il fait constamment le lien entre les concepts théoriques et la pratique clinique (Forsyth et Kielhofner, 2003).

Cet article présente les éléments qui composent le modèle de l'occupation humaine et sa dynamique de fonctionnement. Par la

« Plus particulièrement, le MOH s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société. »

thérapie de réadaptation proposé. Il se distingue par sa vision intégrative de la volition de la personne et il se place à la fine pointe des modèles d'intervention réellement centrés sur le client (Kielhofner, 2004).

Son action opère dans une perspective holistique, avec des outils d'intervention fiables et valides aussi concrets que l'utilisation des activités quotidiennes pour conceptualiser le fonctionnement de la personne.

L'OCCUPATION HUMAINE COMME RÉFÉRENCE

Le premier ouvrage sur le modèle de l'occupation humaine a été publié en 1985. Depuis, deux nouvelles éditions ont vu le jour, l'une en 1995 et l'autre en 2002. Le modèle de l'occupation humaine constitue l'une des références les plus citées par les ergothérapeutes en ce qui a trait à la compréhension et au sens donné aux activités de la vie quotidienne. Au cours des 25 dernières années, le MOH a fait l'objet d'un nombre important d'écrits et de projets de recherche aux quatre coins du monde, disposant ainsi d'une visibilité inégale. La recension des principaux écrits se trouve sur le site Internet du modèle, au www.moho.uic.edu/referencelists.html. Les contributions principales du MOH

suite, il aborde les outils d'évaluation associés à ce modèle et le processus d'application clinique.

PRINCIPES DE BASE

Le modèle de l'occupation humaine se distingue des autres modèles en offrant une vision détaillée et intégrative de la personne au moyen de l'occupation, concept central adopté par Gary Kielhofner (Kielhofner, 2004, 2002, 1995). L'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique (Kielhofner, 2002). Plus particulièrement, le MOH s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société.

La nature occupationnelle de l'être humain s'exprime à travers les quatre éléments suivants :

- 1) la motivation à participer aux activités;
- 2) l'organisation des activités sous forme de routine;
- 3) l'environnement et l'espace-temps dans lequel elles se déroulent;
- 4) le rendement souhaité.

¹ Erg., MBA, professeur de clinique au Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'université Laval (Québec, Canada), coordonnateur clinique en ergothérapie et ergothérapeute en clinique spécialisée pour les premières psychoses à l'Hôtel-Dieu de Lévis (Québec, Canada).

² Erg., Ph. D., chargée d'enseignement à l'École de réadaptation de l'université de Montréal (Québec, Canada).

³ Erg., responsable de la formation pratique au Département de réadaptation de l'université Laval et coordonnatrice du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH), (Québec, Canada).

La motivation des personnes à se réaliser dans leur quotidien est donc au centre des préoccupations du modèle de l'occupation humaine. Kielhofner (2002) explique d'ailleurs que la contribution des concepts « rendement-motivation » et « corps-esprit » n'était pas, antérieurement, considérée au sein d'un même cadre théorique pour expliquer le fonctionnement humain. Les composantes structurelles de base du modèle ont donc été développées en conséquence. Il s'agit de la volition, de l'habituatation et de la capacité de rendement (*voir leur définition à la section suivante*). L'analyse de ces trois composantes en lien avec l'environnement permet de mieux cerner la notion complexe de l'occupation chez l'être humain et sa capacité à s'adapter et à participer activement à son projet de vie. De plus, cette analyse permet de lier les expériences subjectives et objectives de la personne qui donnent un caractère unique à leurs actions. Un large éventail de possibilités d'actions peuvent se produire à différents moments et dans différents milieux physiques et culturels.

Le MOH s'adresse à toute personne qui vit un problème dans la réalisation de ses occupations, peu importe le stade de sa vie. Il couvre tout le continuum de services en réadaptation fonctionnelle, allant de la prévention jusqu'aux interventions en soins de longue durée, sans oublier les soins aigus.

COMPOSANTES STRUCTURELLES

Tel que cité ultérieurement, le modèle de l'occupation humaine conceptualise l'être humain en trois composantes : la volition, l'habituatation et la capacité à fournir un rendement (*voir la figure 1*). Ces éléments sont en interaction entre eux et avec l'environnement. Cette structure constitue le squelette fondamental autour duquel s'articule la dynamique du modèle à travers les occupations (Kielhofner, 2004, 2002, 1995). Par cette dynamique, le MOH cherche à répondre aux trois questions fondamentales suivantes : Comment la personne se motive-t-elle à agir? Comment organise-t-elle sa routine? Quel est son rendement lorsqu'elle réalise ses occupations? (Kielhofner, 2002).

LA VOLITION

La volition représente la motivation d'une personne à agir sur son environnement. Selon Kielhofner (2002), ce concept illustre le besoin inné d'être son propre acteur, de faire des choix occupationnels précis qui génèrent le changement et assurent l'évolution de nos actions. En résumé, la volition est le concept qui tente de répondre à trois questions au sujet de nos pensées et de nos sentiments : Suis-je apte à réaliser cette occupation? A-t-elle une valeur pour moi? Est-ce que j'aime cela?

Kielhofner (2002, 1995) a défini trois sous-composantes de la volition qui aident la personne à répondre à ces questions : les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts.

- › Les déterminants personnels s'attardent à la perception d'une personne au sujet de son efficacité et de sa capacité à offrir un bon rendement.
- › Les valeurs englobent les éléments qui sont importants et significatifs pour cette personne.
- › Les intérêts comprennent tout ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser et qui rend certaines occupations plus attirantes que d'autres.

Il est important de comprendre que la volition n'est pas une entité isolée. Sa construction provient des interactions continues entre toutes les composantes du modèle et l'environnement dans lequel se retrouve la personne (*voir la dynamique du modèle plus loin dans ce texte*).

L'HABITUATION

Le second élément, l'habituatation, s'intéresse à l'organisation de nos actions sous la forme de comportements semi-automatiques. Elle se construit par la répétition de ces comportements, qui deviennent des routines familières, selon les différentes caractéristiques de l'environnement (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ce sont les meilleures stratégies que nous avons développées pour nous adapter rapidement, sans y consacrer trop d'énergie (Kielhofner, 2004). De cette façon, nous pouvons vaquer à nos occupations coutumières sans surcharger notre pensée, ce qui libère notre conscience pour aborder de nouvelles situations dont la maîtrise sollicite toute notre attention.

L'habituatation comprend deux éléments : les habitudes et les rôles.

