

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
MARIE-ANNE MARQUIS

ÉTUDE DE CAS EXPLORATOIRE SUR LE DÉROULEMENT DU PROCESSUS DE
REMOTIVATION EN SANTÉ MENTALE

DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens à émettre mes plus sincères remerciements aux principales personnes m'ayant généreusement apporté leur soutien et qui ont contribué à l'élaboration de cet essai, ainsi qu'à mon extravagant cheminement au cours de ces années universitaires.

D'abord, je remercie Ginette Aubin, ma directrice d'essai pour la précieuse aide, le support et la guidance tout au long de mon processus, en prenant soin de se montrer centrée sur ma volition. Tu as su m'offrir un coaching à la hauteur de mes intérêts, tout en respectant ma valorisation pour le maintien d'un certain équilibre occupationnel. Merci pour ta confiance et ton partage de passion.

Merci aussi aux participants de cette étude, qui ont partagé leur expérience avec une grande authenticité. Sans oublier mes sept collègues de séminaires, vous avez été une équipe formidable.

Je ne pourrais pas passer outre les riches amitiés développées et renforcées par ces défis occupationnels que m'a fait vivre la maîtrise. Mes chères précieuses amies, ergo-loves, vous serez sans doute des ergothérapeutes hors pairs. Surtout, continuez de déguster chaque moment en toute pleine conscience. Merci d'avoir été pour moi une source inépuisable de motivation.

Ensuite, une partie de moi qui demeurait loin ne peut passer sous silence; ma famille, plus particulièrement ma grande sœur, ma mère et mon papa de cœur, Pascal. Merci, Caroline, de m'accorder le privilège de ta confiance quotidienne; toi qui m'as toujours soutenu dans mes idéaux les plus délirants. Une grande source d'inspiration est ma mère Chantal, pour qui je vaudrais temps d'admiration et la plupart de l'énergie investie dans mes efforts constants. J'espère avoir pu faire honneur au modèle que tu m'es, à travers mon partage frénétique de cette aventure.

Enfin, je passe maintenant à la prochaine page, et je rejoins mon amoureux Patrick, mon soutien émotionnel, qui m'a permis de poursuivre mon cheminement avec un esprit positif jusqu'à la fin. Ta grande écoute et ta façon habile de me rassurer avec de simples gestes ou mots au bon moment m'ont souvent permis de puiser la persévérance au fond de moi. Tu as su apaiser chacun de mes moments d'impasses, et ce, même à distance. Je suis très reconnaissante de m'épanouir auprès de l'être d'exception que tu es.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ	i
ABSTRACT.....	ii
1. INTRODUCTION	3
2. PROBLÉMATIQUE.....	4
2.1. Les troubles mentaux graves.....	4
2.1.1 Impacts fonctionnels du TMG	5
2.2. La motivation	6
2.2.1. Le déficit motivationnel ou « amotivation ».....	7
2.2.2. Les problèmes de motivation chez les personnes ayant un TMG.....	7
2.3. Le rôle des ergothérapeutes auprès des personnes vivant des défis au plan volitionnel..	8
2.4. Le processus de remotivation (PR).....	9
2.4.1. Le processus de remotivation et l’ergothérapie	12
2.4.2. Le processus de remotivation et l’interdisciplinarité	12
2.5. Pertinence du projet	13
3. OBJECTIFS	15
4. CADRE CONCEPTUEL : Le Modèle de l’occupation humaine (MOH).....	16
4.1. Principes de base du MOH	16
4.1.1. Composantes de l’être.....	17
4.1.1.1. La volition.....	17
4.1.1.2. L’habituatation.....	18
4.1.1.3. La capacité de rendement.....	19
4.1.2. L’environnement.....	19
5. MÉTHODE.....	20
5.1. Le devis	20
5.2. Les participants	20
5.3. Critères de sélection	20

5.4. Modalités de recrutement	21
5.5. Collecte des données	22
5.5.1. Les journaux de bord	22
5.5.2. Les entrevues	22
5.5.3. Les questionnaires volitionnels.....	22
5.5.4. L'inventaire de la motivation intrinsèque (IMI-SR).....	23
5.5.5. L'horaire occupationnel.....	23
5.6. Analyse des données	23
5.7. Considérations éthiques	24
5.7.1. Consentement.....	24
5.7.2. Avantages.....	24
5.7.3. Risques et inconvénients.....	24
5.7.4. Confidentialité	25
6. RÉSULTATS	26
6.1. Caractéristiques des participants.....	26
6.1.1. Caractéristiques de la personne recevant l'intervention	26
6.1.1.1. Opinion professionnelle de l'ergothérapeute.....	27
6.1.2. Caractéristiques de l'ergothérapeute.....	27
6.2. Activités et environnements explorés dans le cadre du processus de remotivation	28
6.2.1. Marche à l'extérieur.....	28
6.2.2. Rencontres de discussion autour de la formation professionnelle et ajout d'intervenants	28
6.2.3. Découverte d'un nouveau lieu	29
6.3. Stratégies d'intervention utilisées par l'ergothérapeute.....	30
6.4. Effets de l'intervention sur la volition	32
6.4.1. Résultats au VQ	32
6.4.2. Perception de l'ergothérapeute sur le cheminement volitionnel de la cliente	34
6.4.2.1. Stade d'exploration	34
6.4.2.2. Stade de compétence.....	34
6.4.2.3. Retour au stade d'exploration	35
6.4.3. Horaires occupationnels.....	36
6.4.4. Résultats au questionnaire IMI-SR.....	37
6.5. Expérience de la cliente participante, selon les informations recueillies lors des entrevues	39
6.5.1. Facilitateurs et obstacles au cheminement volitionnel.....	39
6.5.2. Vers une vision d'un rôle productif en réponse à son désir interne d'être autonome.	40
7. DISCUSSION.....	42

7.1 Le déroulement du processus et son impact sur les activités, l'environnement et les rôles, à travers ses effets sur la volition.....	42
7.1.1. Le juste défi et l'essai d'une formation professionnelle en vue d'un retour au travail.....	44
7.1.2. Le changement au plan des valeurs et le projet d'un nouveau rôle	46
7.2 Comment s'est déroulé le PR selon l'ergothérapeute	46
7.2.1. Une stratégie préconisée : le coaching occupationnel	47
7.3. Les facilitateurs et les obstacles pendant le cheminement volitionnel	48
7.4. Forces de l'étude	49
7.5. Limites de l'étude	50
7.6. Retombées.....	51
7.6.1. Recommandations pour les recherches futures.....	51
8. CONCLUSION.....	53
9. RÉFÉRENCES	54
ANNEXE A	58
Résultats aux outils d'évaluation initiale faite par l'ergothérapeute:.....	58
ANNEXE B	59
ANNEXE C	64
ANNEXE D	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Stade du processus de remotivation

Tableau 2. Synthèse des activités et de leur environnement

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Score total au Questionnaire Volitionnel (VQ)

Figure 2. Résultats obtenus au score total de l'IMI

Figure 3. Scores des sous-échelles Intérêt/plaisir, Choix Perçu et Bénéfice/Utilité

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACI	Action contre l'inertie
CR	Conseillère en réadaptation
DSM	Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux
CHQ	Centre Hospitalier de la région de Québec
ME	Motivation extrinsèque
MI	Motivation intrinsèque
MOH	Modèle de l'Occupation humaine
NP	Neuropsychologue
OPHI-II	Occupational Performance History Interview
OSA	Occupational Self-Assessment
PR	Processus de Remotivation
VQ	Questionnaire volitionnel
SM	Santé mentale
TCC	Thérapie cognitivo comportementale
TMG	Troubles graves de la santé mentale

RÉSUMÉ

Problématique : L'aptitude à maintenir un engagement occupationnel satisfaisant, dans diverses activités importantes au quotidien, est un défi majeur pour certaines personnes atteintes d'un trouble grave de la santé mentale (TMG). Les répercussions fonctionnelles sont importantes, et touchent différents domaines de leur vie, que ce soit sur le plan des rôles dans la société, ou de ceux auprès de leurs proches. Les professionnels de la santé doivent être bien outillés afin de guider et d'accompagner ces gens au fil de leur continuum d'adaptation ou de réadaptation. Le processus de remotivation s'avère être une intervention développée par une ergothérapeute, spécifiquement pour accompagner ces personnes dans le développement de leur volition. **Objectifs :** Le principal objectif de cette étude vise à documenter l'application du Processus de remotivation (de las Heras et coll., 2003), qui est une approche d'intervention conçue dans le but d'accroître l'engagement dans les occupations significatives des personnes ayant une problématique grave de santé mentale et sur le plan de la motivation. Plus spécifiquement, cette étude décrira les activités choisies par les clients à travers les différentes alternatives offertes, les interventions et les stratégies préconisées par l'ergothérapeute et les quelles phases auxquelles elles sont reliées. De plus, l'influence de l'intervention sur la volition et les différents obstacles et facilitateurs rencontrés au cours du processus seront explorés. **Cadre conceptuel :** Le Modèle de l'Occupation humaine (MOH) de Kielhofner (2002), et le modèle sous-tendant le Processus de remotivation guideront la réflexion sur les éléments recueillis au cours de cette étude. **Méthode :** Une étude de cas exploratoire de type instrumental a été effectuée auprès d'une cliente et de son ergothérapeute travaillant en santé mentale, qui utilisait cette approche, pour une durée de 32 semaines. Des données ont été recueillies par le biais de journaux de bord, d'entrevues auprès des deux participants, d'un horaire occupationnel ainsi que du Questionnaire volitionnel (VQ). **Résultats :** La motivation occupationnelle de la cliente a eu des avancées, malgré une trajectoire inconstante. Son engagement à marcher régulièrement et son implication dans une formation pour le retour au travail et dans des activités liées à un nouveau rôle sont des exemples de retombées lors du processus. Du côté des attitudes valorisées par le clinicien, il ressort par exemple une écoute active, de l'empathie et du soutien constant, et de la persévérance. La confiance lui étant démontrée, et la liberté des choix d'activités ou de lieux dans la thérapie teintèrent positivement le cheminement de la cliente. Le lien thérapeutique et l'environnement signifiant dans le choix des activités sont aussi des éléments facilitateurs. Quant aux obstacles, il ressort qu'une tendance à mettre les interventions en échec a pu faire obstacle au processus de remotivation. Le clinicien et la cliente expriment tous les deux retenir du positif de cette expérience. **Discussion :** Les résultats de cette étude mettent en évidence que cette intervention rejoint les fondements de l'ergothérapie, tel que l'approche centrée sur le client. Il est possible de noter que le cheminement volitionnel de la cliente est caractérisé par une actualisation de ses valeurs et intérêts, lui permettant une adaptation identitaire. **Conclusion :** Cette étude a permis de documenter une approche peu étudiée sur le plan de la recherche empirique. Le processus de remotivation est un outil construit sur des bases théoriques et gagnerait à être connu davantage, tant dans les écrits que dans la pratique en santé mentale.

ABSTRACT

The issue: Maintaining a satisfying occupational engagement within meaningful daily activities proves to be a major challenge for people living with a severe mental health disorder. The consequences on the person's global functioning are significant and various; whether they are affecting the roles played by the individual in society or with his entourage. Health care providers must be appropriately habilitated in order to guide and accompany these individuals along their journey through rehabilitation or adaptation. The remotivation process is an intervention developed by an occupational therapist specifically for people with severe volitional disorders.

Objectives: The main objective of the current paper is to document the application of the Remotivational process, (from de las Heras and als., 2003), which is an interventional approach meant to increase the engagement in meaningful occupations of individuals living with a severe mental health disorder. The approach is centered on motivation.

Conceptual framework: The data gathered in the current study will be analysed from the standpoint of the Model of Human Occupation (MOHO), created by Kielhofner (2002), and the Remotivational process.

Methods: A qualitative case study was made based on the testimony of a client and her occupational therapist working in a mental health setting. The intervention lasted for 32 weeks. Data was gathered from a logbook, interviews with both participants, an occupational schedule and answers from the Volitional Questionnaire (VQ).

Results: The client's occupational motivation progressed in an inconsistent manner. Her motivation to walk regularly, her engagement in a back-to-work training program and her engagement in activities pertaining to new assumed roles are some of the consequences emerging from the process. The attitudes valued by the occupational therapist appeared to be: active listening, empathy, continuous support and perseverance. The occupational therapist demonstrated confidence in the client's abilities and allowed the client to choose the therapeutic activities and where they would take place. This positively affected the client's journey. The therapeutic alliance and the significant environment pertaining to activity choices are also enabling elements. In terms of disabling elements; a tendency to jeopardise the interventions can slow down the remotivational process.

Discussion: The strategies used by the occupational therapist and the therapeutic activities undertaken by the client were analysed in order to document her journey through challenges and enabling elements from a motivational standpoint. The results tend to positively correlate the relationship between the remotivational process and the theoretical grounds on which the science of occupational therapy rests. It is possible to note that the client's volitional journey is characterized by an adapted identity building process made possible by the updating of her values and interests. Both the therapist and the client report a positive outcome from the experience.

Conclusion: The current study has documented a rather yet unexplored approach. The remotivational process appears to be a tool based on strong theoretical grounds, which should be more promoted and investigated in both the literature and clinical settings.

Mots-clés : Trouble grave de la santé mentale, ergothérapie, processus de remotivation

Keywords: severe mental health disorders, occupational therapy, remotivational process

1. INTRODUCTION

Au fil des dernières années, les troubles associés à la santé mentale (SM) sont de plus en plus abordés et démystifiés au sein de la population générale. Cette tendance est probablement liée aux perturbations cliniques significatives que les troubles de la santé mentale procurent sur diverses dimensions de la personne, tels que sur le plan cognitif, de la régulation des émotions, ou sur le comportement, reflétant un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux (American Psychiatric Association, 2013). Les troubles mentaux graves (TMG) sont parmi ceux qui entraînent des incapacités sévères et persistantes sur le plan social, occupationnel et cognitif (Kopelowicz et Liberman, 2003) affectant l'aptitude à maintenir un engagement occupationnel satisfaisant, dans diverses activités importantes au quotidien. Dans le cas où la maladie mentale entrave à long terme les activités quotidiennes d'une personne, celle-ci « peut avoir besoin d'aide pour retrouver son équilibre et son fonctionnement optimal » (Gouvernement du Canada, 2006, p. 30).

Dans les fondements primés par le professionnel en ergothérapie en lien avec la santé et le bien-être, se retrouve l'acte centré sur le client, c'est-à-dire la valorisation des choix et des valeurs du client, dans un souci de le guider vers une autonomie optimale, basée sur sa motivation interne à s'engager dans ses activités (Polatajko et coll., 2008). Dans ce présent ouvrage, cette motivation à s'engager au quotidien fait référence à la « motivation occupationnelle ». En ce sens, le processus de remotivation (de las Heras, 2003), est une intervention développée en ergothérapie, ayant comme objectif d'accroître l'engagement occupationnel chez des personnes ayant une problématique au plan de la motivation. Toutefois, l'application de cette intervention auprès des personnes ayant un TMG a été peu documentée. Conséquemment, peu de données probantes permettent de soutenir son utilisation auprès de cette clientèle. Ainsi, cet essai vise à explorer le déroulement de cette intervention auprès d'une personne ayant un TMG. En premier lieu, la problématique liée au phénomène de la motivation occupationnelle chez les personnes présentant un TMG sera abordée, en ressortant l'apport ergothérapique spécifique à ce contexte. Deuxièmement, le cadre conceptuel et la méthode seront présentés, suivis des résultats ainsi que d'une discussion, pour terminer avec la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section les troubles mentaux graves seront définis, pour ensuite aborder les impacts fonctionnels fréquemment rencontrés auprès de personnes souffrants un TMG. Ces gens seront aussi présentés en faisant ressortir les déficits possibles concernant la motivation, en définissant d'abord ce concept central. Puis, le rôle de l'ergothérapeute auprès du client ainsi qu'au sein d'une équipe interdisciplinaire sera relevé, associé à l'application du processus de remotivation, afin de faire valoir la pertinence des objectifs de cette étude.

2.1. Les troubles mentaux graves

Depuis le développement de la psychopharmacologie et des neurosciences (1950-1960), l'étiologie de la santé mentale trouve certaines explications dans le fonctionnement du cerveau, les gènes et les processus neurochimiques (Andreasen, 1985). Il est maintenant clairement établi que des antécédents psychiatriques familiaux augmentent le risque de développer des troubles mentaux (Goldstein et coll., 2010).