- › Les habitudes comprennent les comportements répétitifs et les réponses automatiques que nous développons lorsque nous sommes en présence de situations connues ou d'environnements familiers (Kielhofner, 2002). Les deux conditions essentielles pour développer les habitudes consistent à répéter suffisamment ces actions et à conserver un environnement constant (principes centraux en cas d'intervention en réadaptation).
- › Les rôles regroupent plusieurs habitudes apprises et intégrées (parents, frère, sœur, ami, travailleur...), sous l'influence d'un contexte social particulier. Clairement reconnus et identifiés par la culture du milieu, ces comportements reflètent les attentes des membres du groupe. Ces rôles s'acquièrent dans le processus de socialisation. Ils procurent à l'individu un

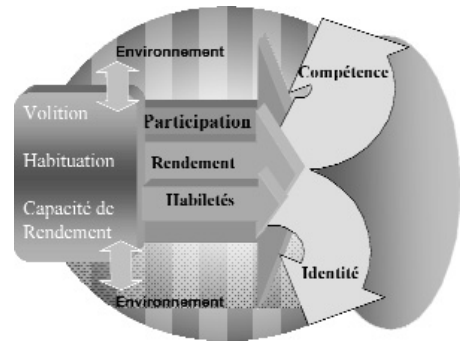


Figure 1 - Composantes du MOH (autorisation de Gary Kielhofner)

statut social et personnel au sein de sa communauté (Kielhofner, 2002).

Selon le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, « les résultats d'études... indiquent que la catégorie de besoins la plus négligée... par le système en place... est liée à la restauration des rôles » (MSSS, 2005).

LA CAPACITÉ DE RENDEMENT

Finalement, le troisième élément de la conceptualisation de l'être humain, selon le MOH, est la capacité de rendement. Celle-ci s'intéresse à la possibilité, pour une personne, d'atteindre ses buts en fonction des moyens dont elle dispose. Kielhofner (2004, 2002) propose une approche novatrice pour aborder la capacité de rendement. Il considère à la fois les composantes objectives (physiques et mentales, comme le système musculaire, le système neurologique, les fonctions cognitives, les habiletés sociales, etc.) et l'expérience subjective (vécue) correspondante. Il nomme ce concept théorique « le corps vécu » (l'expérience subjective du corps). Selon ce concept, pour atteindre un niveau de rendement, une personne doit d'abord situer ce qu'elle ressent (corps vécu) à l'idée de s'engager dans cette occupation. Par la suite, elle doit déterminer la façon dont ce « senti » s'imprénera à son corps (Kielhofner, 2004). Plus spécifiquement, il propose d'analyser les répercussions, positives ou négatives, de l'expérience subjective de la personne sur son rendement, au cours de ses occupations. Plusieurs intervenants ont déjà rencontré des personnes dont le rendement demeurerait diminué malgré une bonne mesure des composantes objectives. Selon Kielhofner, lorsque se produisent ces situations, l'expérience subjective de la personne représente le facteur perturbateur du rendement.

Pour Kielhofner, cette vision contemporaine de la capacité de rendement rappelle que la dualité « corps et esprit » est interdépendante et unifiée dans l'expression d'une seule et même entité : l'organisme vivant (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ainsi, le corps ne fait pas que répondre à notre

esprit comme un instrument (objet), il devient un sujet actif qui informe l'esprit afin d'harmoniser les rendements et d'assurer la maîtrise de ce corps dans un environnement donné. En résumé, la troisième composante structurelle du MOH, la capacité de rendement, insiste sur la nécessité d'examiner les composantes objectives physiques et mentales de la personne en correspondance avec l'expérience subjective du corps : le corps vécu.

BILAN SUR LES TROIS COMPOSANTES DU MOH

Kielhofner (2002) pense que nous ne pouvons pas analyser convenablement l'occupation humaine d'une personne sans nous référer à la contribution des trois composantes structurelles proposées par le modèle de l'occupation humaine : la volition, l'habitation et la capacité de fournir un rendement. Il insiste également sur l'interdépendance et l'intégration de ces trois composantes de base au sein de la personne. Ces éléments forment un tout cohérent et unifié (Kielhofner, 2004, 2002). Il surenchérit en ajoutant que ces composantes structurelles sont indissociables de l'environnement dans lequel elles évoluent (Forsyth et Kielhofner, 2003) (voir la figure 1).

L'ENVIRONNEMENT

Le modèle de l'occupation humaine conçoit l'environnement sous l'angle de possibilités, de ressources, de demandes et de contraintes (Kielhofner, 2004). L'influence de l'environnement dépendra de la volition, de l'habitation et de la capacité de rendement de cette personne (Forsyth et Kielhofner, 2003). La résultante des interactions entre ces quatre éléments sera donc unique et différente pour chaque individu. Ainsi, l'analyse des influences de l'environnement devient un incontournable pour bien comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne. Kielhofner (2002) précise que le but premier de cette analyse vise davantage à comprendre la dynamique des interactions entre l'environnement et les trois composantes de l'individu qu'à situer les différentes caractéristiques physiques et sociales de cet environnement (Kielhofner, 2004, 2002).

Selon Kielhofner, l'environnement comporte deux entités interdépendantes : l'environnement physique et l'environnement social.

- › L'environnement physique inclut les objets et les espaces physiques qui nous entourent. Ils peuvent provenir de la nature ou être fabriqués par l'homme (Forsyth et Kielhofner, 2003).
- › L'environnement social réunit les groupes

d'appartenance de cette personne, incluant leurs conventions spécifiques, appelées formes occupationnelles.

Les formes occupationnelles se caractérisent par des conventions précises, culturellement reconnaissables et clairement identifiées par les membres du groupe. Par exemple, la façon de se vêtir, les types de loisirs, la pratique d'un métier, etc. (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ces séquences d'actions, orientées vers un but, s'expriment dans un environnement physique défini. Elles génèrent des rôles qui doivent correspondre aux normes et aux attentes définies par ce groupe.

En résumé, les sections antérieures de cet article ont présenté les éléments structurels d'une personne en lien avec l'environnement, selon la vision du modèle de l'occupation humaine. Ce cadre de référence permet une analyse complète du fonctionnement de la personne dans la réalisation de ses occupations. La prochaine partie de ce chapitre portera sur les règles qui régissent les interactions entre les trois éléments structurels de la personne (volition, habitation, capacité de rendement) et l'environnement.