Les TMG sont d'ailleurs parmi les vingt plus grandes causes d'incapacité dans le système de santé (Kurzban et coll., 2010). Ils incluent la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (troubles délirants, psychose, etc.), les troubles de la personnalité (narcissique, dépendante, paranoïde, etc.) et les troubles affectifs (troubles bipolaires, troubles dépressifs) (Kopelowicz et Liberman). Dans son plan d'action en santé mental, élaboré pour 2005-2010, le Ministère de la santé et des services sociaux définit les TMG comme suit :

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves (Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens, p.40).

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) (2011) mentionne que le risque de suicide, de toxicomanie, de violence, d'itinérance, de chômage, de maladie physique, et de victimisation est augmenté chez une personne présentant un TMG. De plus, des problèmes

fréquents de comorbidité telle que la toxicomanie, exacerbent les problèmes d'engagement thérapeutique, par un faible taux de participation, entre autres (Kessler, 2004).

2.1.1 Impacts fonctionnels du TMG

Comme les troubles mentaux sont le résultat d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels, les problématiques fonctionnelles liées aux troubles mentaux graves sont diversifiées et peuvent avoir un impact important sur plusieurs dimensions de la personne dans son quotidien. En effet, un TMG peut affecter l'ensemble des sphères de la vie (interaction sociale, participation au travail ou à des loisirs, soins personnels, etc.) des personnes qui en sont atteintes (AMPQ, 2011). Ils peuvent conduire, entre autres, vers un isolement social, une perte du réseau social, en plus des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. Il est estimé que plus de 50 % des personnes ayant un trouble mental au cours de leur vie auront également un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, ce qui apporte des difficultés supplémentaires au développement et au maintien de capacités fonctionnelles.

Par ailleurs, les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble affectif majeur présentent souvent des difficultés à s'engager dans les activités de la vie de tous les jours (Bejerholm et Eklund, 2006; Boydell, Gladstone et Volpe, 2003; Pépin, Guérette, Lefebvre et Jacques, 2008). Plusieurs études ayant documenté la gestion du temps des personnes présentant un TMG ont rapporté que ces personnes consacrent beaucoup de temps au sommeil et aux activités de type passif (Aubin, Hachey et Mercier, 2002; Eklund, Leufstadius et Bejerholm, 2009). Selon ces auteurs, ces comportements pourraient être reliés à la vulnérabilité des personnes atteintes d'un TMG au déséquilibre et à une diminution de leur engagement occupationnel, par exemple.

D'autres études (Bengtsson-Tops et Hansson, 1999; Middelboe et coll., 2001) ont montré que les personnes atteintes de schizophrénie présentent une proportion élevée de besoins importants dans les domaines suivants : logement, alimentation et activités quotidiennes. En fait, les activités de la vie quotidienne (travail, loisirs, alimentation, sexualité, gestion du budget, gestion de sa santé physique et mentale, déplacements), les activités de la vie domestique, les relations sociales (incapacité à maintenir des rôles sociaux) et la gestion des émotions (détresse émotionnelle), sont

les principaux domaines pour lesquels cette clientèle a exprimé des besoins de consultations (Fleury, Grenier et Lesage, 2006; Hansson et coll., 2001).

2.2. La motivation

Chez la plupart des personnes, il est possible de constater des variations sur le plan de la motivation dans les engagements quotidiens, mais qu'en est-il de ces gens qui souffrent de troubles graves ? Dans cette section, la motivation sera définie et les différentes problématiques liées à la motivation seront présentées.

D'abord, différents types de motivation se distingueraient par le degré d'autodétermination qui sous-tend le comportement (Deci et Ryan, 1985, 1991). Ces derniers auteurs, ainsi que plusieurs autres, tels que Creek (2008), abordent le concept de la motivation sous deux dimensions : la motivation extrinsèque (ME) et la motivation intrinsèque (MI). Comme le dit leur nom, chacun provient des éléments externes (ME) ou internes (MI) à l'individu qui le poussent à l'action. Précisons que les sources de ME incluent l'environnement physique et social. Par exemple, il est possible que la motivation à participer à une intervention en ergothérapie découle d'un désir profond (MI) d'une personne ayant des difficultés fonctionnelles, de s'actualiser dans un nouveau rôle important pour elle, tel que de celui d'être travailleur. Il se peut donc que les intérêts de cette personne découlent de ce désir provenant d'une motivation interne (MI). Pour ce même exemple, la ME serait dominante si les services sont imposés par une instance extérieure à la personne, donc, si elle désire plaire à quelqu'un de son réseau ou de répondre aux demandes du soutien payeurs.

Selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985), lorsque la motivation est intrinsèque, l'action réalisée est choisie de façon autonome et indépendante par la personne elle-même. En d'autres termes, la MI implique la participation, sur une base volontaire, dans une occupation procurant un sentiment de plaisir et d'efficacité personnelle à la personne. Celle-ci suppose que les individus sont des agents actifs de leur environnement. Ce faisant, chaque personne cherche à développer sa compétence, par une compréhension et un certain contrôle de son environnement, cherchant à être l'origine de ses comportements, donc à s'autodéterminer. Ainsi, pour favoriser la motivation intrinsèque, qui est plus viable à long terme, il est bénéfique qu'une

personne réalise une activité de son plein gré puisqu'elle y ressent du plaisir et une satisfaction personnelle (Silverstein, 2010). À ce propos, une revue systématique relève une évidence importante entre l'auto-efficacité et la motivation intrinsèque, comme prédicteur important dans l'intention d'être plus actif (Darker et coll. 2010).

2.2.1. Le déficit motivationnel ou « amotivation »

L'amotivation, selon Deci et Ryan (1985, 1991), est un type de comportement passif ou désorganisé. Ces comportements sont causés par l'anticipation d'un échec, celle-ci exacerbée par l'impression d'être incapable d'atteindre l'objectif visé dans l'occupation. L'amotivation pourrait être liée à un faible sentiment d'efficacité personnelle vis-à-vis une occupation spécifique ou une barrière environnementale particulière. Ces deux limites peuvent alors se manifester de façon imprévisible et incontrôlable dans diverses occupations quotidiennes. Les clients qui présentent des problèmes motivationnels éprouveront des émotions négatives par le simple fait de songer à s'engager dans une occupation orientée vers un but. Leurs pensées vont habituellement s'accompagner de sentiment d'être sous pression, et de signes d'anxiété (Deci et Ryan, 1991).

2.2.2. Les problèmes de motivation chez les personnes ayant un TMG

Ainsi, les atteintes cognitives et les symptômes négatifs de la motivation affectent les occupations, par exemple en raison de symptômes négatifs tels que l'anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives) ou l'abolition et le manque d'intérêt pour l'engagement dans un rôle productif, perturbant l'exécution des activités (Aubin, Stip, Gélinas, Rainville et Chapparo, 2009). Les traitements pharmacologiques réduisent généralement la fréquence et l'ampleur des symptômes positifs de la maladie (hallucinations, idées délirantes, troubles de la pensée et troubles du comportement), toutefois, la médication aurait très peu d'effets connus jusqu'à présent sur le fonctionnement psychosocial et cognitif (Tenhula et coll., 2009). Précisons que les impacts fonctionnels du TMG, non assouvi par la médication qui peut même parfois amplifier ces impacts par les effets secondaires, peuvent entraîner un pauvre sentiment d'efficacité et de l'isolement social, ce qui exacerbe la perte de motivation à s'engager quotidiennement dans des occupations. Par le fait même et, vice versa, un environnement offrant peu de soutien ou de stimulation à la personne atteinte d'un TMG représente souvent une barrière majeure à la motivation nécessaire

pour mobiliser cette personne (Bejerholm et Eklund; Boydell et coll., 2003; Chugg et Craik, 2002; Krupa et Thornton, 1986). C'est ce qui explique, entre autres, le besoin d'interventions ciblant la motivation dans les occupations, en tenant compte de l'impact de l'environnement, qui sont dès lors, peu documentées.

2.3. Le rôle des ergothérapeutes auprès des personnes vivant des défis au plan volitionnel

Le processus de réhabilitation des personnes souffrant de TMG peut se voir comme un défi en raison des différentes sphères affectées, particulièrement les impacts fonctionnels et sociaux (ACE, 1997; OMS, 2011). Afin d'accompagner cette clientèle complexe dans leur cheminement, les professionnels de la santé ont besoin d'être encadrés et outillés convenablement. L'ergothérapie vise l'optimisation du bien-être et de la satisfaction des personnes présentant une atteinte à leur engagement quotidien (ACE). Pour ce faire, l'occupation, soit le concept clé de cette profession, est utilisée de façon à ce que le client identifie celles qui sont importantes, ont une signifiante quant à ses valeurs et intérêts, permettant ainsi la contribution de l'occupation à donner un sens à la vie (Kielhofner, 1995). Tout ce cheminement de longue haleine se fait à travers une actualisation identitaire dans l'acceptation de la maladie et dans la quête de sens des activités réalisées. À ce sujet, voici une définition de l'ACE au sujet de l'occupation :

« L'occupation fait référence à l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signifiante. L'occupation comprend tout ce que fait une personne pour s'occuper, c'est-à-dire prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs), et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité) ».

Précisons que l'engagement occupationnel est défini comme étant l'exécution d'une ou de plusieurs formes occupationnelles avec les pensées et sentiments concomitants (Kielhofner, 2004). Cela différencie ce concept de celui de la volition prise dans un sens beaucoup plus large, l'engagement représentant la réflexion globale et les sentiments vécus par l'être au sujet de ses expériences et accomplissements, portant ainsi un regard personnel sur lui-même et sur le monde qu'il habite (Kielhofner, 2008).

Or, il demeure un manque sur le plan des stratégies d'intervention pour favoriser la participation et l'engagement occupationnels des personnes atteintes de troubles liés au déficit de la volition, soit de la motivation à agir selon l'auteure du processus de remotivation. En effet, c'est ce qui a inspiré l'ergothérapeute Carmen Gloria de las Heras à élaborer une intervention dans laquelle on retrouve différentes phases avec des stratégies associées, afin de guider la pratique clinique auprès des personnes qui vivent des défis volitionnels à travers une perception de soi positive, qui pourra se transmettre à travers leurs actions.

2.4. Le processus de remotivation (PR)

Le processus de remotivation est une intervention élaborée en ergothérapie, qui vise le développement de la motivation intrinsèque, en passant par les principes du Modèle de l'Occupation Humaine (de las Heras et coll., 2003) dont le système de valeurs et les intérêts par exemple, qui peuvent, quant à eux, faire part des motivations extrinsèques du client (Silverstein, 2010).

Ce processus se déroule en trois phases, qui ont d'abord été définies par Mary Reilly (1974) lors d'une étude sur le comportement ludique chez l'enfant. Puis, Keilhofner a fait appel à ces mêmes phases dans une description du continuum de changement occupationnel (2001, 2002). Celui-ci est cependant considéré comme un processus dynamique et non immuable, ce qui implique qu'il soit possible de débiter à n'importe quel stade ou que des stades se chevauchent par moment. Le but ultime de cette approche étant la recherche de comportements, d'activités, d'habiletés, de lieux ou de gens, qui stimuleront le développement de la motivation à agir, dans un environnement significatif. Selon son auteure (de las Heras et coll, 2003), les lignes directrices du processus de remotivation impliquent un environnement contrôlé afin de favoriser un rétablissement de la motivation dans l'action.

L'ajustement des barrières environnementales permet l'atteinte d'un objectif adapté au cheminement du client présentant des déficits d'ordre motivationnel (de las Heras, 1996, 1999). Les trois phases du PR comprises dans le continuum de volition sont: l'exploration, la compétence

et l'accomplissement. Elles sont illustrées dans le tableau ici-bas, en ressortant les principaux stades et objectifs.

Tableau 1.
Stade du processus de remotivation

Phases	Stades	Buts
Exploration	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation 2. Découverte de l'environnement 3. Prise de décision 4. Plaisir et efficacité dans l'action 	Faciliter le sentiment de compétence, de confiance en soi et de sécurité par rapport à l'environnement
Compétence	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intériorisation d'un sentiment d'efficacité 2. Vivre et raconter son histoire 	Développer un sentiment d'efficacité, affirmer le sentiment de compétence et de maîtrise face aux décisions et renforcer le rendement occupationnel.
Accomplissement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi personnel et discernement des habiletés essentielles 2. Autonomie sociale 	Intégrer activement de nouvelles avenues occupationnelles aux activités quotidiennes.

Tout d'abord, l'exploration est la première phase du changement par laquelle une personne fait des découvertes et apprend à connaître ses capacités, ses préférences et ses valeurs. Cette étape est nécessaire lorsqu'une personne apprend de nouvelles formes occupationnelles, qu'elle change de rôle ou qu'elle est en quête d'un sens à sa vie. Cette étape est l'occasion d'apprendre, de découvrir et d'exprimer ses habiletés en faisant face à l'adversité. Ensuite, la phase de compétence arrive lorsque l'individu prend conscience de son pouvoir à exercer une influence sur son environnement et au fait d'être influencé par celui-ci. C'est le moment où le client commence à renforcer ses façons de faire récemment acquises pendant ses explorations. La compétence renforce chez le client le sentiment de disposer d'une véritable volonté d'agir.

Pour terminer, la phase d'accomplissement est celle qui survient lorsque le client a suffisamment acquis d'habiletés et d'habitude pour s'acquitter de nouvelles tâches et responsabilités de façon autonome, que ce soit au travail, dans les loisirs ou dans sa vie personnelle, au quotidien. De nouveaux rôles et activités quotidiennes doivent être actualisés afin de faire les

adaptations nécessaires au nouveau comportement, favorisant ainsi la compétence occupationnelle sur le long terme (Kielhofner, 2002, p.148). Cette phase implique donc un sentiment de maîtrise et de confiance en soi et en ses capacités à relever de nouveaux défis posés par différentes situations occupationnelles dans divers contextes. Enfin, à cette étape, la régularité est aussi visée, afin d'intégrer un comportement, des habiletés et des habitudes saines, pertinentes et à un mode de vie respectueux des aspirations de la personne.

Aussi, lorsqu'on parle de compétences ou d'habiletés, il importe de mentionner une certaine limite de plusieurs approches visant l'engagement de la personne dans ses occupations en rapport avec la nécessité de démontrer une certaine aisance verbale, puisque l'un des symptômes importants de certains TMG se manifeste par une diminution de la fluence verbale (Reekum, Stuss, et Ostrander, 2005). En effet, ces auteurs mentionnent qu'il n'y a pas que l'apathie (indifférence à l'émotion) qui soit présente chez les personnes atteintes de déficits volitionnels graves, mais aussi souvent de l'alogie (absence de discours). C'est donc là une force de cette approche que de viser spécifiquement la mise en action en lien avec l'observation des comportements volitionnels.

Le PR a fait l'objet de peu d'études mis à part celles de l'auteure (de Las Heras). Seule une équipe de la région de Québec (Pépin et ses collaborateurs, 2008) a réalisé une étude de type exploratoire sur l'application du PR auprès de personnes avec un diagnostic de dépression. Selon cette équipe, cette intervention est un outil facilement applicable dans différents milieux et différentes équipes, car il requiert peu ou pas de matériel. Il exige seulement de se familiariser avec le modèle de l'occupation humaine (MOH). Des intervenants ayant utilisé le processus de remotivation rapportent aussi l'importance de pouvoir y attribuer un sentiment de compétence et la confiance en ces évidences scientifiques qui sont justement peu nombreuses (Pépin et coll., 2008). En résumé, les résultats de leur étude ont permis de mettre plusieurs points positifs du PR en perspective. D'abord, du point de vue des clients participants, le PR fût reconnu comme encourageant et rassurant, puisqu'il n'est pas question de les comparer à des standards de performances établies, à d'autres personnes ou bien à des normes attendues par la société, mais seulement par rapport à leur propre cheminement personnel. Pépin et ses collaborateurs mentionnent aussi que cet aspect tend à créer une diminution de l'anxiété à l'abord de la mise en

action. Ensuite, il est intéressant de mentionner que le PR possède plusieurs valeurs en commun avec la réadaptation psychosociale, via la spécificité de l'environnement et du fonctionnement de la personne (Pépin et coll., 2008).

2.4.1. Le processus de remotivation et l'ergothérapie

Dans le cadre du rétablissement, le processus de remotivation est une stratégie qui reconnaît le rôle des personnes utilisatrices de services en leur accordant un rôle clé, de par l'expression de leurs préférences, l'occasion de s'affirmer ainsi qu'une reprise graduelle du pouvoir de décision, par exemple (Lloyd, 2008; Polatajko et coll., 2008). La personne est considérée comme centrale dans l'intervention et est alors incitée à exercer plus de pouvoir dans son environnement (de las Heras de Pablo, 2011). Cette reconnaissance de la personne dans ses actions et ses valeurs renforce son sentiment d'efficacité personnel et ainsi, son aptitude à remplir ses rôles occupationnels (Lloyd). Dans la description de l'intervention (PR), de las Heras souligne aussi l'importance pour le client à ressentir de l'appui et de la guidance dans son cheminement, tout en lui recevant du soutien dans ses choix.

Bref, comme le domaine de l'ergothérapie couvre un vaste éventail de clientèles et touche diverses cultures, alors il importe de considérer multiples facteurs liés à la motivation dans les engagements quotidiens. Il est fréquent de rencontrer des défis dans l'élaboration de stratégies comme intervenant, car bien souvent, la motivation des clients présente des fluctuations importantes au cours de la thérapie. Les troubles mentaux sont d'origine biopsychosociale, c'est-à-dire qu'ils découlent de l'interaction impliquant la personne atteinte, ses facteurs physiques, comportementaux (abus de substance, troubles de conduite alimentaire, isolement social, etc.), sociaux et environnementaux (famille, communauté). C'est alors ici que la vision holistique de l'ergothérapie trouve tout son sens.

2.4.2. Le processus de remotivation et l'interdisciplinarité

L'un des défis ultimes de l'ergothérapeute étant d'abord d'amener les personnes souffrant de troubles mentaux graves à acquérir une perception plus positive de leur occupation du temps (Aubin et coll., 2002), et d'éventuellement les aider à générer une satisfaction occupationnelle

nécessaire à la santé mentale (Association canadienne d'ergothérapie [ACE], 1997). Ainsi, les principes de base du processus de remotivation ne s'associent pas seulement aux postulats de l'ergothérapie, mais concordent aussi avec les préoccupations actuelles du système de santé, en lien avec le grand principe de partenariat avec le client. En effet, un des enjeux majeurs du *Plan d'action en santé mentale* (gouvernement du Québec, 2005), porte sur le rétablissement de la personne dans sa globalité. Par une approche centrée sur le client (ses valeurs, ses choix), le processus de remotivation contribue au rétablissement de la personne et à son fonctionnement social (Pepin, Guerette, Lefebvre et Jacques, 2008).

En visant l'atteinte de la phase d'accomplissement au sein du continuum d'accroissement volitionnel, le processus de remotivation amène la personne à acquérir un sentiment d'efficacité personnel ainsi que les aptitudes nécessaires à la prise de risques ou de décisions, ce qui la rend plus apte à reprendre ses occupations à travers un mode de vie sain et ses divers rôles dans la communauté (Pepin et coll., 2008). Ces auteurs ajoutent aussi que les stratégies du processus de remotivation présentent un investissement avantageux tant pour le client que pour l'équipe d'intervenant, puisqu'elle permet un investissement rigoureux, favorisant des services de qualité par le renforcement, entre autres, du travail interdisciplinaire.

2.5. Pertinence du projet

La motivation est centrale en ergothérapie, car elle influence la participation et l'engagement de la personne dans diverses activités. Plus particulièrement en ce qui concerne la MI, car elle rejoint un fondement important nommé l'approche centrée sur le client. Celle-ci se manifeste par le choix des activités nommées signifiantes, c'est-à-dire qui ont un sens, correspondant aux intérêts et aux valeurs du client. En misant sur des interventions telles que le PR, qui offre non seulement des stratégies simples et accessibles, mais aussi associées aux postulats de sa profession, l'ergothérapeute peut potentiellement accompagner la personne dans l'exploration de ses motivations profondes, afin de trouver quel sens il souhaite donner à sa mise en action pour ainsi, favoriser un engagement stable sur le plan occupationnel.

Jusqu'ici, le paradigme de santé actuel met l'emphase sur une approche de partenariat avec le client, mais aussi sur l'intervention basée sur les données probantes. En fait, le développement et l'implantation des services à mettre en place pour les personnes ayant un TMG se font présentement selon deux mouvements, soit celui du rétablissement, et celui des meilleures pratiques fondées sur les données probantes (Tenhula et coll., 2009). Ce principe empirique implique qu'une intervention utilisée sera reconnue par les évidences scientifiques la supportant, en quantité et en qualité convenable.

3. OBJECTIFS

Le principal objectif de cette étude est de décrire et analyser l'application d'une approche utilisée en ergothérapie auprès des personnes présentant un trouble grave de santé mentale, soit le processus de remotivation. Élaborée par une ergothérapeute, cette intervention structurée vise le développement de l'engagement dans des occupations signifiantes pour que la personne ayant un déficit volitionnel/motivationnel manifeste plus de motivation dans les occupations de son quotidien. Plus précisément, voici les quatre questions de recherche auxquelles cet essai tentera de répondre :

- 1) Quelles sont les activités choisies par les clients ayant un trouble mental grave à travers les différentes alternatives offertes?
- 2) Quelles sont les interventions ciblées et les stratégies préconisées par l'ergothérapeute auprès de ces personnes et à quelles phases du processus de remotivation sont-elles reliées?
- 3) Comment la volition a-t-elle été influencée pendant le déroulement des interventions?
- 4) Quels sont les obstacles et facilitateurs rencontrés au cours du processus de remotivation?

4. CADRE CONCEPTUEL : LE MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE (MOH)

Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) est à l'origine des concepts de base du processus de remotivation. En d'autres termes, ce modèle, étant à la base de l'approche clinique ciblée par la présente étude, permet de comprendre les besoins des gens atteints de TMG et présentant un déficit volitionnel important. Ce modèle ergothérapique qui se base sur des principes provenant de plusieurs disciplines, contribue à la promotion de la santé, du bien-être ainsi qu'à la qualité de vie des clients, à travers un processus dynamique et flexible (Scaffa, Reitz et Pizzi, 2010). Le processus volitionnel et ses principes de base (continuum dans les déterminants personnels, les valeurs et intérêts) aident à rétablir les actions dans l'environnement dans une continuité d'expériences de la vie, peu importe les compétences (Kielhofner, 2008, 2009; Kielhofner, de las Heras et Suarez-Balcazar, 2011).

4.1. Principes de base du MOH

Reconnu à travers le monde, le MOH serait un des modèles les plus appliqués en ergothérapie, en plus d'être le plus utilisé dans le domaine psychiatrique (Bowyer, Belanger, Briand et de las Heras, 2008; Kielhofner, 2008; Lee, Taylor et Kielhofner, 2009). Il a été développé pour promouvoir la participation occupationnelle et, selon les capacités et l'environnement réels, vers l'épanouissement identitaire (le sens de « l'être » à travers le « devenir » occupationnel). Le MOH puise entre autres plusieurs références des domaines aussi variés que la psychologie humaine et sociale, l'anthropologie, la sociologie, la philosophie, ainsi que la théorie des systèmes et les concepts de base de l'ergothérapie. Cette vision étendue a permis à Kielhofner de mieux cerner et d'expliquer la contribution des différents facteurs qui génèrent l'action humaine (Kielhofner, 2004).

Ce modèle se distingue des autres modèles en offrant une perspective détaillée et intégrative de la personne à travers son cheminement. Le changement occupationnel se produit selon un continuum de trois stades d'exploration de compétences et d'accomplissement dont s'est inspiré l'auteur du processus de remotivation (de las Heras, 2011). Les composantes de base impliquées dans l'occupation humaine et qui font référence aux fondements de la profession sont : « la personne, l'occupation dans laquelle elle s'engage et l'environnement spécifique de cette personne » (Hagerdom, 2001, p.129). L'interaction entre ces trois dimensions évolue et change

tout au long de la vie. La résultante de cette dynamique représenterait donc le rendement occupationnel et son adaptation au fil du temps (Bruce et coll., 2002; AOTA, 2002; Kielhofner, 2004, 2002). Il permettra alors de répondre aux objectifs de recherche, en scrutant le cheminement volitionnel au long de son continuum, en passant par les activités signifiantes, les environnements révélateurs, ainsi que les obstacles et facilitateurs ressortis à travers les interventions ergothérapeutiques.

Ce modèle dispose de trois dimensions liées à l'occupation humaine : l'être, l'agir, et le devenir qui, par la suite, conceptualise l'être humain en diverses autres sous-composantes. Pour compléter la dimension de l'être, s'ajoutent l'habitude et la capacité de rendement et l'environnement qui seront brièvement présentées dans les prochaines sections.

4.1.1. Composantes de l'être

Le MOH met l'accent sur plusieurs dimensions, dont la dimension de l'être, dans le processus de changement (processus volitionnel d'adaptation), en misant sur le développement du sentiment d'efficacité, la satisfaction et le sens pour la personne, dans ses occupations (activités signifiantes).

4.1.1.1. La volition

De façon générale, la motivation serait un construit rattaché à l'action, conformément à son origine étymologique latine « movere » qui signifie se déplacer (Creek, 2008). Cette conception de la motivation rejoint le concept de volition de Kielhofner (1995, 2002, 2004) qui, quant à lui, découle davantage des patrons de pensées et de sentiments d'un individu sur lui-même. Plus précisément, lorsqu'un individu interagit avec son environnement, il anticipe, choisit, expérimente et interprète ses actions (Kielhofner, Braveman, Baron, Fisher, Hammel et Littleton, 1999). Cette expérience subjective favorise ou brime la motivation de l'individu à se mobiliser à nouveau dans cette occupation ou dans cet environnement. Pour préciser, Kielhofner et ses collaborateurs offrent aussi cette définition de la volition : « processus par lequel une personne anticipe ses opportunités et ses obligations d'agir, accorde un sens à ce qu'elle fait et choisit ses patrons occupationnels » (Kielhofner et coll., 1999, p.37 [traduction libre]). La volition concerne donc la motivation et le processus aboutissant aux choix des activités (Kielhofner, 2004, 2008).

Le concept qui intéresse ce projet, *la motivation à s'engager dans des occupations de la vie* est donc défini en termes de « *volition* ». Cet aspect est central dans le cadre de cette étude qui s'y réfère principalement, pour aborder le déficit motivationnel au cours du processus de remotivation. Kielhofner précise que la volition est un processus continu, placé au cœur des composantes de l'être occupationnel, décrit dans le MOH (2002). Ce concept n'est donc pas vu comme une structure rigide de l'être, mais comme un continuum. La volition fait aussi référence, d'après d'autres auteurs, à notre nature biologique, qui pousse constamment les individus à explorer leur environnement (Bruce et coll., 2002). En d'autres termes, il s'agit d'un besoin inné de l'être humain d'être son propre acteur, en illustrant l'organisation des pensées et des sentiments qu'ont les gens, soutenue par différentes expériences (Kielhofner, 2002). Selon lui, dans la pratique en ergothérapie, la volition doit être considérée en premier plan lorsqu'il est question du développement intrinsèque des motivations menant à l'action.

La volition comprend trois sous-concepts fondamentaux, soit les valeurs, les intérêts et les déterminants personnels. Toujours décrits par Kielhofner (1985, 1995, 2002), les valeurs font référence aux convictions et aux sentiments relatifs à tout ce qui revêt de l'importance aux yeux de l'individu, et sont associées au sens du devoir et d'engagement quotidien. Kielhofner décrit ensuite les intérêts comme ce qui représente la capacité à ressentir du plaisir et de l'attrait pour différentes occupations. Quant aux déterminants personnels, ils situent la façon dont une personne perçoit ses propres capacités et son efficacité dans l'action. Les interactions dynamiques entre ces trois sous-concepts se manifestent dans les choix occupationnels, la façon dont une occupation est réalisée et la pratique d'occupations renforçant l'identité occupationnelle (Kielhofner, 1985, 1995, 2002). Par exemple, un individu dont la valeur familiale prime aura des intérêts vers les activités réalisées auprès de sa famille, en déterminant ce qu'il est en mesure de réaliser de par son budget, ses réalisations antérieures, etc. Il est possible qu'il ait envie d'emmener ses enfants faire du ski plus qu'un autre parent, s'il a les habiletés et les moyens permettant la réalisation de cette activité.

4.1.1.2. *L'habituation*

La deuxième composante de l'être dans le modèle se rapporte à l'habitation, qui comprend les habitudes (actions automatiques causées par la répétition d'événements) et les rôles intégrés (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ces sous-concepts sont influencés par des facteurs externes tels que

les exigences liées à l'environnement (Forsyth et Kielhofner, 2003). Par exemple, une personne présentant un TMG pourrait avoir de la difficulté à maintenir ses routines le matin, ce qui occasionne des difficultés à respecter son horaire de travail. L'habituatation rappelle la place primordiale accordée aux diverses influences de l'environnement dans ce modèle.

4.1.1.3. La capacité de rendement

La capacité de rendement est la dernière composante de l'être du MOH. Cette composante fait référence à la capacité de l'être humain à réaliser ce qu'il souhaite à partir de structures sous-jacentes (Kielhofner, 1995, 2002) soit un ensemble de composantes objectives (physiques et mentales) et d'expériences subjectives (corps vécu).

4.1.2. L'environnement

Le Modèle de l'occupation humaine présente l'environnement comme étant un élément offrant des opportunités et des ressources d'action, mais imposant également des demandes et des contraintes à l'engagement occupationnel (Kielhofner, 2004, p.150). L'environnement serait « influencé par la volition, l'habituatation et de la capacité de rendement de cette personne » (Forsyth et Kielhofner, 2003, p.58), ce qui apporte une unicité à la résultante des interactions entre ces éléments. Kielhofner ajoute que l'environnement comporte deux entités indépendantes, soit l'environnement physique (objet tangible ou espace physique naturel ou fabriqué par l'homme) et l'environnement social (groupes d'appartenance d'une personne). L'environnement représente une source de motivation importante puisqu'elle découle des expériences dans un environnement physique précis et des rôles sociaux indiquant les comportements attendus par autrui incluant les conventions spécifiques appelées « formes occupationnelles », qui sont des séquences d'action orientées vers un but (Kielhofner, 2002, 2004). Lors du processus de remotivation, une personne ayant un TMG présentera généralement une faible capacité de rendement subjective, d'où l'importance de lui offrir les ressources et les possibilités pour vivre une expérience positive dans un environnement sécurisant (Kielhofner, 2002). L'environnement est donc un facteur crucial à prendre en considération dès la première phase du processus de remotivation, soit l'exploration.

5. MÉTHODE

5.1. Le devis

Le devis utilisé pour cet essai est de nature qualitative et consiste en une étude de cas unique. Selon Paillé (2004), l'étude de cas se réfère à une forme « d'investigation psychopédagogique », portant sur un petit nombre de cas, parfois même sur un seul. Cette forme de recherche, qui est particulièrement bien adaptée à la maîtrise selon Dufour, Fortin et Hamel, (1991), permet d'étudier un phénomène en profondeur, plus qu'une enquête à grande échelle ou que la recherche expérimentale. En effet, l'étude de cas permet d'analyser et de comprendre un phénomène d'intérêt complexe, en tenant compte de son contexte, ce qui permet d'assurer la crédibilité et la validité interne (Dufour, Fortin et Hamel).

5.2. Les participants

Les participants sont des ergothérapeutes qui travaillent auprès de personnes présentant une problématique grave sur le plan de la santé mentale et les clients de ces derniers recevant l'intervention du processus de remotivation.

5.3. Critères de sélection

Les clients participants doivent répondre à tous les critères d'inclusion suivants : (1) présenter un diagnostic associé aux troubles mentaux graves reconnu par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2007) (2) présenter des difficultés motivationnelles affectant l'engagement dans des occupations (3) être prêts à participer à l'intervention basée sur le processus de remotivation en ergothérapie (4) être en traitement ou en suivi à long terme par une équipe offrant des services psychiatriques; (5) avoir eu une première consultation en psychiatrie après minimum deux ans depuis l'épisode de traitement/suivi actuel); (6) détenir un score < 50 à l'axe 5 du DSM-4 TR; (7) être âgés entre 18 et 60 ans. Concernant le premier critère d'inclusion, cette étude se réfère au DSM-4 TR. Les critères d'exclusion sont les suivants : présenter un handicap physique grave, avoir refusé de participer à la présente étude, ne pas parler/comprendre le français. Précisions que les personnes qui consomment des substances ne sont pas exclues sauf si un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances constitue la problématique prédominante.