AXES PRINCIPAUX DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Dynamique du modèle de l'occupation humaine

Kielhofner s'appuie sur la théorie des systèmes pour illustrer la dynamique qui s'établit entre les composantes du MOH dans le déroulement des occupations (Forsyth et Kielhofner, 2003). Il considère que la personne se transforme au fil des interactions avec l'environnement et selon l'interprétation de ses expériences (Kielhofner, 2004). Les concepts d'émergence et d'hétéarchie guident son raisonnement et lui ont permis de dégager deux grands principes qui régissent le fonctionnement et l'organisation des occupations selon le MOH (Kielhofner, 2004).

Premièrement, les occupations ont un caractère dynamique et elles dépendent de leur contexte. Cet énoncé rappelle que les trois composantes de la personne (volition, habitation, capacité de rendement) et les conditions de l'environnement œuvrent toujours en interdépendance. Elles créent la dynamique favorable à l'émergence de nos pensées, de nos émotions et de nos comportements (Kielhofner, 2002). Donc, toute modification à l'une des structures de ce modèle aura une incidence sur les autres. En résumé, ce que la personne pense, ressent et réalise provient de la résultante de cette synergie.

Le second fondement avance que les gens se définissent à partir de leurs actions (Kielhofner, 2004). C'est à travers la répétition de nos actions que nous maintenons la régulation et l'organisation de notre corps et de nos pensées. En d'autres termes, c'est en pratiquant une activité que l'on développe et que l'on maintient la capacité à la réaliser (Forsyth et Kielhofner, 2003).

Somme toute, ces deux fondements occupent une place centrale dans la représentation de la dynamique du modèle, mais ils ont également une influence capitale sur les principes qui régissent l'intervention thérapeutique et le processus de changement de la personne selon la vision du modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002).

Les dimensions de l'agir

En accord avec les fondements précédents qui régissent la synergie des composantes du modèle et de l'environnement, Kielhofner (2004, 2002) a classifié en trois niveaux les différentes formes que prend cette synergie lorsqu'une personne vaque à ses occupations (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ces dimensions de l'agir se mesurent, selon une échelle décroissante, entre

- 1> la participation occupationnelle;
- 2> le rendement occupationnel;
- 3> les habiletés occupationnelles.

En plus de classier en trois catégories la façon dont la personne réalise ses activités, les dimensions de l'agir vont façonner, au fil du temps, son adaptation dans les occupations. La figure 1 représente l'ensemble de la dynamique du modèle de l'occupation humaine. Elle illustre les interconnexions mutuelles entre la volition, l'habitation, la capacité de rendement et l'environnement. Les effets de ces interactions vont mettre en œuvre les trois dimensions de l'agir afin de générer, en finalité, l'adaptation occupationnelle de la personne (Kielhofner, 2004).

La définition de la participation occupationnelle, catégorie la plus large des dimensions de l'agir, réfère à l'engagement de la personne dans son travail, ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne (Kielhofner, 2002). Cet engagement occupationnel sous-entend que nous donnons à nos actions une signification personnelle et sociale. Kielhofner (2004) ajoute que l'implication dans ces actions doit être désirée ou nécessaire pour le bien-être de la personne. Il rappelle également que la participation inclut la dimension objective de la personne, mais également son expérience subjective.

Le rendement occupationnel, deuxième volet des dimensions de l'agir, s'intéresse à

L'ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation occupationnelle (Forsyth et Kielhofner, 2003). Rappelons que les formes occupationnelles sont des séquences d'actions orientées vers un but, caractérisées par des normes précises, culturellement reconnaissables et connues de tous les membres du groupe.

Finalement, les habiletés occupationnelles sont les plus petites divisions des dimensions de l'agir. Elles correspondent aux actions directement observables de la personne lorsqu'elle accomplit une forme occupationnelle significative (Fisher, 2003). Ces habiletés sont apprises et culturellement reconnues par le milieu social. Kielhofner (2002) définit trois catégories d'habiletés observables : les habiletés motrices, les habiletés opératoires et les habiletés de communication et d'interaction. Les habiletés motrices nous permettent de nous déplacer ou de déplacer les objets durant la tâche, tandis que les habiletés opératoires sont nécessaires pour organiser et adapter nos actions afin de mener à bien cette tâche (Fisher, 2003). En dernier lieu, les habiletés de communication et d'interaction sont indispensables pour faire connaître nos besoins et nos intentions envers les autres et pour coordonner nos comportements durant nos échanges (Forsyth *et coll.*, 1999).

L'adaptation occupationnelle

Somme toute, l'adaptation occupationnelle est la résultante de la dynamique qui s'établit entre les composantes de base du modèle (volition, habitude, capacité de rendement), les dimensions de l'agir (participation, rendement, habiletés) et l'environnement (physique et social) lorsqu'une personne participe à ses occupations (*figure 1*). Rappelons que cette résultante a un caractère unique pour chaque personne. Ce dernier énoncé réaffirme la nécessité d'établir un plan d'intervention individualisé pour chaque personne qui reçoit des services en réadaptation psychosociale.

L'adaptation se situe au cœur des concepts qui définissent la réadaptation. Kielhofner *et coll.* (1998) pensent que l'adaptation occupationnelle d'une personne se caractérise par la construction, dans le temps, d'une identité positive et la réalisation de ses compétences au sein de son propre environnement. Cette définition, qui s'appuie sur les travaux de Schkade et Schultz (1992), inclut deux éléments distincts et en constante interaction : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle (Kielhofner, 2004) (*figure 1*).

Selon Kielhofner (2002), l'identité occupationnelle réfère à la connaissance que nous avons de notre propre capacité, de nos intérêts, de notre efficacité, de notre satisfaction et de nos obligations, à partir de nos expériences passées. Cette connaissance sert à construire un système de valeurs basé sur le futur que nous désirons. De plus, elle fait référence au sens que nous donnons à notre routine, à nos rôles, à notre perception du soutien reçu de l'environnement, de même qu'à nos attentes par rapport à celui-ci. L'identité occupationnelle offre donc à la personne une vision d'ensemble de sa volition, de son habitude et de son expérience en tant que corps vécu (Kielhofner, 2002). Les trois composantes structurelles du MOH et l'environnement sont donc intégrés dans la perception de la personne pour former l'identité occupationnelle. Cette identité procure à la fois un sens pour se définir et un guide sur lequel la personne peut appuyer ses actions en cours (Kielhofner, 2004).