Les ergothérapeutes doivent répondre à tous les critères d'inclusion suivants : (1) détenir plus d'un an d'expérience clinique; (2) travailler auprès des personnes ayant un trouble grave de la santé mentale; (3) utiliser l'approche de remotivation auprès d'au moins un de leurs clients actuels; (4) travailler dans le Centre-du-Québec ou en Mauricie; (5) avoir suivi une formation sur le processus de remotivation ou avoir reçu une supervision régulière par un ergothérapeute formé à l'utilisation de cette approche ou avoir participé à une auto-formation; (6) être disponible pour l'étude pendant une durée d'environ six mois avoir obtenu l'accord de leur supérieur. L'accord de leur chef de service était requis.

Les ergothérapeutes peuvent provenir de différents milieux cliniques tels qu'une unité de soins psychiatriques ou des services externes de psychiatrie. Les critères d'exclusion pour cette population cible sont les suivants : utiliser une autre intervention que le processus de remotivation, avoir refusé de participer à la présente étude, ne pas parler/comprendre le français.

5.4. Modalités de recrutement

L'échantillonnage des participants ergothérapeutes a principalement été effectué par choix raisonné ainsi que par réseau. Ils ont été recrutés par le biais d'annonces envoyées par courriel. Cette approche de recrutement a été choisie non seulement en raison du nombre limité de participants potentiels, mais aussi parce qu'elle présente la méthode de choix pour l'étude de cas, puisqu'elle repose sur une sélection de participants selon des critères d'inclusion précis (Corbière et Larivière, 2014).

Les clients recevant cette intervention ont été informés de l'étude par l'ergothérapeute, ainsi que rencontrés par la chercheuse. La durée du processus devait d'abord être d'une durée de seize semaines, mais aura finalement été prolongée à trente-deux semaines, afin de pouvoir tirer à une analyse approfondie et représentant le plus possible la réalité et le vécu des participants et intervenants. Lorsqu'ils respectaient les critères de sélection et, en acceptant les conditions de recherche, les participants ont été intégrés dans l'étude au fur et à mesure.

5.5. Collecte des données

Les données recueillies auprès des ergothérapeutes proviennent de journaux de bord, des questionnaires volitionnels (VQ) et d'entrevues. Auprès de la cliente, les données ont été amassées par le biais d'entrevues, de l'inventaire de motivation intrinsèque (IMI-SR) et des horaires occupationnels (HO). Ceux-ci sont détaillés plus spécifiquement ici-bas.

5.5.1. Les journaux de bord

Les documents à compléter par les ergothérapeutes ont été choisis et construits de façon à représenter le plus fidèlement possible l'utilisation clinique régulière. Le journal de bord a été complété par l'ergothérapeute après chaque séance. La tenue d'un journal permet, entre autres, selon McAlpine (1992), d'individualiser sa pratique par la réflexion. Structuré selon le modèle-personne-environnement-occupation et selon l'approche cognitivo comportementale (pensées, émotions, actions), il facilite la réflexion dans un délai raisonnable pour le clinicien. Il doit prendre environ 10 à 20 minutes à compléter.

5.5.2. Les entrevues

Les entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées en début de prise en charge du client, après huit semaines puis à la fin de l'intervention, auprès de l'ergothérapeute et du client, afin de mettre en valeur son expérience pendant l'application du processus de remotivation. Une autre entrevue était effectuée auprès du client, 8 semaines après la fin de l'intervention.

5.5.3. Les questionnaires volitionnels

Les questionnaires volitionnels (VQ) ont été utilisés par l'ergothérapeute afin de d'identifier les comportements volitionnels observables du client. Le VQ est un outil d'observation (de las Heras, Geist, Kielhofner et Li, 2007) qui permet de situer le degré de support requis dans l'adoption de comportements volitionnels de la personne pendant une activité. Quatorze items sont observés afin d'offrir une description globale sur le plan volitionnel, selon une échelle à 4 niveaux : passif, hésitant, impliqué, et spontané. Un score total peut être obtenu, avec un minimum de 14 et un maximum de 56.

Il est pertinent pour permettre au clinicien de documenter l'évolution comportementale du client qui ne peut pas s'exprimer lui-même, que ce soit par une atteinte verbale liée aux symptômes

de la maladie, ou que ce soit par manque d'introspection. C'est un outil rigoureusement élaboré à partir de recherches cliniques. Il permet facilement et conformément de situer la personne sur le continuum volitionnel (Chern, Kielhofner, de las Heras et Magalhaes, 1996).

5.5.4. L'inventaire de la motivation intrinsèque (IMI-SR)

La version originale de cet outil est élaborée par Choi, Mogami et Medalia en 2009, et traduite en français par Raffard, Baillard et Capdeville. Il a été rempli par la cliente environ toutes les 4 semaines, pour un total de 8 questionnaires. Vingt et une questions distribuées dans trois sections sont cotées par la cliente sur une échelle de 1 à 7, selon son niveau d'intérêt et de plaisir dans l'action (questions 1 à 7), son choix perçu (8-14) et sa perception quant au bénéfice/utilité (15-21) de l'activité effectuée au cours de la thérapie. Un score entre 7 et 49 peut être obtenu pour chacune des sections. Un score total peut aussi être calculé.

5.5.5. L'horaire occupationnel

Un horaire occupationnel (HO) a permis de documenter les occupations quotidiennes actuelles réalisées par la personne à toutes les 30 minutes, dans leur contexte physique et social. L'horaire occupationnel utilisé dans cette recherche est inspiré de la fiche de travail 2.1 du document « *Action contre l'inertie* » (Krupa et coll., 2011). Il a été complété en début de suivi, et à toutes les 5 rencontres environ par le client avec supervision au besoin de l'ergothérapeute. Cet outil a permis d'explorer leurs relations avec l'environnement physique et social.

5.6. Analyse des données

Conformément aux techniques d'analyse des données qualitatives décrites par Fortin (2005), les entrevues enregistrées ont ensuite été transcrites puis regroupées dans le logiciel d'analyse Weft-QDA. Pour chaque verbatim, tous les énoncés ont été codés en fonction de leur valeur et du sens en fonction des concepts du modèle d'occupation humaine. Ils ont ensuite été regroupés sous forme de thèmes reflétant les objectifs spécifiques. Par exemple, les verbatim reflétant des valeurs, des intérêts ou la perception de soi ont été regroupés ensemble pour répondre à la question de recherche abordant l'influence de la volition sur le déroulement de l'intervention. Par la suite, une synthèse des thèmes a été effectuée pour analyser toutes les informations recueillies à l'aide des différents outils. En ce qui a trait au Questionnaire volitionnel (VQ) et ceux

concernant la motivation intrinsèque (IMI-SR), une synthèse descriptive de ces résultats a été présentée en forme de graphique afin de rendre un portrait de l'ensemble des données obtenues. L'analyse des HO s'est ensuite déroulée de façon visuelle, afin de dresser un portrait des activités quotidiennes et de leurs variations.

5.7. Considérations éthiques

Pour participer à l'étude, les personnes recevant l'intervention ont été informées des composantes de la recherche par leur ergothérapeute. C'est en raison de leur intérêt pour la participation au projet qu'ils ont ensuite été contactés et rencontrés pour recevoir les informations complètes sur le projet et leur implication. Ils ont été assurés que leur participation à cette étude n'affecterait aucunement les soins et services qu'ils recevaient dans le cadre de leur suivi avec l'ergothérapeute et par l'équipe de traitement. Un certificat éthique de l'UQTR (Annexe D) ainsi que de l'hôpital de la région de Québec ont été obtenus pour ce projet.

5.7.1. Consentement

Le consentement libre et éclairé à participer à l'étude des deux participants (ergothérapeute et client) a été obtenu en respectant les principes et règlements propres à au milieu clinique. Un consentement écrit des participants a été obtenu.

5.7.2. Avantages

L'avantage de la participation à cette étude pour les ergothérapeutes est sans doute la démarche réflexive engendrée sur leur pratique, plus particulièrement sur l'application du processus de remotivation auprès de la clientèle des personnes ayant un trouble grave de la santé mentale. Pour les clients, l'avantage de leur participation est de contribuer au développement des interventions sur la motivation et des connaissances en ergothérapie.

5.7.3. Risques et inconvénients

L'inconvénient concernait le temps consacré pour compléter les journaux de bord, les questionnaires ainsi que participer aux entrevues chez les ergothérapeutes. Pour les personnes recevant l'intervention, un temps aussi pris pour remplir les questionnaires et participer aux entrevues a pu être perçu comme un inconvénient de l'étude.

5.7.4. Confidentialité

Les données sous forme papier (questionnaires) ont été anonymisées et conservées dans un classeur fermé sous clé dans le laboratoire de recherche du département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Les données sous format électronique (journaux de bord, entretus) ont été conservées dans sur un disque dur externe de la chercheure principale dans un fichier avec mot de passe. Les assistants de recherche participants sont les seules autres personnes qui y ont eu accès.

6. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats à partir des différentes sources de données (entrevues auprès de l'ergothérapeute et du client, journaux de bord et questionnaires volitionnels remplis par l'ergothérapeute et, d'horaires occupationnels par le client) dans le but de répondre aux objectifs de recherche. Cela débutera par 1) la présentation des caractéristiques de la principale participante (client) selon l'évaluation de l'ergothérapeute, 2) suivi d'une description des activités choisies et appliquées dans son environnement au cours du processus de remotivation puis 3) des stratégies appliquées par l'ergothérapeute, selon la phase du processus 4) des résultats au QV, de l'horaire occupationnel et de l'inventaire de la motivation intrinsèque. Par la suite, il sera question de dresser un portrait général de la variation et de l'influence de la volition au cours de l'intervention et enfin, cette section terminera avec les obstacles et facilitateurs au déroulement du processus de remotivation.

6.1. Caractéristiques des participants

L'ergothérapeute et la cliente ayant accepté de participer à ce projet proviennent d'une clinique externe en psychiatrie d'un centre hospitalier de la région de Québec (CHQ).

6.1.1. Caractéristiques de la personne recevant l'intervention

Voici les informations provenant principalement de l'évaluation initiale en ergothérapie, en consultation externe. Les outils utilisés pour cette évaluation par l'ergothérapeute sont l'OPHI-II, le Profil des intérêts, le Journal de bord de l'utilisation quotidienne du temps, ainsi qu'une observation à la tâche, à l'aide du QV. Un résumé des résultats obtenus à ces différents outils se trouvent à l'Annexe A.

C'est une dame âgée de 41 ans, avec, à l'axe I un diagnostic de maladie affective de bipolaire de type 2, en phase dépressive (dépression majeure depuis plusieurs années), et d'un trouble anxieux généralisé (TAG). À l'axe II, elle aurait des traits de personnalité limites. Elle est référée par son psychiatre pour « retrouver la motivation nécessaire à s'engager dans une routine de vie satisfaisante ». La cliente habite avec son conjoint et bénéficie d'une assurance salaire. Elle est en arrêt de travail depuis 5 ans. Elle profite aussi de services d'une conseillère en réadaptation et a déjà été vue en psychothérapie pour la gestion de l'anxiété. Elle prend de la médication, ce qui a une incidence sur son poids. Elle n'a jamais été hospitalisée.

Mme se voit comme non motivée en général, et doute de ses capacités à s'engager dans une routine de vie satisfaisante. Elle a une très basse énergie et présente des problèmes importants de concentration. Elle se voit angoissée par l'anticipation de retourner sur le marché du travail, bien que cela soit son objectif principal. Présentement, elle ressent cet arrêt de travail qui perdure comme son pire échec et se voit très préoccupée par des soucis financiers qui s'exacerberont si sa tentative de retour au travail rencontre des obstacles. Elle se sent incapable de subir toute forme de pression ou de stress comme elle a connu pendant sa période plus énergique, où la performance dans son domaine (meilleure vendeuse automobile) était sa fierté. Son objectif actuel est la perte de poids, fortement associé à son objectif principal et sous-entendu; soit celui de s'engager dans une occupation productive et sociale. Elle est inscrite dans un entraînement dans un centre sportif, Elle exprime souhaiter poursuivre le processus de remotivation et se dit d'accord avec l'exploration de divers milieux de randonnées, en lien avec son objectif de perte de poids. Toutefois, la consultation de documents médicaux ou du médecin traitant pour compléter les informations traitant de la recherche n'a pas été autorisée par la cliente.

6.1.1.1. Opinion professionnelle de l'ergothérapeute

Les conclusions de l'ergothérapeute suite à l'évaluation initiale en ergothérapie sont les suivantes: madame présente une atteinte modérée de son niveau d'adaptation occupationnelle en raison d'« incapacités volitionnelles », de la variabilité de l'humeur et du niveau d'énergie marqué par des périodes dépressives. Madame se présente comme une personne motivée à s'activer, mais s'engage néanmoins difficilement dans les activités reliées à ses objectifs tels que la perte de poids. Pour ces raisons, elle présente un état volitionnel correspondant à la phase 1 dite d'« Exploration » du processus de remotivation.

6.1.2. Caractéristiques de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute est âgé de 49 ans et formé au PR en 2006 lors d'une formation de trois jours, donnée par l'auteur du PR. Cette personne pratique depuis 26 années, auprès de la clientèle TMG, dans un hôpital de la région de Québec et utilise régulièrement le PR auprès de sa clientèle. Depuis sa formation, elle aurait appliqué le PR auprès de plus de quarante personnes.

6.2. Activités et environnements explorés dans le cadre du processus de remotivation

Les informations suivantes proviennent du journal de bord de l'ergothérapeute. Au début du suivi en ergothérapie, la cliente n'exprime pas directement d'attentes quant à l'intervention. Elle aborde le désir de retrouver confiance en soi, de perdre du poids et, recourir à une nouvelle formation afin de regagner rapidement le marché du travail.

On peut identifier trois périodes au cours de l'intervention, qui se caractérisent essentiellement par trois types d'activités et d'environnement différents.

6.2.1. Marche à l'extérieur

Le premier choix d'activité a été la marche à l'extérieur, qui se répéta particulièrement au début du processus (séances no.1, 2, 3, 5, 7, 10 à 14, 16, et 31). Elle se réalisa dans un parc, la plupart du temps connu de madame, c'est-à-dire dans son quartier ou dans un autre circuit connu avec l'ergothérapeute, autour de l'hôpital. Il y a aussi eu exploration de lieux nouveaux. Ainsi, à la cinquième rencontre, l'activité de marche s'est déroulée dans un parc inconnu pour madame, ainsi qu'à la onzième rencontre, où elle découvrit un lieu lui apportant de la détente (forêt près d'une rivière). Les trois autres rencontres suivantes se sont déroulées à cet endroit et furent teintées d'une bonne énergie de la part de la cliente.

6.2.2. Rencontres de discussion autour de la formation professionnelle et ajout d'intervenants

Au fur et à mesure que le processus de remotivation se déroulait, elle a commencé à envisager un retour dans une formation en vue d'un retour sur le marché du travail. Ainsi, des rencontres au bureau ont été effectuées en vue de planifier une occupation faisant du sens pour Mme, soit celle d'aller suivre une formation dans le secteur commercial, convoitée depuis plusieurs années. Les interventions ont porté sur la planification, le bilan et la prise de décision au bureau de l'ergothérapeute principalement, de la rencontre 18 à la 29e. Il s'ajouta la présence d'une conseillère en réadaptation (CR) de Mme, afin de planifier un programme de formation en vue d'un retour au travail. Mme a commencé une formation pour devenir directrice commerciale, pendant 4 semaines. Elle a continué de consulter l'ergothérapeute pendant ce temps. Elle a éprouvé des difficultés par rapport à sa concentration et certains cours qui lui demandaient des habiletés

importantes pour travailler sur l'ordinateur. À la vingtième rencontre, une neuropsychologue s'ajouta aussi à l'équipe traitante de madame, pour évaluer les processus cognitifs en lien avec l'apprentissage. Elle a pensé cesser cette formation après deux semaines, puis, avec l'offre du soutien des professeurs, qui lui expliquaient voir un grand potentiel en elle dans le domaine, elle décida de continuer. Deux autres semaines plus tard, elle prit la décision de cesser la formation, se sentant dépassée par les exigences du cours.

Au cours des rencontres suivantes, il eut un épisode de questionnement quant à cette formation, en raison de difficultés rencontrées dans le cadre de ce projet signifiant. Cette période qui se traduisit par une baisse sur le plan volitionnel.

6.2.3. Découverte d'un nouveau lieu

Les trois dernières rencontres furent orientées vers la visite d'un nouveau milieu rempli de sens et de « réconfort » pour la cliente. En visitant la Basilique de Sainte-Anne de Beaupré, elle y découvre une source d'apaisement et de spiritualité. En fait, c'est un environnement pour lequel elle démontre un investissement important, même en dehors des séances d'ergothérapie. Elle exprime que dès qu'elle se sentait « sur le bord de craquer », elle s'en allait s'y retrouver. Elle affirme que les éléments tels que l'odeur, l'ambiance d'allumer un lampion, de penser à d'autres personnes qu'à elle-même, lui apportait bien-être.

Le tableau 1 CI-DESSOUS présente un tableau résumé des activités et des environnements sélectionnés lors du processus. L'Annexe B présente un tableau regroupant les choix de la participante, quant aux activités et aux endroits fréquentés.

Tableau 2.
Synthèse des activités et de leur environnement

Rencontre	Occupation	Environnement
1	Rencontre et marche de 20 minutes	Parc près de CHQ et CHQ même
2	Marche 30 minutes, bon rythme	Centre d'achat dans son quartier
3	Marche 30 minutes, bon rythme	Parc près de CHQ
4	Prendre café et discuté (exprime ne pas avoir motivation d'aller marcher)	Tim Horton
5	Marche 30 minutes	Parc inconnu
6	Entrevue individuelle de bilan	Bureau ergo
7	Marche avec chien	Quartier résidentiel de la patiente
8	Rencontre individuelle (actualisation valeurs)	Bureau ergo

9	Prise de café et discussion	Tim Horton
10	Marche de 20 minutes	Parc (2e visite), stagiaire
11	Marche, bonne énergie	En forêt, près de rivière, avec stagiaire
12	Marche	En forêt, près de rivière, avec stagiaire
13	Marche	En forêt, près de rivière, avec stagiaire
14	Marche	En forêt, près de rivière, avec stagiaire
15	Rencontre médicale (infirmier)	Bureau
16	Marche habituelle	Parc avec stagiaire
17	Entrevue et discussion	Bureau ergo avec stagiaire
18	Rencontre ergo et conseillère en réadaptation	Bureau ergo
19	Discussion avec conseillère en emploi	Domicile de la cliente
20	Début OSA et rencontre neuropsychologue (NP)	CHQ, ergo, NP et infirmière
21	Discussion, rencontre individuelle ergo	Bureau ergo
22	Discussion, rencontre individuelle ergo	Bureau ergo Idem
23	Discussion, rencontre individuelle ergo	Bureau ergo Idem
24	Discussion sujet de sa formation (débutée)	Bureau ergo avec conseillère en emploi
25	Discussion sujet de sa formation (débutée)	Bureau ergo seule avec ergo
26	Rencontre individuelle ergo, discussion	Bureau ergo seule avec ergo
27	Complète OSA, discussion	Bureau ergo seule avec ergo
28	Rencontre individuelle ergo	Bureau ergo seule avec ergo
29	Rencontre individuelle ergo (activité basilique reportée)	Bureau ergo seule avec ergo
30	Visite de la Basilique Ste-Anne	Endroit connu, calme et significatif
31	Marche 20 minutes	Endroit connu du début du PR
32	Complète deux questionnaires, discussion, VQ	Rencontre individuelle bureau ergo

6.3. Stratégies d'intervention utilisées par l'ergothérapeute

Les stratégies d'intervention ont été rapportées par l'ergothérapeute dans le journal de bord, rigoureusement rempli après chaque séance. De plus, des précisions ont été apportées lors des entrevues.

Journaux de bord : En début d'intervention (séances 1 à 19), ce sont les stratégies de la phase d'exploration du modèle de de las Heras (2003) qui ont été appliquées (voir Annexe C). Les principales stratégies utilisées et rapportées par l'ergothérapeute dans cette phase ont été : un accueil chaleureux, le renforcement des points forts, une écoute active, des questionnements en rapport avec ses objectifs et ses intérêts, de l'empathie face aux difficultés rencontrées, de l'encouragement, de la gestion de l'ambivalence ou de difficultés rencontrées, du soutien, de la recherche de solutions, et du reflet. Les sous-objectifs plus précis identifiés par l'ergothérapeute et faisant partie du processus de remotivation quant aux stratégies mentionnées ci-haut, sont le développement de l'estime de soi, la création d'une zone de confort dans un environnement puis l'acquisition d'un premier niveau de confiance en ses capacités.

Puis, à travers ses engagements vers la fin du processus (à partir de la 20^{ème} séance), il note à quelques reprises le verbe d'action « coacher », alors qu'au départ il utilisait les verbes : Renforcer, soutenir, encourager, etc. Dans le même ordre d'idées, l'ergothérapeute explique avoir développé à travers son expérience, l'utilisation principale de deux grandes approches auprès de sa clientèle en santé mentale. D'abord, il prenait le temps d'apprendre à connaître la personne avec différents outils de base puis, après avoir cerné ou amené la personne à identifier ce sur quoi elle voulait travailler, il se dirigeait soit vers le « coaching occupationnel », qui fait plus référence à la phase d'accomplissement dans le modèle à l'étude.

Entrevues :

Accompagnement à la marche : Dès la première séance, l'ergothérapeute affirme s'être mis à la recherche de tâches ou d'activités pouvant stimuler sa motivation qui pouvait, à son avis, être rapidement activée. Par exemple, il a fait différentes propositions concernant la routine ou le mode de vie de Mme, en lien avec son objectif premier, perdre du poids. À mesure que le processus de mise en action fût enclenché, cet objectif laissa en quelque sorte sa place à celui de s'engager dans une activité qui représentait une valeur encore plus signifiante pour madame, soit celle de travailler. L'ergothérapeute lui offre alors des suggestions pour l'aider dans sa prise de décision quant aux choix d'activités.

Il ajoute valoriser une approche non-jugeante. Dans la recherche de solution, il y a entre autres l'ajout d'autres intervenants dans l'équipe de consultation de madame : un éducateur (9^e rencontre), ainsi que d'une neuropsychologue (20^e) et d'un suivi en psychologie (30^e). Puis, pour entrer dans la phase de compétence à la vingtième séance, il se mit à chercher des interventions dans le but de faciliter l'intériorisation d'un sentiment d'efficacité chez Mme, en axant ses interventions sur ces forces, et « en l'encourageant à vivre et raconter son histoire ». Il exprime plus précisément chercher à accueillir « ce qui fait du sens pour elle ».

Parce qu'on est dans l'occupation puis dans la connexion entre l'occupation puis l'environnement et les émotions, on est dans le cognitivo-comportemental puis dans l'activation comportementale, on n'est pas là, moi je dis peut-être que vous avez cette approche-là, moi, la mienne est complémentaire, on ne cherche pas à changer des pensées puis des émotions, on cherche à trouver dans quel milieu vous pourriez vivre une émotion qui est plus agréable que ce que vous avez l'habitude de vivre, c'est QUE ça qu'on cherche, pis on cherche fort !

Puis, il est venu un moment où l'ergothérapeute s'est questionné sur le profil de la cliente en raison possiblement d'attitudes passives-agressives puis, s'est demandé s'il devait ajouter une autre approche afin de lui offrir davantage d'encadrement. D'après l'ergothérapeute, si ce n'est pas que la motivation qui altère autant son fonctionnement, il pouvait être utile de joindre les fondements d'une autre approche pour la guider dans son cheminement de réadaptation. Cette question ayant été partagée en équipe, à savoir si la psychothérapie devrait être ajoutée en vue d'élucider un facteur de l'ordre d'une certaine agressivité passive. Une décision d'équipe a finalement été prise dans le sens où elle doit peut-être donner la chance à la psychothérapie, dans le but d'une meilleure gestion de ses émotions, entre autres. Voici ce qu'il aborde à ce sujet lors de la dernière entrevue :

Puis, comment intégrer le processus de remotivation dans un cadre un peu plus précis (...) J'étais rendu à vouloir essayer ça (...) Finalement ben l'équipe a plus décidé on va plutôt continuer à lui donner une chance du côté de la maladie bipolaire, comprendre c'est quoi, qu'est-ce qui se passe dans sa vie, peut-être si elle comprend mieux cette variation de l'humeur là, faire un peu plus de psychoéducation (...) ils appellent ça la thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux.

Donc la consultation de l'équipe afin d'aller chercher une perspective externe et du support, ainsi qu'une pratique réflexive en se questionnant sur ce que lui dirait ou ferait l'auteur du PR, sont des stratégies impliquées dans les interventions de l'ergothérapeute.

6.4. Effets de l'intervention sur la volition

Dans la prochaine section, pour décrire les effets de l'intervention sur la volition de la participante, les résultats au Questionnaire Volitionnel (VQ), ceux obtenus par l'entrevue et le journal de bord de l'ergothérapeute, l'horaire occupationnel et l'inventaire de la motivation intrinsèque sont présentés.

6.4.1. Résultats au VQ

L'ergothérapeute a complété un VQ après chacune des rencontres avec la cliente. La figure 1 présente les résultats obtenus à chacune des rencontres au score total du VQ. L'étendue possible des scores est entre 14 et 56 et l'étendue obtenue au cours de l'intervention se situe entre 23 et 55.

Le score le plus bas a été obtenu aux séances 8, 27 et 28 (score = 25 et 23). La séance 8 correspondait à une période plus difficile pour Madame, étant donné le nouveau rôle d'aïdante qu'elle adoptait puisqu'elle devait s'occuper de ses parents malades ainsi que son constat de la difficulté à atteindre son objectif de perdre du poids (Voir Annexe A pour les détails). Les séances 27 et 28 correspondent à l'arrêt de sa participation à la formation. Les scores les plus élevés ont été obtenus aux séances 21, 22, 23 et 30 (scores = 53, 55, 52 et 50). Les séances 21, à 23 correspondent au moment de la prise de décision et de la participation à la formation de conseillère commerciale. À la séance 30, une visite a été effectuée dans un nouveau lieu, à la Basilique Ste-Anne.

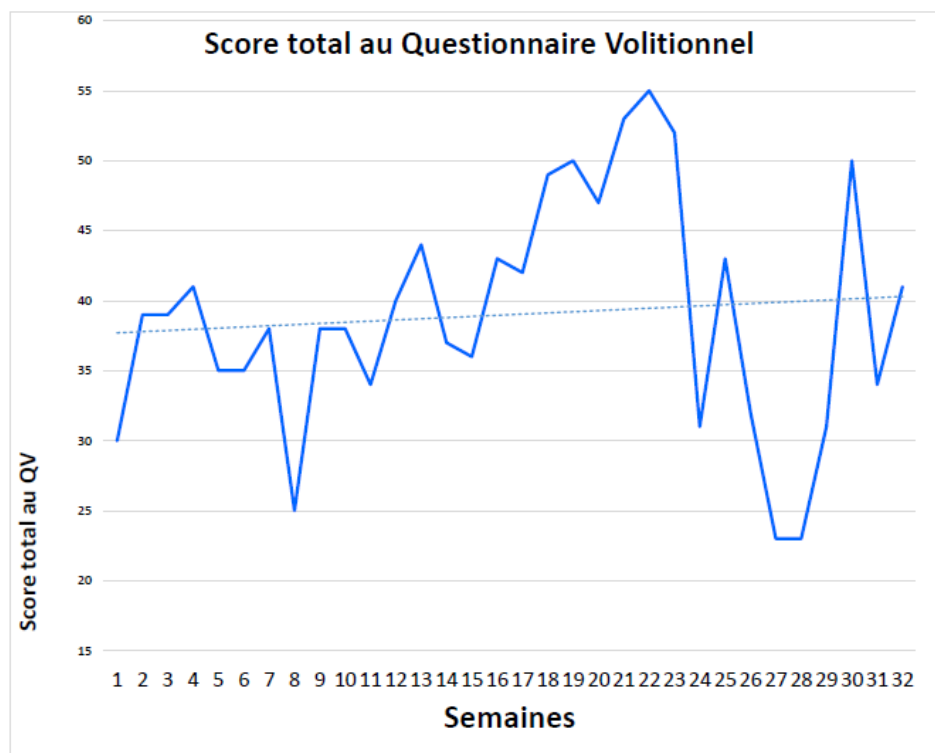


Figure 1. Résultats au Questionnaire volitionnel pour chacune des séances d'intervention

6.4.2. Perception de l'ergothérapeute sur le cheminement volitionnel de la cliente

Ce qui ressort des entrevues et du journal de bord auprès de l'ergothérapeute au sujet des stades de volition, c'est que madame vécit trois étapes importantes. Elle passe d'abord par la phase d'exploration pendant plusieurs semaines, puis par le stade de compétence, et de retour vers le stade d'exploration pour les dernières semaines d'intervention.

6.4.2.1. Stade d'exploration

En début de cheminement, la dame présente non seulement une motivation externe associée à la pression de l'assureur, mais aussi une motivation personnelle importante (MI), selon l'ergothérapeute. Dans l'exploration d'activités toutefois, il fût rapporté dans les entrevues avec l'ergothérapeute qu'elle ne maintenait pas les activités (la marche) dès son retour dans son environnement familial. Ainsi, aussitôt de retour chez elle, l'engagement ne persistait pas. Aussi, ce qui ressortait par rapport à une mise en action en lien avec ses objectifs c'était qu'il n'y avait pas de régularité, suite aux premières rencontres. Il était difficile selon madame, d'apporter des changements dans sa routine de vie, en raison de son bas niveau d'énergie. Comme la signifiante (motivation interne) d'apporter de l'aide et du soutien à sa famille dans le besoin a jailli lors du processus, l'ergothérapeute a songé utiliser ce rôle et cette valeur pour explorer les possibilités associées sur le plan du bénévolat. Toutefois, Mme ne s'est pas montrée intéressée à ce type d'activité. Après qu'il y ait eu ajout de l'accompagnement pour la marche en ajoutant la présence d'un éducateur (9^e rencontre) dans le but d'augmenter la mobilisation de madame dans son quotidien, des résultats ont pu être perceptibles sur le plan de son degré d'engagement. Ce qui est verbalisé dans les entrevues, c'est que peu à peu, l'engagement dans les activités était présent, bien que toujours dans le même choix de l'activité ainsi que de l'environnement.

6.4.2.2. Stade de compétence

Entre la première et la seizième séance, qui se trouve à mi-chemin dans le processus, la participante a passé d'un stade au niveau exploratoire à celui de compétence, selon la perception de l'ergothérapeute. En fait, à ses dires, c'est peu à peu la peur d'être incapable de recouvrer un rôle productif au sein de la société qui tendait à la motiver à explorer d'autres avenues. Sa volonté s'est dirigée vers un engagement dans une nouvelle formation de travail. Cette activité correspond à son objectif principal, qui était sous-entendu dans celui de perdre du poids, afin de retrouver la

confiance en elle nécessaire à son intégration dans un milieu de travail. Ce projet a été amorcé, et a été cessé avant la fin puisqu'il lui exigeait beaucoup au plan cognitif, malgré son fort intérêt pour cette formation.

6.4.2.3. Retour au stade d'exploration

Vers la 26^e rencontre, suite à l'arrêt de sa formation en raison de difficultés attentionnelles, le processus est caractérisé par des rencontres au bureau de l'ergothérapeute en vue de dresser un bilan de ses démarches et d'identifier sa motivation à poursuivre le PR et son rétablissement.

Avant son engagement dans la formation, la raison de ces rencontres au bureau de l'ergothérapeute était de planifier une nouvelle occupation faisant du sens pour elle, soit celle d'aller suivre ces cours dans le secteur commercial. La 26^e rencontre et les rencontres suivantes furent suivies d'un épisode de questionnement quant à cette formation puis, de désespoir, vu les difficultés rencontrées dans le cadre de ce projet signifiant. Une période un peu plus teintée de découragement, se répercutant sur le plan volitionnel se fit alors ressentir vers la fin du processus (rencontres 26 à 29^e rencontre).