Par ailleurs, la compétence occupationnelle représente le degré selon lequel une personne soutient une routine de comportements productifs et satisfaisants, en accord avec son identité occupationnelle. La compétence occupationnelle fait référence à la façon dont une personne organise sa vie pour prendre ses responsabilités et atteindre des standards personnels (rendement), tout en respectant les obligations sociales de ses rôles (Kielhofner, 2002). L'objectif est de parvenir à une vie intéressante et satisfaisante.

son environnement » (p. 153). En référence à la figure 1, le modèle définit que la volition, l'habitude et la capacité de rendement représentent les composantes de base de la personne qui influencent ses occupations. Les interactions entre ces composantes et l'environnement déterminent les actions de l'individu : ce qu'il fait. Le modèle examine les dimensions de l'agir (le faire) selon trois niveaux : la participation (travailler dans la communauté), le rendement (préparer un repas pour les personnes âgées en perte d'autonomie) et les habiletés (manipuler le matériel, communiquer les consignes, etc.). Au fil du temps, la participation de la personne à travers ses activités de la vie quotidienne, son travail et ses loisirs façonneront son identité et sa compétence occupationnelle qui, par leurs interactions, produiront l'adaptation occupationnelle.

APPLICATION CLINIQUE DU MOH

Le modèle de l'occupation humaine avance que le moyen privilégié pour restaurer les fonctions d'une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne consiste à ramener sa participation dans des occupations significatives (Bruce, 2002). Cette participation dans les occupations provient de l'essence même des principes en ergothérapie. C'est à ce moment que la personne amorce sa propre prise en charge vers le changement (Kielhofner, 1995).

Tel que précisé antérieurement, la mission prioritaire du MOH consiste à développer et à maintenir à jour les ressources pour

« L'identité occupationnelle réfère à la connaissance que nous avons de notre propre capacité, de nos intérêts, de notre efficacité, de notre satisfaction et de nos obligations, à partir de nos expériences passées. Cette connaissance sert à construire un système de valeurs basé sur le futur que nous désirons. »

SOMMAIRE SUR LES ARTICULATIONS THÉORIQUES DU MOH

Kielhofner (2004) définit le modèle de l'occupation humaine de la façon suivante : « Le modèle de l'occupation humaine intègre une série de concepts en lien avec la motivation, l'organisation et le rendement de la personne dans la réalisation de ses occupations, en interaction avec

guider l'application clinique et rehausser la pratique (Forsyth et Kielhofner, 2003). Les intervenants peuvent donc se référer à une variété de technologies incluant les éléments suivants : un large éventail d'évaluations, des histoires de cas pour des clientèles variées, de nombreux textes sur l'implantation de programmes basés sur le MOH et un site Internet de référence en anglais.

ÉVALUATIONS

Dix-neuf évaluations sont associées au modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002). Pour avoir accès à l'ensemble des outils de mesure et en faciliter le choix, Kielhofner (2002) a établi une classification des évaluations et un arbre de décisions. Le lecteur pourra les consulter dans l'édition 2002 sur le MOH (Kielhofner, 2002, chapitres 12 à 17). Plusieurs tableaux y détaillent les sphères couvertes par chacun des outils, la population ciblée, la structure de l'évaluation, le canevas de présentation de l'outil et des exemples d'application. De plus, deux nouvelles publications, toujours sous presse, présentent en français certains de ces outils d'évaluation (Kielhofner, sous presse; Bélanger *et coll.*, sous presse). L'ensemble des outils de mesure de Kielhofner facilite l'élaboration des objectifs thérapeutiques et favorise la participation active de la personne dans sa démarche de réadaptation tout en tenant compte du contexte culturel dans lequel elle évolue. Le MOH offre également une grande souplesse pour plusieurs autres évaluations qui proviennent de différents modèles de référence ou qui ont été développées individuellement.

12

Les évaluations générales permettent, par différents modes de passation, d'évaluer le fonctionnement occupationnel global de la personne, tandis que d'autres outils de mesure évaluent des aires plus spécifiques du MOH, tels les intérêts, les rôles, les habiletés motrices et opératoires, la volition, les habiletés de communication, etc.

Planification du traitement

Au-delà des nombreuses évaluations qui documentent les variables de l'occupation humaine de la personne, Kielhofner propose un processus de raisonnement thérapeutique selon quatre phases. L'objectif est de guider les intervenants et les personnes aidées pour la planification des interventions selon le MOH. Le chapitre onze de l'édition 2002 de Kielhofner explique en détail les quatre étapes de ce processus de raisonnement clinique.

Principes et techniques d'intervention

Selon Kielhofner (2004), le modèle de l'occupation humaine s'appuie sur l'idée que toute forme d'intervention occasionne une modification à la structure occupationnelle en place. Lorsqu'une composante du modèle est modifiée, les répercussions se font sentir sur toutes les autres composantes du modèle. Un changement sur la volition, l'habitué, la capacité de

rendement ou l'environnement crée les conditions dynamiques favorables à l'émergence de pensées, d'émotions et de comportements nouveaux (Kielhofner, 2002). Des répétitions suffisantes de ces nouvelles conditions (pensées, émotions et comportements) permettent alors des modifications significatives sur les dimensions de l'agir et favorisent l'émergence (positive ou négative) d'une nouvelle structure occupationnelle (donc, l'adaptation occupationnelle). Des conditions stables de l'environnement favorisent le maintien de ce nouvel équilibre et permettent que le changement soit véritable (Kielhofner, 2002). Kielhofner (2002) traite de ce processus de changement de la personne dans une taxonomie détaillée. De plus, Bélanger *et coll.* (sous presse) ont illustré dans une vignette clinique, en français, ces principes d'intervention et le processus de changement qui y est associé.

Kielhofner décrit trois étapes dans ce continuum de changement : l'exploration, la compétence et l'accomplissement (Bruce *et coll.*, 2002). Elles correspondent au processus de changement typique d'une personne lorsqu'un événement impose des changements à son style de vie, une réorganisation de sa vie, ou lorsqu'elle doit s'adapter à de nouveaux environnements en réponse à cet événement (Kielhofner, 2002). Ces changements apportés à la structure occupationnelle proviennent de l'engagement occupationnel de la personne durant sa thérapie (Kielhofner, 2002). Deux conditions essentielles régissent cet engagement du patient (Kielhofner, 2004). D'une part, le patient doit participer activement dans des formes occupationnelles réelles et non inventées pour que l'intervention par l'activité soit thérapeutique. D'autre part, ce qu'il fait doit être pertinent à ses yeux et significatif. Seul le client peut être l'instigateur de son propre changement (Kielhofner, 2004).