En fait, lors de la rencontre suivant la cessation de sa formation (27^e), elle est plutôt en colère contre ses variations d'humeur en culpabilisant d'avoir dû abandonner sa formation. Elle se met ensuite à s'inquiéter par rapport à un futur voyage prévu avec son conjoint. Elle rationalise et reconnaît par la suite la pertinence d'un suivi en psychothérapie.

Puis, deux rencontres avant la dernière (30^e rencontre), un nouveau milieu rempli de sens et de « réconfort » pour la cliente fut visité (Basilique Ste-Anne) et celle-ci exprima son désir d'y retourner, comme elle y avait découvert une source d'apaisement et de spiritualité. En fait, c'est un environnement pour lequel elle démontre un investissement important, même en dehors des séances ergothérapeutiques. Dans les dernières rencontres avec l'ergothérapeute, le journal de bord dévoile le développement du désir de la participante de faire valoir son expérience et son cheminement, en apportant de l'aide ou de l'information à d'autres personnes touchées par la maladie. Cette idée accueillie par l'ergothérapeute traduit un rôle nommée « pairs-aidant », puisqu'il est question de partager son vécu auprès d'autres personnes qui vivent la même situation ou, une situation semblable.

Ce que l'ergothérapeute retient de l'expérience, en discutant de la variabilité de l'engagement occupationnel de sa cliente est résumé dans les propos suivants lors de la dernière entrevue:

Bin c'est de ne pas lâcher. C'est de ne pas lâcher puis les obstacles que la personne te (...) Malgré les échecs que qu'elle te ramène semaine après semaine tant que la relation est là (...) tout est possible (.) " Pis : " pour rajouter " au : " (.) Tant que la relation est là dans un environnement signifiant pour la personne [MDM : Um um] ce qui est le cas, là c'est tellement significatif que (.) en tous cas avec moi elle n'a pas voulu vraiment aller ailleurs, mais elle est en train de le faire avec un autre intervenant, ce qui quant à moi là (.) c'est aussi bon, c'est aussi bon sinon plus (...) Donc si euh si elle arrive à profiter d'un réseau qui qui valorise ce qui est important pour elle, mais quand même il faut que (...)

6.4.3. Horaires occupationnels

Concernant les horaires occupationnels ($n = 5$), la consigne donnée pour les remplir était celle de décrire le déroulement d'une journée type. Une observation générale a été faite des heures du lever, des repas, du coucher et des autres activités meublant le reste des journées. Les particularités ou les changements sur le plan des activités, de l'environnement, des personnes présentes et des lieux ont été relevées.

En général, une faible variabilité était perceptible dans sa routine d'activités, telles que celles d'écouter la télévision ou de s'adonner à l'ordinateur, entrecoupées de siestes quotidiennes. Il a été possible de remarquer que l'heure du lever a varié légèrement, celui-ci étant souvent caractérisé par quelques heures passées au lit par la suite à écouter la télévision ou bien par le faite de se recouché après avoir déjeuné, alors que l'heure du coucher demeure assidument la même. Il y a cependant eu l'ajout de quelques autres types d'activités faites avec d'autres personnes, comme prendre une collation ou le déjeuner en compagnie de son conjoint ou de sa nièce par exemple, dans l'horaire rempli à la suite une des rencontres (troisième horaire).

De plus, elle réalise aussi plus de sorties telles que visiter ses parents et faire des commissions. Aucune autre activité de loisir n'est indiquée sur l'ensemble des horaires. Cependant, aucun horaire occupationnel n'a été rempli pendant sa formation, probablement en raison de sa priorisation d'investissement et d'énergie dans celle-ci à ce moment. En résumé,

l'horaire occupationnel a montré quelques changements au niveau des activités effectuées, bien que les activités de la routine sont demeurées sensiblement les mêmes.

6.4.4. Résultats au questionnaire IMI-SR

En ce qui a trait aux résultats du questionnaire IMI-SR, ils sont illustrés dans les figures 2 et 3, dans un graphique des scores totaux ainsi que des scores aux sous-sections Intérêt-plaisir, Choix perçu et Bénéfice-Utilité. Le score total possible pour l'IMI est de 21 à 147, et de 7 à 49 pour chaque sous-échelle.

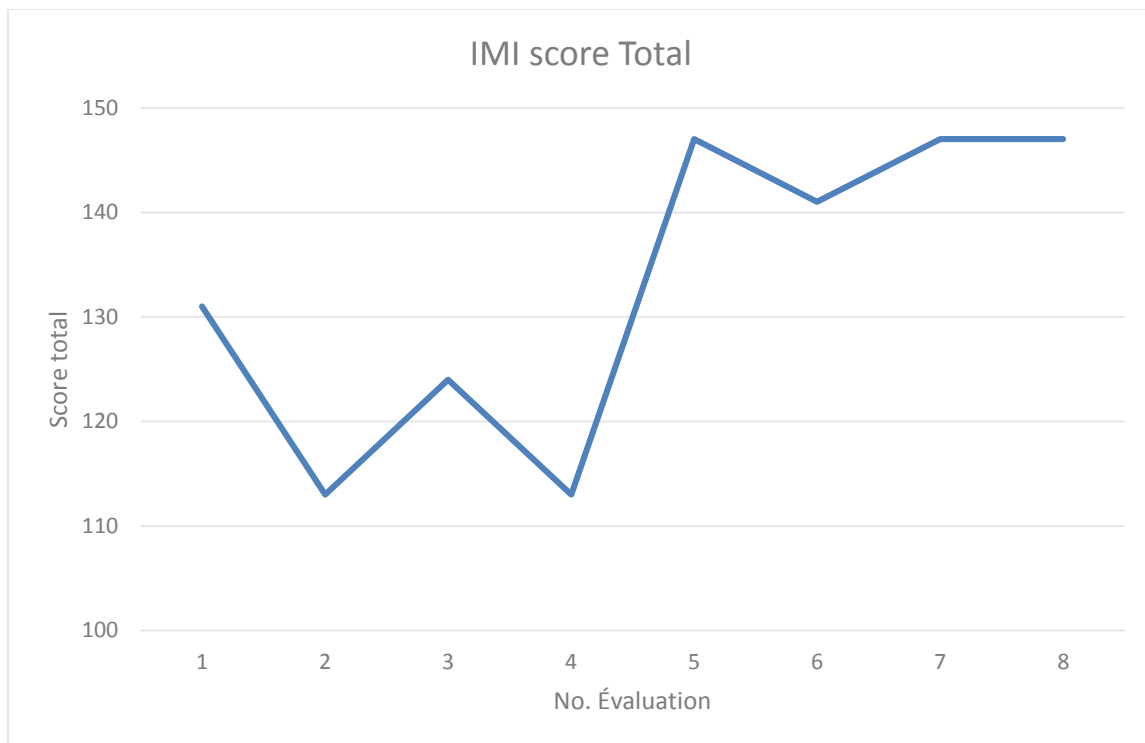


Figure 2. Résultats obtenus au score total du IMI

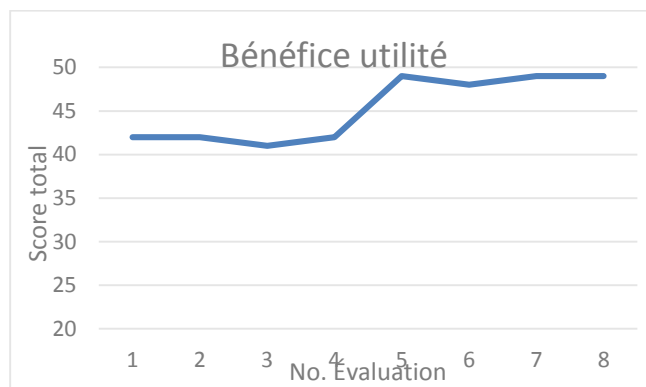
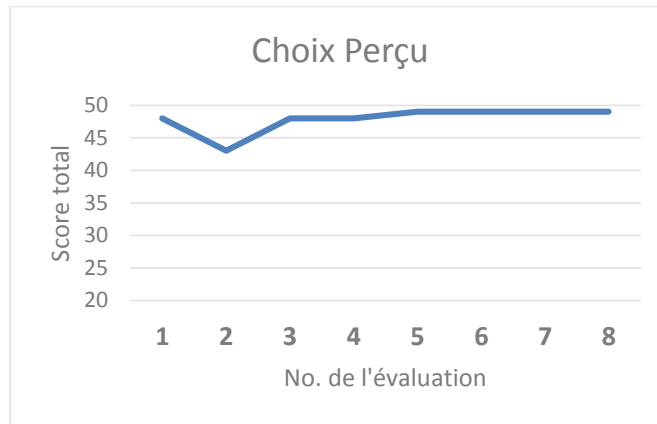
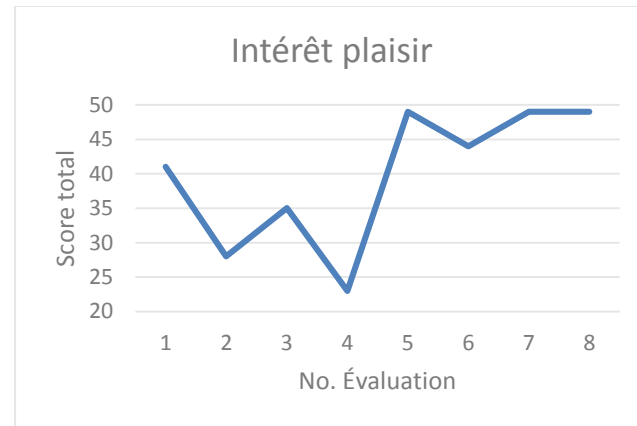


Figure 3. Scores des sous-échelles Intérêt/plaisir, Choix Perçu et Bénéfice/Utilité

En fait, il est possible de remarquer que la courbe des scores obtenus à la sous-section de l'intérêt et du plaisir varie davantage que les autres sous-sections, en présentant des hauts et des bas. La 4^e évaluation où le score est plus bas correspond à la 16^e séance, qui était pourtant une période positive quant aux comportements volitionnels de madame selon le VQ (début dans la phase de compétence). Suite à l'analyse des scores aux énoncés individuels, il est possible aussi que des erreurs d'inattention dans la cotation soit survenues, certaines des questions étant posées en sens inversé. Par ailleurs, il aurait aussi pu être intéressant de valider auprès de madame les facteurs ayant interféré sur sa perception du plaisir dans l'activité. Par exemple, la marche n'était-elle pas suffisante pour elle à cette période; serait-ce pour cette raison que l'ergothérapeute établit par la suite une rencontre avec la CR?

La courbe des scores de la sous-section du Choix Perçu augmente rapidement et demeure relativement stable. Il est aussi intéressant d'observer la montée graduelle dans la courbe du Bénéfice/Utilité, surtout à partir du cinquième temps de mesure où elle présente un saut significatif, soit justement au moment où il est question de discuter de son projet de formation en vue d'un éventuel retour au travail.

6.5. Expérience de la cliente participante, selon les informations recueillies lors des entrevues

6.5.1. Facilitateurs et obstacles au cheminement volitionnel

Lorsqu'il est question de relation thérapeutique teintée d'authenticité et d'une attitude non jugeante entre autres, dans les entrevues abordées avec l'ergothérapeute, il ressort aussi en ce sens, par les entrevues avec la cliente, des sentiments positifs associés à l'attitude de l'intervenant. En effet, elle mentionne l'attitude de l'ergothérapeute (empathie, attitude ni trop « chouchoutant », ni trop oppressive), lui permettant de lui « donner confiance en elle ». Elle ajoute que sa grande écoute à travers l'activité a fait qu'elle a ressenti le besoin de ne pas le décevoir, en se mettant ainsi sous une certaine pression à participer à l'intervention, devant la tentation de demeurer passive.

À la troisième entrevue, il ressort que l'accompagnement dans l'action l'aide à « regarder en avant ». Puis, elle ajoute que, sans avoir de résultats flagrants sur le plan de l'action personnelle, la façon qu'elle a de penser par rapport à la motivation a changé beaucoup. Le processus l'amène à bouger, à se mettre en action et, l'amène à plus « se pousser » par la suite. Peu à peu, elle parle

de développement de sentiment d'accomplissement ou de fierté en faisant des activités pour lesquelles elle porte un intérêt et qui rejoignent ses valeurs. À plusieurs reprises elle aborde aussi une évolution sur le plan de son attitude, qui peut sembler abstrait en terme de concrétisation occupationnels, mais qui pour elle, est un gage d'avancement important. Voici un de ses dires :

T, sais la motivation... Écoute, moi la maladie, moi ça m'a terré dans mon chez nous, je ne pouvais plus voir personne, je ne pouvais plus rien faire. C'est sûr que l'ergothérapeute m'a aidé beaucoup dans mon cheminement de motivation, à voir les choses différemment, c'est sûr que je ne bouge pas ben ben plus, mais la façon que je pense par rapport à la motivation, ça a changé beaucoup des choses.

Évidemment il importe de considérer les différents facteurs externes ayant pu influencer le PR, que ce soit positivement ou négativement. Ce qu'elle aborde comme obstacle, lors de la deuxième entrevue, ce sont les barrières de santé mentale et physique suivantes : Elle accuse s'exaspérer à vivre « des hauts, des bas, puis des très hauts et des très bas », qu'elle est fatiguée de ne pas avoir une « vie normale ». Elle dit « des fois ça va bien, mais demain ça va aller mal t'sais. Fait que tout le temps des pensées négatives, fait que je ne faisais rien pantoute ». Lorsqu'elle est questionnée sur la sensation de plaisir (troisième entrevue), madame explique avoir de la difficulté à s'en donner, à se laisser aller là-dedans, parce qu'elle trouve qu'elle ne « mérite pas ça ». La plupart du temps « je me vois comme inutile, comme je ne sais pas... je ne mérite pas ça d'avoir des instants merveilleux ». Elle donne l'exemple où son conjoint voulait aller dans le sud, alors qu'elle ne se sentait non seulement pas du tout à l'aise avec son corps pour faire cette activité, mais qu'en plus, elle ne pouvait accepter qu'il lui paye son voyage.

6.5.2. Vers une vision d'un rôle productif en réponse à son désir interne d'être autonome

Lors de l'avant-dernière entrevue (4e), avant la fin de l'intervention, elle explique aspirer à trouver un domaine dans lequel elle serait à l'aise, avec la conseillère en réadaptation : « Essayer de trouver quelque chose que je pourrais faire qui aurait rapport à un futur emploi là, mais je ne sais vraiment pas où, pas d'idées », dit-elle en ajoutant ne pas avoir le goût de passer sa vie comme ça, étant très fatiguée de ses variations d'humeur.

À la fin du processus, lors de la dernière entrevue (5e), elle aborde l'ouverture à devenir « aidante », auprès d'autres personnes qui vivent avec la maladie, suite à des changements importants dans ses valeurs. C'est l'aspect qu'elle qualifie de « positif » quant au diagnostic de

troubles bipolaires; le fait d'avoir dû mettre à jour ses valeurs plutôt « matérialistes ou superficielles », pour se ramener à être simplement « heureuse; à respirer et à avoir une vie saine ». Dans ses mots : « Ça m'a remis les valeurs à la bonne place ». Elle ajoute qu'elle se sent plutôt essoufflée d'avoir cherché à avoir tout ce qu'il y a de plus beau, à se surpasser pour toujours finir première, d'exceller dans tout, d'avoir de l'argent, etc., en pensant que cela allait la rendre heureuse. À ce jour, elle dit s'être aperçue qu'elle était heureuse de pouvoir faire du bien autour d'elle.

Elle affirme avoir plus de motivation, car elle a appris à se connaître d'avantage et, que cela l'aide beaucoup. Elle vit mieux les moments où elle voit noir, car elle essaie de moins penser aux moments difficiles puis de profiter totalement des moments plus agréables, de « bouger un peu plus, d'essayer d'en faire plus », elle espère que cela l'aidera à avoir une vision plus positive et à moins facilement se décourager. En terminant, elle conseillerait à toute autre personne « de foncer », c'est-à-dire de participer au processus de remotivation. Elle ajoute que la maladie a beaucoup d'effets négatifs sur la motivation, tandis que le cheminement fait lors de l'intervention auprès de l'ergothérapeute a des effets positifs sur la motivation.