EXEMPLE D'APPLICATION DU MOH

Tel que précisé antérieurement, le MOH s'adresse à toute personne qui éprouve des difficultés dans la réalisation de ses occupations quotidiennes. La présente section livrera trois exemples d'application du modèle de l'occupation humaine auprès des adultes présentant des problèmes de santé mentale.

Guillaume est un jeune homme célibataire de 20 ans qui habite avec ses parents et ses deux sœurs cadettes. Il n'a pas d'emploi et il est prestataire de l'aide sociale. Il travaille

dans l'entreprise familiale en effectuant des travaux légers. Depuis un an, il a présenté des symptômes de psychose qui perturbent de façon importante son fonctionnement quotidien. L'an dernier, il a été contraint d'interrompre ses études en sciences humaines. L'instabilité de la maladie a nécessité une hospitalisation et un suivi en clinique externe, incluant l'hôpital de jour. Malgré un traitement médicamenteux aux neuroleptiques, Guillaume présente toujours certains symptômes positifs (troubles de la pensée avec ruminations anxieuses, hallucinations auditives) et plusieurs symptômes négatifs associés (perte d'intérêt, retrait social, manque d'énergie, manque de concentration) qui ont entraîné une baisse importante de son niveau de fonctionnement.

La contribution du modèle de l'occupation humaine a démarré dès l'hospitalisation de Guillaume. L'outil d'évaluation MOHOST¹ a servi de dépistage fonctionnel, en début et en fin d'hospitalisation, afin d'obtenir une mesure comparative (quantifiée) de l'impact de la maladie sur l'ensemble de son fonctionnement occupationnel (incluant la motivation) et pour établir la hiérarchie des objectifs de réadaptation travaillés durant l'hospitalisation. Le choix prioritaire du MOHOST s'explique par l'importance de la désorganisation de la pensée de Guillaume et par les limites de ses habiletés de communication à ce moment-là. Ces mesures ont démontré que malgré une amélioration notable de la condition mentale de Guillaume, la maladie avait toujours un impact négatif marqué sur son fonctionnement quotidien durant son hospitalisation. En fonction de ces résultats, il fut référé (avec son accord) à la clinique spécialisée pour les premières psychoses. Les résultats détaillés des évaluations mentionnées dans cette histoire de cas, incluant les grilles-synthèses, se trouvent dans Bélanger *et coll.* (sous presse).

Ce programme spécialisé pour les jeunes atteints de psychose vise l'amélioration du fonctionnement psychosocial de la personne et des capacités à s'adapter au stress de l'environnement. Il favorise une amélioration de la qualité de vie des participants en diminuant les effets négatifs de la maladie sur leur fonctionnement général. En vertu de ce programme, les outils OPHI-II² et ACIS³ du modèle de l'occupation humaine ont servi d'évaluations initiales et finales. L'OPHI-II a permis d'obtenir un tableau précis et détaillé (fiable et valide) du fonctionnement occupationnel passé, présent

¹ Model Of Human Occupation Screening Tool, version 2.0 (Parkinson *et coll.*, 2006).

² Occupational Performance History Interview, version 2.1 (Kielhofner *et coll.*, 2005).

³ Assessment of Communication and Interaction Skills, version 4.0 (Forsyth *et coll.*, 1998).

et futur (forces et faiblesses) de Guillaume et d'en apprendre plus sur le sens qu'il donne à son histoire occupationnelle. Cette perception subjective occupe une place centrale dans la planification de l'intervention selon le modèle de l'occupation humaine. Pour sa part, l'ACIS a contribué à mesurer les changements obtenus sur les habiletés sociales et communicationnelles de Guillaume, car ce programme spécialisé s'attarde précisément sur le retour de ces habiletés spécifiques.

En résumé, ces outils rattachés au modèle de l'occupation humaine ont permis de dresser un tableau synthèse détaillé du fonctionnement occupationnel de Guillaume; de formuler (en mots simples et accessibles) les objectifs d'intervention spécifiques; de les partager directement avec Guillaume pour renforcer sa motivation à participer activement dans le processus de la thérapie; de guider et de hiérarchiser la planification de l'intervention; d'en suivre l'évolution en détail; d'offrir les activités thérapeutiques significatives qui favorisent les occasions de changements et qui permettent de mesurer quantitativement les changements obtenus en fin d'intervention. Ce dernier point a l'avantage de situer précisément, pour chacune des composantes du modèle, quelles ont été les acquisitions spécifiques de Guillaume durant cette thérapie. Les détails du processus de planification et d'application du traitement se retrouvent dans Bélanger *et coll.* (sous presse).

Francine est une femme de 57 ans, hospitalisée pour dépression majeure et difficultés d'adaptation provenant de nombreuses pertes subies depuis quelques années. Madame habitait chez sa fille cadette depuis huit mois après la fin abrupte d'une relation de couple qui durait depuis trois ans. Sur cette période de temps, on note plusieurs pertes dans l'histoire de Madame. En plus de la fin de sa relation de couple, Madame a eu un cancer du sein qui est en rémission depuis deux ans mais qui l'a obligée à vendre son commerce de vêtements et sa propriété. Finalement, Madame a dû également conjuguer avec le décès de sa meilleure amie confidente, il y a un an et demi. En réaction à ces diverses pertes, Madame s'est isolée et enfermée chez sa fille. Elle a complètement désinvesti ses sphères d'intérêts et de responsabilités, jusqu'à devenir entièrement dépendante de ses deux filles, pour tous ses besoins quotidiens. Les deux filles de Madame ayant chacune une famille et des enfants en bas âges, elles n'ont pu gérer le fardeau résultant de l'abandon des responsabilités de leur mère. Elles

ont demandé son hospitalisation. Madame a accepté l'hospitalisation avec beaucoup d'hésitations et, quelques jours après son entrée à l'hôpital, elle s'est retranchée dans un mutisme total, refusant de collaborer avec le personnel soignant et passant toute la journée dans sa chambre, à songer à ses pertes. Malgré un traitement aux antidépresseurs, le médecin psychiatre traitant ne constatait pas d'amélioration de la condition mentale de Madame, et celle-ci développait une colère généralisée envers le personnel et sa famille proche, et davantage d'attitudes de régression. Elle verbalisait des propos suicidaires de façon continue. C'est à ce moment qu'a débuté l'intervention de remotivation selon le modèle de l'occupation humaine.

Comme Madame rejetait toutes les interventions proposées pour la guider dans sa démarche de soins, autant de la part de l'équipe interdisciplinaire que de sa famille, le VQ⁴, par son approche centrée sur le client, a permis de la rejoindre sous un autre angle d'intervention. Au lieu de suggérer différents moyens, le VQ a plutôt contribué à obtenir de l'information sur sa motivation intrinsèque, selon la composante «volition» du MOH, par différentes situations d'activités significatives suggérées par celle-ci. Le VQ a l'avantage de permettre l'évaluation de la volition (motivation, déterminants personnels, valeurs et intérêts) chez les personnes qui ne peuvent miser sur le langage et dont la collaboration pour situer leurs difficultés motivationnelles est atténuée. Cette évaluation se déroule sous forme d'observations. Elle a servi à atténuer les attitudes d'opposition de Madame. Elle a également aidé à obtenir la mesure précise de sa composante «volition» et à situer le type d'environnement le plus favorable pour optimiser sa motivation. Le VQ a donc révélé à quel stade, en fonction de sa dépression, Madame se retrouvait sur le continuum de remotivation. Ces informations ont permis d'amorcer la hiérarchie des interventions selon les principes du processus de remotivation (De las Heras *et coll.*, 2003). Pour Madame, il se situait au stade exploratoire, principalement à la phase «disposition pour explorer son environnement». C'est alors que le programme de remotivation, en lien avec le traitement médicamenteux, a nettement favorisé le processus de rétablissement de Madame dans un esprit de collaboration, tout en respectant son degré de volition. Après son séjour en milieu hospitalier, Madame a choisi de retourner dans un milieu de convalescence autonome afin de

poursuivre sa démarche d'autonomie basée sur le retour des valeurs et des intérêts qui l'avaient toujours guidée auparavant. Pépin *et coll.* (sous presse) ont écrit dans la deuxième partie de ce présent numéro du *Partenaire* un article détaillé sur le processus de remotivation appliqué auprès des personnes qui présentent une dépression.

Hélène est une dame âgée de 43 ans, mariée et mère de trois enfants de 13, 16 et 18 ans. Elle travaille comme préposée au guichet pour une institution bancaire depuis 15 ans. Ses arrêts de travail s'expliquent par la naissance de ses enfants. Madame a été hospitalisée pour dépression majeure avec anxiété généralisée et idéations suicidaires envahissantes. Madame consulte pour la première fois en psychiatrie et elle accepte difficilement la situation. Cette hospitalisation représente une blessure importante pour sa fierté personnelle. Chez elle, les valeurs de responsabilités, de prise en charge et d'autonomie sont mises de l'avant depuis le jeune âge. Elle fut référée en ergothérapie pour évaluation par l'activité, car ses propos minimisaient la réalité sur ses idéations suicidaires. L'équipe de soins observait une anxiété généralisée qui empêchait tout fonctionnement dans son quotidien, mais que Madame niait.

Au moment de sa première rencontre en ergothérapie, Madame était fébrile et impatiente. Elle ne tenait pas en place. L'anxiété généralisée l'amenait à parler constamment, sans même s'arrêter entre les sujets. Elle verbalisait principalement ses craintes et ses déceptions d'être hospitalisée en psychiatrie, sans se centrer sur le but réel de la rencontre. Elle minimisait les événements qui avaient précipité son hospitalisation. Pourtant, ses proches lui avaient partagé leurs profondes préoccupations pour sa vie, à plusieurs reprises, en raison des idées suicidaires envahissantes et présentes depuis quelques semaines. Quoiqu'admise avec son consentement, Hélène envisageait de se prévaloir d'un refus de traitement, ce qui préoccupait autant l'équipe de soins que sa famille immédiate. Madame a donc refusé de procéder à l'évaluation par la tâche, tel que prévu. C'est alors que l'ergothérapeute a modifié sa stratégie d'approche; Hélène s'est fait proposer une autoévaluation fonctionnelle, appelée OSA⁵.

Cette autoévaluation initiale OSA, sous forme de tabloïd, a eu l'avantage de permettre à Hélène de déterminer elle-même, en trois étapes succinctes : 1) le degré de difficulté éprouvé pour chacune des composantes de son fonctionnement occupationnel et de l'environnement; 2) la valeur

⁴ Volitional Questionnaire, version 4.0 (De las Heras, 2003).

⁵ Occupational Self Assessment, version 2.1 (Baron *et coll.*, 2002).

qu'elle accorde à chacun de ces énoncés fonctionnels; 3^e la sélection de quatre éléments qu'elle souhaitait améliorer dans le processus d'intervention. Quoique confrontant au départ, l'OSA a su rejoindre Hélène grâce à sa capacité de livrer simplement et rapidement (20 à 30 minutes de passation) sa propre perspective par rapport à ses besoins réels et à ses désirs de retrouver le fonctionnement quotidien antérieur. Cette autoévaluation fonctionnelle a rapidement ramené Hélène face à sa réalité et lui a clairement démontré, à partir de sa propre perception, le besoin d'accepter d'être aidée dans sa démarche. Cet outil a un double avantage. En premier lieu, il accorde la priorité au point de vue de l'utilisateur de services (centré sur le client). Il offre la possibilité à cette personne d'identifier les priorités ainsi que les buts et les stratégies de la thérapie (ce que Hélène n'arrivait pas à préciser toute seule, en raison de son trop grand malaise et de son anxiété). En second lieu, il rehausse la communication entre l'intervenant et l'utilisateur de services et il fournit une mesure exacte et chiffrée de la compétence occupationnelle de la personne en début et en fin d'intervention, permettant de démontrer les effets positifs de la thérapie. Après l'expérience positive de l'OSA, Hélène a accepté de poursuivre sa thérapie et elle a nettement mieux participé à sa démarche d'aide. Hélène est retournée chez elle un mois et demi après son hospitalisation. Elle a repris son emploi avec succès, quatre mois après sa sortie de l'hôpital.

La diversité des outils créés pour le modèle de l'occupation humaine ne permet pas de couvrir, dans cet article, toutes les applications visant à aider les personnes dont les problèmes de santé mentale ont entraîné des difficultés de fonctionnement au quotidien. Par contre, nous ne pouvons passer sous silence ces outils développés pour guider les adultes ayant des difficultés d'intégration au travail et qui désirent effectuer un retour après une absence prolongée. En effet, le WRI⁶ et le WEIS⁷ sont des outils d'évaluation qui permettent l'analyse, avec la personne, des capacités psychosociales et environnementales associées au rôle de travailleur, lesquelles seront favorables à un retour au travail, sous l'angle systémique du fonctionnement occupationnel. Ils permettent de dégager les forces et faiblesses de la personne reliées à son rôle de travailleur et de situer les adaptations favorables au succès de son intégration au travail. Ces outils sont très prometteurs pour aider à combler un manque de services, souvent présent dans le continuum de services offerts en réadaptation,

dans plusieurs régions du Québec. Finalement, deux programmes de retour au travail, selon le cadre théorique du MOH, sont également offerts. Le premier cible spécifiquement le retour au travail pour la clientèle adulte en santé mentale, tandis que le second est un programme de jour pour les personnes présentant des incapacités chroniques. Ils sont accessibles sur le site Internet de référence du MOH, à la section programmes d'intervention.