Elle rapporte ne retenir que du positif, du début jusqu'à la fin, car cela l'a beaucoup aidé dans son cheminement. Elle ajoute aussi que « l'ergo moi je trouve que c'est nécessaire à une réhabilitation ».

Pis je m'en passerais pas, en tous cas tout de suite, parce que là j'en ai vraiment besoin. Surtout là. On dirait qu'il cherche tout le temps un moyen pour me motiver, pour essayer de trouver des idées, qu'est-ce qu'on pourrait faire... t'sais, ça m'aide. J'ai vraiment besoin de ça... sans ça je resterais chez nous, je ne ferais rien et je dormirais tout le temps et je n'essaierais même pas de penser à ce que je pourrais faire, t'sais. Ça me pousse à penser à ... voir le futur, que finalement il y en a un futur.

7. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectifs de décrire les activités choisies dans leurs environnements, les interventions et stratégies préconisées par l'ergothérapeute, ainsi que les phases du PR auxquelles elles sont reliées, d'exposer comment la volition a été influencée, et de documenter les obstacles et facilitateurs rencontrés au cours du PR. Plusieurs méthodes de collectes de données ont été utilisées telles que des entrevues tant auprès de l'ergothérapeute que de la personne recevant l'intervention, des questionnaires, ainsi que d'horaires occupationnels, permettant de trianguler l'information.

Cette section fournit donc les affirmations relatives aux questionnements qui ont bâti les objectifs de cette étude, c'est-à-dire de connaître le déroulement du PR, à travers les activités réalisées, tout en faisant ressortir les interventions et stratégies préconisées par l'ergothérapeute. L'appréciation du cheminement volitionnel de la cliente est illustrée, ainsi qu'un survol des obstacles et facilitateurs ayant accompagné la réalisation d'activités. Pour finir, les retombées envisagées sont spécifiées, tout comme les limites de cette étude.

7.1 Le déroulement du processus et son impact sur les activités, l'environnement et les rôles, à travers ses effets sur la volition

En outre, en revenant à l'objectifs principal du PR quant à la mobilisation des gens en terme d'activités, il est évident d'admettre que le processus l'a amené à surtout faire de la marche, s'investissant peu dans d'autres activités et même, peu dans celle-ci en dehors des interventions. Dans les stratégies mises en place par l'ergothérapeute, la recherche de lieux ou d'environnements propices au développement de la mise en action et de la motivation interne est fondamentale. Pour lui, beaucoup de notions en ce qui concerne sa motivation à bouger passaient par le sentiment positif vécu dans un environnement qui, pour elle, avait du sens. Certains parcs où elle retrouvait une sensation de connexion avec la nature, en passant par le bord d'une rivière et des endroits plus tranquilles, prenaient tout son sens dans la poursuite de cette activité en dehors des interventions, avec son conjoint, par exemple.

Au cours de l'intervention, trouvant difficilement la capacité de gérer son humeur et son énergie à travers les tracas lui ayant été nuisibles dans son environnement social (problèmes financiers, vente de maison, conjoint extérieurs, famille malade, etc.), la participante s'est toujours présentée fidèle à son objectifs principal; celui du retour sur le marché du travail. Peu à peu,

lorsque madame se mit à prendre des marches en dehors des rencontres (suite à l'ajout d'un intervenant ou d'autres acteurs de son environnement tels que son conjoint), elle extériorisa un sentiment d'accomplissement et de fierté, ouvrant graduellement la porte à une vision positive d'un retour sur le marché du travail, débutant par son engagement dans une formation scolaire.

En effet, dans son discours en abordant tant ses valeurs que ses intérêts et motivations, elle se montrait centrée sur son désir de recouvrer son autonomie financière et productive. Malgré le fait de s'être heurtée contre des difficultés de concentration importante, lors de son essai de formation comme directrice commerciale, elle sut continuer à regarder en avant, en participant aux rencontres et en continuant d'explorer les possibilités, l'amenant même à s'ouvrir à une forme de bénévolat, si ses capacités ne lui permettent pas de recommencer à travailler drastiquement, en souhaitant par exemple, donner au suivant en ce qui concerne le cheminement à travers la maladie, par du partage d'expérience (pairs-aidante). Comme il a été possible de le remarquer dans la courbe illustrant le VQ, son cheminement dans le processus indique une descente volitionnelle très basse à ce moment (cessation de formation), mais une remontée plus rapide et plus élevée que les premières remontées en début d'intervention. Cela peut démontrer une plus grande capacité d'adaptation aux embûches, ou une meilleure perception des événements, ou bien une attitude qui démontre une gestion plus autonome en ce qui a trait à son humeur ou à ses difficultés, par exemple. En fait, la fluctuation demeure présente, mais elle connaît moins d'extrême qu'en début de processus, c'est-à-dire que sa volition descend moins bas et a plus tendance à remonter un peu plus haut ou au même niveau qu'avant de tendre à descendre. Par ailleurs, les scores à l'IMI peuvent être intéressants pour décrire l'évolution de la motivation. La sous-section portant sur l'Intérêt-Plaisir présente davantage de variations que les autres sous-sections (Contrôle Perçu et Bénéfice-Utilité). Ces variations pourraient aussi être associées à la variabilité de son humeur qui était davantage sur le versant dépressif (moins de plaisir) au début et qui est devenue davantage euthymique vers la moitié du projet (plus de plaisir), correspondant à ce nouvel investissement dans la formation et par la suite à son aspiration à devenir aidante (Bénéfice-Utilité).

Même si le PR vise, à la base, un engagement dans les activités et, que madame à peu démontré de changement quant à ses activités quotidiennes (horaires occupationnels plus ou moins stables), elle a tout de même réalisé l'essai d'une formation dans le sens de son objectif principal,

le retour au travail. Puis, plutôt que d'avoir intensément vécu l'arrêt ou l'abandon de cette formation comme un échec, elle a pris cet événement comme un moment de recul, pour réfléchir à ses valeurs et les actualiser, pour explorer au fond d'elle-même ce qu'elle désirait vraiment, en adoptant un nouvel horizon d'intérêts, et même en redéfinissant ses objectifs personnels.

Finalement le milieu connu lors de la visite de la basilique Sainte-Anne se traduit comme une importante révélation pour madame, par le sentiment de bien-être intérieur que cet endroit lui apporta. Ce qui est très signifiant, c'est qu'elle y est retournée d'elle-même seule en dehors des rencontres en ergothérapie. Elle exprime même découvrir en elle cette forme de spiritualité qui, jusqu'à maintenant, était demeurée enfouie au fond d'elle, car elle réalisa, en quelque sorte, sa tendance spontanée à se recueillir et aller y puiser une certaine force, ainsi son effet positif sur sa tendance à la rumination cognitive, par exemple. Dans la prochaine section, le rôle de la motivation intrinsèque et du juste défi dans la démarche de la participante est discuté.

7.1.1. Le juste défi et l'essai d'une formation professionnelle en vue d'un retour au travail

Lorsque la cliente a présenté sa volonté de s'inscrire à une formation dans le domaine du commerce, l'ergothérapeute s'est montré respectueux de la volition de madame, tout en se questionnant sur l'ampleur de ce choix qui était, à ses dires, précipité. En fait, il eut un fort doute sur la présence d'un épisode d'hypomanie, en fonction de symptômes tels que la diminution des heures de sommeil, l'accélération de son rythme lors des activités (marche surtout), ou le grand enthousiasme déployé tout à coup, à s'engager dans une importante formation intensive. Ce soupçon n'a pu être validé en raison du refus de madame d'accéder à son dossier médical complet ou de réaliser une entrevue avec son médecin psychiatre.

Malgré le fait de penser que sa décision était probablement légèrement démesurée quant à son choix de formation après plus de 4 ans en arrêt de travail, il s'en est tenu à son rôle comme accompagnateur afin qu'elle vive totalement son expérience selon ses choix, son aspiration du moment. Dans ce sens, un postulat des auteurs Deci et Ryan suppose qu'un « défi optimal entraînerait une augmentation de la motivation s'il est respecté » (1985, p. 32-33, 58-59 et 63). Cela fait référence à « un défi bien dosé aux capacités de la personne, c'est-à-dire ni trop facile ni trop complexe » (Deci et Ryan, 1985). Ce concept est communément appelé le « *just right challenge* ».

C'est également un facteur important dans la théorie de l'expérience optimale de Csikszentmihalyi (2004), qui décrit l'engagement comme étant « l'expérience optimale ou l'expérience de flow, vision idéaliste qui correspond à un état dans lequel une personne se trouve lorsqu'elle est fortement engagée dans une activité pour elle-même » (Csikszentmihalyi, 2004, p. 18). Par rapport à la théorie de l'expérience optimale (*flow*) de Csikszentmihalyi, cet auteur aborde le fait que ce type d'expérience permet de donner un sens à la vie, et c'est ce que l'ergothérapeute cherchait à trouver, à travers ses diverses suggestions d'activités. Il s'est alors tourné vers l'espoir que madame apprenne quelque chose sur elle-même ou trouve réellement un sens à travers cette formation.

Toutefois, elle dut faire face à quelques difficultés surtout reliées à sa concentration. À ce sujet, l'auteur du *just right challenge* stipule que « toutes activités peuvent être agréables si l'individu les restructure de façon à ce qu'elles aient un but et des règles ainsi que de la rétroaction claires, puis différents autres éléments qui caractérisent l'expérience de flow, tel que l'équilibre entre le défi et les habiletés, l'absence de distraction, le contrôle dans l'action, etc. (Csikszentmihalyi, 2004, p. 61). Ici, l'engagement dans cette formation était très signifiant pour madame, bien que le défi se montre important quant à ses exigences sur le plan des habiletés cognitives, amenant madame à ne pas se sentir en contrôle. De surcroit, « amener les clients à changer leurs expériences subjectives constitue un grand défi pour les intervenants » Csikszentmihalyi (2004, p. 59-62). Ainsi, les effets du choix de la participante sont les symptômes d'anxiété et les problèmes de concentrations vécus par le fait qu'elle ressent beaucoup de pression et de difficultés liées à l'utilisation des ordinateurs par exemple, en se comparant aux autres membres de la classe qui, selon ses dires, auraient pour la plupart des diplômes de niveaux collégiaux ou universitaires alors qu'elle a cessé ses études au niveau secondaire. Outre la nécessité de cesser cette formation en raison de ces difficultés, elle prit conscience de ses forces, de ses aptitudes naturelles et celles sur lesquelles elle doit mettre plus d'effort. Aussi, sa réflexion introspective, accompagnée de l'ergothérapeute, nommée moment de réflexion dans le PR, se dirige présentement vers un défi adapté à ses capacités et à ses nouveaux intérêts développés dans l'actualisation de ses valeurs au cours du processus, à la suite de cette expérience. Ce moment de réflexion a mené à des changements au niveau des valeurs de la participante.

7.1.2. Le changement au plan des valeurs et le projet d'un nouveau rôle

Il est intéressant de soulever que malgré le fait que la participante vienne de quitter sa formation qui lui tenait à cœur (26^e rencontre), elle songe à continuer sa mise en action avec cette idée de se servir de son vécu pour apporter soutien aux autres. Cela montre qu'effectivement, elle voit la motivation d'une tout autre façon, puisqu'en début d'intervention, elle voyait rapidement ce type de situation (abandon ou cessation d'une activité), comme un échec, qui la freinait par la suite dans son processus. Dans le PR tel que décrit par Carmen de las Heras en 2011, l'implication dans des groupes d'entraide par exemple, d'éducation ou de soutien communautaire et familial fait référence à la dernière phase, c'est-à-dire celle d'accomplissement, suivant celle de compétence.

Ainsi, le changement d'attitude peut davantage s'observer au plan de ses valeurs : elle recherche surtout le calme, le bien-être intérieur, un sentiment d'utilité, d'altruisme, plutôt que les valeurs anciennes qui concernaient surtout la performance, le succès, l'argent.

7.2 Comment s'est déroulé le PR selon l'ergothérapeute

En rapport avec les stratégies d'intervention, l'ergothérapeute a utilisé plusieurs des stratégies indiquées dans le manuel de l'intervention. Par ailleurs, en se basant sur son expérience clinique, il a senti le besoin de faire des modifications au cadre de l'intervention. Ceci pourrait donc indiquer que d'autres approches peuvent être complémentaires lors de l'utilisation du PR. L'ergothérapeute a suivi les stratégies proposées dans le PR, en s'ajustant au fur et à mesure aux réactions ou besoin de la cliente.

Il introduit alors ensuite de nouvelles stratégies, tels que la consultation auprès de son équipe, ou celle de songer à incorporer un cadre plus défini, tel qu'utilisé auprès des troubles de la personnalité limite. En fait, bien que son appréciation du modèle associé au PR fût très positive en tant qu'outil de guidance clinique, il s'est tout de même demandé si la complexité de la situation de sa cliente ne nécessiterait pas un cadrage supplémentaire. Elle présentait certaines problématiques et comportements, qui l'amenaient à douter de son diagnostic médical et surtout, à se demander si seulement la motivation était en cause. Par exemple, l'anticipation négative d'événements futurs ou, une mise en échec hâtive lorsque les résultats n'étaient pas aussi rapides que ce qu'elle espérait, perturbaient beaucoup son humeur, qui était déjà « fragile » aux dires de madame.

7.2.1. Une stratégie préconisée : le coaching occupationnel

Il mentionne ensuite le verbe d'action « coacher », surtout lorsque sa cliente entre dans la phase de compétence, en préparant son projet de formation à l'école (22^e rencontre). Auparavant, dans la phase exploratoire, sa façon de *coacher* les activités de madame était de l'accompagner dans l'activité, en la faisant **avec elle**. En fait, pour avoir validé comment l'ergothérapeute définit son terme de « coacher », selon le MOH, il s'agit d'offrir un accompagnement de la personne en intervention individuelle, dans le processus d'évolution vers l'atteinte de l'équilibre occupationnel.

Dans les écrits scientifiques, plusieurs articles abordent le coaching concernant l'orientation ou le soutien en emploi (Bernaud, 2013). Polatajko et ses collaborateurs abordent le coaching dans l'une des 10 habiletés clés présentées dans leur livre sur l'habilitation à l'occupation, en mentionnant que malgré l'adjonction relativement nouvelle de celle-ci à ces habiletés, il est d'aussi loin que les débuts de la profession que l'encadrement personnalisé ou le coaching fait partie du répertoire des attitudes préconisées dans la profession. Cette habileté serait une approche officielle dans l'habilitation qui vise à se centrer sur les forces du client (Polatajko et coll., 2008). Elle fait aussi référence à l'optique de rendre au client le pouvoir de se responsabiliser dans le choix et la réalisation de ses activités, tel que le stipule un principe fondamental en ergothérapie et de plus en plus déployé dans le domaine de la santé, l'autonomisation. Ce concept étant définie par l'auteur du MOH (Kielhofner, 2007, p.155) : « Être proactif plutôt que réactif », et selon Fisher et Hotchkiss (2008, p.65) comme étant un « processus par lequel on supporte quelqu'un dans le développement de son autonomie afin qu'elle prenne des décisions, manifestées par des comportements productifs, qui contribuent à son bien-être et son épanouissement ». Puis, pour faire un lien avec le sentiment de contrôle dans le choix de ses activités, relevé dans le questionnaire portant sur la motivation intrinsèque (IMI), l'autonomisation est aussi vu comme un processus de prise de contrôle et de compréhension des aspects d'influence dans sa vie, ainsi que la découverte des habiletés à trouver des solutions (Dumont et Kielhofner, 2007).

Pour clore la discussion à ce propos, voici une description intéressante que font les auteurs précédents sur le coaching spécifique à l'ergothérapie : « le coaching se sert d'un état détaillé des forces humaines, de la capacité de résilience, de l'importance des valeurs et du rôle de la signifiante dans le sentiment de bien-être » (Polatajko et coll., 2008 p. 178).

Il ne resterait donc qu'à préciser que ce champ d'action peut se dérouler dans un environnement choisi ou signifiant pour le client, pour que la définition adhère parfaitement aux réflexions de l'ergothérapeute à l'étude et des habiletés clés relevées lors son expérience dans le PR.