LE MOH ET LA VISION CONTEMPORAINE DE LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner suscite un dynamisme sans précédent auprès des ergothérapeutes en réadaptation psychosociale. En effet, ce modèle de pratique permet au client d'être un acteur de son rétablissement en lui donnant un pouvoir d'action. Également, le concept de volition et son intégration dans le modèle de l'occupation humaine traduisent bien le processus de motivation et l'importance de l'espoir pour cheminer vers la réalisation d'un projet de vie. D'ailleurs, le concept d'adaptation occupationnelle d'une personne est intimement lié à la réalisation de son projet de vie. Tel que mentionné précédemment, le MOH met en lumière les interactions constantes de l'individu avec son environnement et présente les impacts de ces interactions. Cet élément a son importance dans une intervention en réadaptation psychosociale qui vise la participation active du client et le recours à son réseau de soutien.

Le MOH et la réadaptation psychosociale s'intéressent à la globalité de la personne. En plus de replacer les propriétés thérapeutiques de l'activité humaine au centre de son modèle théorique, Kielhofner apporte aux intervenants un cadre explicatif inégalé pour guider leur raisonnement clinique et obtenir une compréhension nettement plus poussée du fonctionnement occupationnel de la personne. Le modèle de l'occupation humaine contribue au développement de données probantes en réadaptation psychosociale, grâce à son lien continu avec la recherche, sans pour autant négliger l'aspect subjectif du vécu de la personne. À ce jour, au-delà de quatre-vingts études sur le MOH ont été publiées (Kielhofner, 2004). En ergothérapie, il représente le modèle de référence le plus solide, basé sur l'évidence de la pratique centrée sur le client. De ce fait, il fournit aux cliniciens un cadre d'intervention beaucoup plus précis dont le raffinement des outils cliniques améliore la pratique et permet une meilleure validation de l'efficacité des

interventions. L'objectif ultime de cette démarche consiste à améliorer le processus d'adaptation des personnes présentant un déséquilibre dans leurs occupations (incapacités permanentes ou difficultés passagères) et à leur assurer une meilleure qualité de vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANTHONY, W.A., COHEN, M.R., FARKAS, M., GAGNE, C. (2001). *Psychiatric rehabilitation (second edition)*. Boston : Center for psychiatric rehabilitation. Trustees of Boston University.
- BARON, K., KIELHOFNER, G., IYENGER, A., GOLDHAMMER, V., WOLENSKI, J. (2002). *The Occupational Self Assessment (OSA)*. Version 2.1. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- BÉLANGER, R., BRIAND, C., RIVARD, S. (sous presse). *Chapitre 3 : Le modèle de l'occupation humaine (MOH)*. Dans Manidi, M.J. *Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie*. Lausanne : École d'études sociales et pédagogiques.
- BRAVEMAN, B., ROBSON, M., VELOZO, C., KIELHOFNER, G., FISHER, G., FORSYTH, K., KERSCHBAUM, J. (2005). *Work Role Interview (WRI)*. Version 10.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- BRIAND, C., VASILADIS, H.M., LESAGE, A.D., LALONDE, P., STIP, E., NICOLE, L., REINHARZ, D., PROUTEAU, A., HAMEL, V., VILLENEUVE, K. (soumis). Including *Integrated Psychological Treatment (IPT) as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes*. Soumis à *Journal of nervous and mental disease*.
- BRENNER, H.D., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P. (1992). *Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-24.
- BRUCE, G., M.A., BORG, B. (2002). *Psychosocial frames of reference core for occupation-based practice. Third edition*. Thorofare : Slack Incorporated.
- COHEN, M.R., ANTHONY, W.A., FARKAS, M.D. (1997). *Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation*. *Psychiatric Services*, 48 (5), 644-646.
- DE LAS HERAS, C.G., GEIST, R., KIELHOFNER, G., LI, Y. (2003). *The Volitional Questionnaire, VQ*. Version 4.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- DE LAS HERAS, C.G., LLERENA, V., KIELHOFNER, G., LI, Y. (2003). *Remotivation process : progressive intervention for individuals with severe volitional challenges*. Version 1.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- EDWARDS, J., MCGORRY, P.D., PENNELL, K. (2000). *Models of early intervention in psychosis: an analysis of service approaches*. Chap. 12, dans Birchwood, M., Fowler, D., Jackson, C. (Eds.) *Early intervention in psychosis, A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester : John Wiley and Sons Ltd.
- FISHER, A.G. (2003). *Assessment of motor and process skills, Volume 1: Development, standardization, and administration manual*. 5^e édition. Colorado : Three Star Press.
- FORSYTH, K., KIELHOFNER, G. (2003). *Model of human occupation*. Chap. 4, dans Kramer, P., Hinojosa, J., Royeen, C. (Eds.) *Human occupation participation in life*. Philadelphia : Lippincott, Williams and Wilkins.
- FORSYTH, K.A., LAI, J., KIELHOFNER, G. (1999). *The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS): Measurement properties*. *British Journal of Occupational Therapy*, 62 (2), 69-74.

⁶ Worker Role Interview, version 10.0 (Braveman et coll., 2005)

⁷ Work Environment Impact Scale, version 2.0 (Moore-Corner et coll., 1998)

- FORSYTH, K., SALAMY, M., SIMON, S., KIELHOFNER, G. (1998). *The assessment of communication and interaction skills, ACIS. Version 4.0*. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- KIELHOFNER, G. (SOUS PRESSE). Traduction française autorisée de : *The model of human occupation*. Chap. 10, dans *Conceptual foundations of occupational therapy*, 3^e édition. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- KIELHOFNER, G., MALLINSON, T., CRAWFORD, C., NOWAK, M., RIGBY, M., HENRY, A., WALENS, D. (2005). *The Occupational Performance History Interview, OPHI-II*. Version 2.1. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- KIELHOFNER, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy*. 3^e édition. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- KIELHOFNER, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. 3^e édition. Baltimore : Lippincott, Williams and Wilkins.
- KIELHOFNER, G. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. 2^e édition. Baltimore : Williams and Wilkins.
- LIBERMAN, R.P., GLYNN, S.M., BLAIR, K., ROSS, D., MARDER, S.R. (2002). *In vivo amplified skills training : promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia*. *Psychiatry*, 65(2), 137-155.
- LIBERMAN, R.P., DE RISI, W.J., MUESER, K.T. (1989). *Social training skills for psychiatric patients*. New-York : Pergamon Press.
- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. 96 pages.
- MEYER, S. (1997). *Le processus de l'ergothérapie*. Lausanne : École d'études sociales et pédagogiques.
- MOORE-CORNER, R.A., KIELHOFNER, G., OLSON, L. (1998). *Work environment impact scale (WEIS)*. Version 2.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- MÜLLER, D.R., RODER, V., BRENNER, H.D. (2003). *Effectiveness of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for schizophrenia patients : A meta-analysis covering 25 years of research*. *Schizophrenia Research*, 60 (suppl.1), 326.
- PARKINSON, S., FORSYTH, K., KIELHOFNER, G. (2006). *Model of human occupation screening tool, MOHOST. Version 2.0*. Chicago : University of Illinois at Chicago.
- PÉPIN, G., GUÉRETTE, F., JACQUES, P., LEFEBVRE, B. (sous presse). *Le processus de remotivation de Carmen Gloria de las Heras, Llerena et Kielhofner (2003) 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*. Québec : Centre hospitalier Robert Giffard.
- POMINI, V., NEIS, L., BRENNER, H.D., HODEL, B., RODER, V. (1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Sprimont : Mardaga éditeurs.
- REILLY, M. (1971). *Occupational therapy - A historical perspective : The modernization of occupational therapy*. *American Journal of Occupational Therapy*. 25(5), 243.
- SCHKADE, J.K., SCHULTZ, S. (1992). *Occupational adaptation : Toward a holistic approach for contemporary practice. Part 1*. *American Journal of Occupational Therapy*. 46, 829-837.

Nous avons lu pour vous...

La réhabilitation psychiatrique, de William Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas et Cheryl Gagne. Traduction de *Psychiatric Rehabilitation* 2nd edition, 2002 par Fadia Elbouz et Benjamin Heyden. Paru chez Socrate Éditions Promarex, Charleroi-Belgique¹, 2004. Par Francis Guérette, ergothérapeute. Programme-clientèle des troubles affectifs du Centre hospitalier Robert-Giffard

Le plaisir de la lecture... en français. D'entrée de jeu, quel bonheur pour le lecteur francophone d'avoir enfin accès à la bible de la réadaptation psychosociale! Malgré deux ou trois expressions peu familières comme « réhabilitation psychiatrique » ou « consultation », l'exercice de nos amis belges Elbouz et Heyden est tout à fait réussi. Le lecteur déjà éprouvé par des textes produits dans la langue de Shakespeare peut même consulter un lexique anglais-français à la fin du volume.

DES BASES SOLIDES

L'ensemble des concepts posés dans la première moitié du livre (réhabilitation psychiatrique au regard du traitement, philosophie, principes, mythes, rétablissement, pouvoir d'agir, etc.) est appuyé par une bibliographie abondante. Il en est de même en ce qui concerne les sujets qui y sont traités, dont la place de la recherche, l'entraînement aux habiletés, les formes de soutien dans l'environnement (en emploi par exemple) ou les étapes du processus de réadaptation psychiatrique.

LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE... ET LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

La deuxième moitié de l'ouvrage habilite le lecteur à poser un regard critique, selon l'angle de la réadaptation psychosociale, sur le système de soins en santé mentale. Les multiples composantes comme les stratégies de consolidation y sont clairement exposées. Parmi les composantes, on trouve les suivantes : le personnel, les programmes, les systèmes de services, la technologie du changement. En ce qui a trait aux stratégies, on note la formation du personnel, l'intégration des composantes du rétablissement dans les programmes, la consultation offerte aux instances décisionnelles, la complémentarité entre les programmes hospitaliers ou institutionnels et ceux de la communauté, etc.

LEADERSHIP ET VISION D'AVENIR

Enfin, deux chapitres « béton » orientent le lecteur vers l'avenir. On y traite du changement des pratiques qui devra être instauré, dont l'implication des utilisateurs de services dans les différentes phases « de planification et de mise en œuvre du système de santé » ou le style de leadership à déployer (selon un

recueil d'entrevues réalisées par Anthony auprès de leaders de la réadaptation psychosociale).

EN RÉSUMÉ...

Les auteurs amènent le lecteur à cerner l'approche de la réadaptation psychosociale telle qu'élaborée par le Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston, à saisir l'essence des meilleures pratiques, à évaluer l'environnement de services et à planifier les actions essentielles à son essor. Au fil des chapitres, l'agent de changement en réadaptation psychosociale acquiert des connaissances stratégiques stimulant l'évolution du pouvoir d'agir.

Le livre *La réhabilitation psychiatrique* s'adresse autant à la personne qui veut découvrir cette approche qu'à l'acteur déjà initié désireux de camper, dans son milieu, les fondements de la réadaptation psychosociale, ainsi que les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Le clinicien-chercheur y trouvera aussi son compte.

Cet ouvrage s'avère un incontournable.



¹Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec Dr. Guy Deleu, psychiatre, coordonnateur chez Socrate Rehabilitation, au courriel suivant : guy.deleu@chu-charleroi.be

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

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

L'évaluation de la disposition permet de mettre en œuvre les meilleures interventions de réadaptation en fonction des besoins et du degré de disposition de la personne.

L'ÉVALUATION À LA DISPOSITION

Comment peut-on aider une personne à être disposée à entreprendre une démarche de réadaptation?

Quels sont les processus et les outils qui peuvent favoriser le développement d'une motivation à agir et à s'accomplir?

Rosanne Émard, M.Ed., consultante et formatrice en réadaptation psychosociale, coauteure du livre *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*, paru aux Presses de l'Université d'Ottawa, également présidente du conseil d'administration de l'AQRP, participe au Colloque de l'AQRP pour vous présenter le concept de la disposition à la réadaptation.



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.

Place à la motivation comme un élément fondamental dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale.

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

XIII^e COLLOQUE

du 24 au 26 mai 2006

Saguenay (Chicoutimi)

Plus de 75 ateliers et conférences!
Plus de 200 présentateurs!

Le rendez-vous par excellence
en santé mentale
au Québec!

Le rétablissement :
une traversée
fabuleuse

Programme en ligne :
www.aqrp-sm.ca