7.3. Les facilitateurs et les obstacles pendant le cheminement volitionnel

Les résultats obtenus démontrent l'importance du lien thérapeutique dans le développement d'une relation de confiance, à la base des activités entreprises par la cliente. Il y a par exemple mention de sa volonté à éviter de décevoir l'intervenant et que, son attitude confiante et acceptante la poussait à avoir plus confiance en elle et, à se dépasser dans ses limites ancrées. Cette forme d'authenticité à travers la relation est englobée par les tenants de la pratique centrée sur le client de Rogers (1962), primée en ergothérapie.

De plus, dans l'approche de l'ergothérapeute, reconnue et appréciée par la cliente, il est aussi possible de faire le lien entre cette forte sensation d'authenticité à travers une écoute active et une présence d'esprit dans le moment, et les tenants de la pleine conscience, étudiée par Heeren et Philippot, dans une revue empirique, en 2010. Ces auteurs font ressortir une série d'études cliniques qui démontrent l'efficacité de l'apprentissage de la pleine conscience dans la prévention de la rechute dépressive auprès de clients en rémission d'épisodes dépressifs majeurs récurrents, dans le traitement du trouble dépressif chronique, dans le traitement du trouble anxieux généralisé, de la boulimie, de la détresse psychologique et du névrosisme, ainsi que du déficit de l'attention avec hyperactivité. Cette capacité à vivre le moment présent de façon consciente avec l'ergothérapeute s'est aussi reflétée à travers ses activités, sois dans la gratitude de vivre un état d'apaisement lors des marches en forêt près d'une rivière, par exemple, ou lorsqu'elle fut submergée par l'ambiance de la cathédrale basilique, en reconnaissant l'effet de ce lieux sur son être, à l'aide de tous ses sens (odeurs, lampions, vitraux, etc.). La pleine conscience, dans un contexte ergothérapique, serait une situation idéale pour relier l'aspect centré sur l'être, à travers l'agir, selon McCorquodale, (2013). Cet état s'est aussi fait ressentir lors de sa visite à la basilique Ste-Anne, lorsque madame se fond totalement (à l'aide de tous ses sens) dans l'ambiance des lieux, laissant de côté tous ses soucis. En effet, elle y remarqua les odeurs et le décor, ainsi que la calme de la pièce par exemple, sur son effet de bien-être intérieur.

Pour en venir justement aux éléments de l'environnement de la cliente, certains sont parfois classés comme obstacles à son évolution volitionnelle, et parfois comme facilitateurs. Son conjoint par exemple, lorsqu'il l'accompagne dans certaines activités comme la marche ou les commissions, il facilite son engagement dans ces activités, étant classé comme ME. Par contre, comme il travaille à l'extérieur, ce qui ne permet pas ce soutien dans les activités de madame de façon constante. D'autres éléments de l'environnement social sont aussi considérés dans la catégorie des facilitateurs selon l'ergothérapeute, comme sa compagnie d'assurance qui lui inflige parfois des limites ou une certaine pression à s'impliquer dans des activités (inscription au gymnase, intervention d'une conseillère en réadaptation, etc. Cette CR est aussi considérée comme facilitateur puisqu'elle crée elle aussi un lien de confiance avec la dame et l'amène peu à peu, à explorer les opportunités de carrière, selon ses intérêts.

Puis, à la dimension de la personne, une source de défi sur lequel l'ergothérapeute n'a pas de pouvoir est celui de la personnalité du client. Dans ce cas présent, la cliente possède une forte personnalité, tant de types battante, courageuse, avec une attitude de négativisme quant à ses aptitudes à s'engager de façon régulière et rigoureuse au quotidien. Pour ce qui est du trouble de l'humeur, cela a mené à proposer une intervention faisant suite au PR et portant sur la gestion des émotions.

Toutefois, un facilitateur implicite mais bien réel, se rapporte aux habiletés introspectives de la cliente participante tout au long du cheminement de remotivation. Les entrevues auprès d'elle présentent une riche source d'informations et, lors d'une de celles-ci justement, elle mentionne son implication dans l'écriture d'un certain journal personnel, notamment. En fait, celui-ci, tout comme le journal de bord de l'ergothérapeute participant, est un outil de réflexion facilitant le cheminement et l'actualisation identitaire régulier. Sur ces forces l'ergothérapeute cherche à miser pour accompagner et coacher sa cliente tout au long du PR.

7.4. Forces de l'étude

D'abord, dans cet ouvrage, il est question d'une analyse qualitative approfondie, qui permet de mieux comprendre les enjeux du processus. De plus, c'est une approche de recherche flexible recourant à la triangulation de sources de données multiples, renforçant ainsi la validité interne. Le fait qu'il n'y ait qu'une seule étude de type expérimentale réalisée par d'autres personnes (Pepin

et coll., 2008) que l'auteure même du processus apporte une touche d'originalité à l'intention de cette étude.

Au sujet des outils de collecte de données, il faut mentionner qu'ils sont nombreux, ce qui a permis de trianguler les informations et d'analyser la perspective de plusieurs auteurs impliqués dans la problématique. Aussi, la plupart sont couramment utilisés dans la pratique en ergothérapie auprès de la clientèle en SM. Cet élément amène donc à penser que les résultats de cette étude reflètent les pratiques cliniques réelles. Les canevas d'entrevues ont été formulés et révisés par un expert en recherche (superviseure). Puis, en ce qui traite aussi de l'analyse des verbatim, celle-ci en a pris connaissance au fur et à mesure que celle-ci avançait.

7.5. Limites de l'étude

Cette forme de recherche peut générer une quantité importante de données, de diverses sources, ce qui assure aussi la validité externe. Cependant il est impossible d'affirmer que la saturation de données est atteinte, considérant la taille de l'échantillon (une seule paire de participants). Aussi, à quelques reprises lors de l'analyse des données, il aurait été intéressant de valider certaines informations. Par exemple, en ce qui a trait aux questionnaires IMI, il aurait été pertinent d'avoir une explication sur le bas niveau de plaisir dans l'activité au moment où le journal de bord décrit une personne en plein essor dans la phase de compétence.

Il existe aussi une limite quant à la transférabilité des résultats et la diminution de la confirmabilité ou neutralité (biais de partie pris des ergothérapeutes participants). La fiabilité des résultats doit être assurée par la subjectivité du chercheur. Enfin, la procédure de réalisation d'une étude de cas multiples peut devenir complexe et confuse pour un chercheur novice, en raison de sa grande flexibilité. Il est possible que le chercheur ayant préparé les questions d'entrevues ait influencé les réponses des participants lors de celles-ci (formulation des questions). Toutefois, ce biais est diminué par l'abondance des outils et la triangulation des données. Malgré cette triangulation, les participants peuvent avoir modifié leurs réponses pour faire plaisir au chercheur (biais de désirabilité). Enfin, la méthode de recrutement (par réseau et choix raisonné) comporte aussi un biais de sélection.

7.6. Retombées

Premièrement, cette recherche a permis de documenter une approche peu connue actuellement. Deuxièmement, les résultats mettent en évidence le fait que le processus de remotivation rejoint les fondements de la profession de l'ergothérapie, ce qui permet de renforcer l'identité professionnelle et de partager son expertise dans une équipe interdisciplinaire. Troisièmement, cette étude souligne l'importance de l'approche centrée sur le client, particulièrement vis-à-vis les difficultés volitionnelles.

Finalement, la présente recherche mentionne l'importance d'être flexible dans nos approches cliniques, d'aller au-delà du cadre d'une seule approche, pour offrir un service personnalisé et de qualité, qui rejoint le code déontologique des ergothérapeutes. Ce dernier point souligne qu'il est possible de suivre un cadre thérapeutique même avec une clientèle difficile, à condition que ce cadre soit adapté afin de s'ajuster au degré volitionnel du client. De plus, à l'effet que la relation thérapeutique soit fondamentale à l'ouverture des possibilités motivationnelles et occupationnelles, autant considérer l'implication du « soi » comme intervenant, dans les recherches de stratégies volitionnelles personnalisées.

En ce sens, l'environnement aussi, ressort comme élément très révélateur dans l'objectif visé par le PR, puisqu'il représente aussi une ressource simple et efficace d'offrir des opportunités exploratoires au client dans sa quête de sens et de sensation positive. L'intervenant, tout comme le client, doit pouvoir aller au-delà de la performance dans l'accompagnement volitionnel. Il s'ajoute donc une importance de miser sur le climat de l'activité, plutôt que de chercher à tout prix la résultante fonctionnelle objective.

7.6.1. Recommandations pour les recherches futures

D'abord dans le but de procéder à une description approfondie du phénomène à l'étude, c'est-à-dire la variation de la motivation chez des personnes qui ont des troubles graves affectant leur santé mentale, il est possible de souhaiter faire l'étape préliminaire d'études de plus grande envergure sur la mise en place et la pratique de ce type d'intervention auprès de personnes ayant un trouble mental grave. Ce même type d'étude (exploratoire) serait intéressant à réaliser avec d'autres cas, de façon parallèle.

À la lumière des résultats apportés dans cette étude de cas, il est souhaitable d'enrichir les connaissances sur l'application et le déroulement du processus de remotivation, en faisant ressortir ses facilitateurs et ses défis, ainsi que les besoins associés à la pratique clinique dans ce domaine en ergothérapie. Ce qui pourra être pertinent aussi, c'est de pouvoir cette fois, accéder à la validation de diverses sources d'informations en ayant recours à des discussions auprès du psychiatre traitant, et au dossier médical complet, par exemple.

Aussi, des entrevues auprès d'autres membres du personnel soignant pourraient davantage apporter de validité aux données recueillies pour compléter la triangulation et optimiser la validité de l'étude. Enfin, lors des analyses de données par exemple, avoir recours à la précision du client sur certains dires ou informations portant à confusion ou interprétation pourrait aussi permettre l'amélioration en ce qui concerne la validité interne. De plus il serait intéressant d'explorer comment d'autres approches peuvent s'intégrer au PR.

8. CONCLUSION

Dans le cadre de cet essai, l'objectif premier était d'offrir une description détaillée du déroulement du processus de remotivation, vécu par une personne atteinte de troubles graves de la santé mentale et participants aux services d'ergothérapie. Pour ce faire, l'exploration du cheminement thérapeutique en tenant compte des différentes stratégies d'intervention, des obstacles et des facilitateurs ainsi que des différentes occupations et environnements a ainsi permis de comprendre davantage les enjeux vécus pendant le processus de remotivation.

Le Processus de Remotivation est une approche qui dégage une lueur d'espoir dans l'avenue des gens atteints de TMG ainsi qu'une source de positivisme pour les intervenants, il est donc souhaitable que de prochaines avancées en recherche fassent leur apparition. L'apport de données empiriques pourrait non seulement aider les ergothérapeutes à intervenir avec un sentiment d'efficacité, mais surtout, de les soutenir dans la justification de l'application de ce cadre, conformément aux attentes déontologiques de la profession. L'approche fondamentale d'agir au même niveau que le client à travers ses valeurs et ses choix est un gage de réussite en réadaptation, comme dans plusieurs autres domaines. En fait, à travers ces dires il est possible de percevoir la notion de coacher, et celle de le faire en étant centré sur le client. Voilà deux bases à l'habilitation de l'occupation des personnes atteintes de TMG, selon les résultats de cette étude. D'où l'importance d'oser user de créativité quant aux approches essayées, en vue, par exemple, d'optimiser l'autonomisation à travers le développement volitionnel, puisque ce concept est majeur en ergothérapie, tout en rejoignant les postulats visés par le développement de la motivation interne.

Tout compte fait, comme les pratiques émergentes sont une réalité d'actualité, où l'ergothérapeute a souvent à faire valoir son implication au sein de plusieurs milieux ou dans différents domaines de pratique, il est de mise de se pencher à connaître et utiliser les différentes façons de faire ressortir les forces et les défis occupationnels et fonctionnels des clients. Les divers outils utilisés lors de ce projet, tel que l'horaire occupationnel, le VQ et le IMI-SR, sont aussi une façon de faire valoir la profession d'ergothérapeute, en misant sur la richesse des éléments à considérer dans toute la composante holistique qui caractérise l'expertise ergothérapeutique.

9. RÉFÉRENCES

- Alberta mental health board (AMHB) & Institute of health economics (IHE) (2007). *Les statistiques économiques de la santé mentale*, AMHB et IHE, p.72
- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2e éd.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 62, p. 625-683.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Andreasen, N. C. (1985). Positive vs. negative schizophrenia: A critical evaluation, *Schizophrenia Bulletin*, 11(3), p. 380-389.
- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218-228.
- Aubin, G., Stip, E., Gélinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107, p. 313-318.
- Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) (2011). Repéré à www.ampq.org
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 13(2), p. 100-121. doi: 10.1002/oti.210
- Bengtsson-tops, A., et Hansson L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(10), p. 513-518.
- Bernaude, J. L., Lhotellier, L., Sovet, L., Arnoux-Nicolas, C., & Pelayo, F. (2015). *Psychologie de l'accompagnement: Concepts et outils pour développer le sens de la vie et du travail*. Dunod.
- Boydell, K., Gladstone, B., & Volpe, T. (2003). Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: A biopsychosocial understanding. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26(4), p. 422-426.
- Corbière, M., et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Creek, J., & Lougher, L. (2008). *Occupational Therapy and Mental Health*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Darker, C. D., French, D. P., Eves, F. F., & Sniehotta, F. F. (2010). An intervention to promote walking amongst the general population based on an 'extended' theory of planned behaviour: a waiting list randomised controlled trial. *Psychology and Health, 25*(1), 71-88.
- Deci, E., & Ryan, R. (1990). *A motivational approach to self: integration in personality*. Paper presented at the Nebraska Symposium on Motivation.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- de las Heras de Pablo, C. G. (2011). Promotion of occupational participation: Integration of the model of human occupation in practice. *Israel Journal of Occupational Therapy, 20*(3), p. E68-88.
- de las Heras, C., Geist, R., Kielhofner, G., & Li, Y. (2007). *The Volitional Questionnaire (VQ) Version 4.1: User's manual*. Chicago: University of Illinois.
- de las Heras, C., Llerena, V., & Kielhofner, G. (2006). *Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition : guide de l'intervenant*. Sainte-Foy: Université Laval, Faculté de médecine, Centre de référence du modèle de l'occupation humaine.
- Dumont, C. & Kielhofner, G. (2007). *Positive approaches to health*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science.
- Eklund, M., Leufstadius, C., & Bejerholm, U. (2009). Time use among people with psychiatric disabilities: implications for practice. *Psychiatric rehabilitation journal, 32*(3), p.177-191. doi: 10.2975/32.3.2009.177.191
- Fisher, G. S., & Hotchkiss, A. (2008). A model of occupational empowerment for marginalized populations in community environments. *Occupational Therapy in Health Care, 22*(1), 55-71.
- Fleury, M.-J., Grenier G. et Lesage A. (2006). Agreement between staff and service users concerning the clientele's mental health needs: A Quebec study, *Revue canadienne de psychiatrie, 51*(5), p. 281-286.
- Fortin, F. (2005). *Fondements et Étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.

- Goldstein, J. M., Buka, S. L., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. (2010). Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 458-467.
- Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, p.188
- Hansson, L., R Vinding, H., Mackeprang, T., Sourander, A., Werdelin, G., Bengtsson-Tops, A., & Middelboe, T. (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 45-51.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 37-61.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis, *Biological Psychiatry*, vol. 56, no 10, p. 730-737.
- Kielhofner, G. (2008). *The basic concepts of human occupation. Model of Human Occupation: Theory and application (4th ed.)*. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Braveman, B., Baron, K., Fisher, G., Hammel, J. et Littleton, M. (1999). The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work*, 12(1), 37-45.
- Kopelowicz, A & Liberman R. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54(11): p.1491-1498.
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., . . . Bransfield, M. (2011). *L'action contre l'inertie : répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Krupa, T. & Thornton, J. (1986). The Pleasure Deficit in Schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 6(2), p. 65-78. doi: 10.1300/J004v06n02_05
- Kurzban, S., Davis, L., & Brekke, J. S. (2010). Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Current psychiatry reports*, 12(4), 345-355.
- McAlpine, L. (1992). Learning to Reflect: Using Journals as Professional Conversations. *Adult Learning*, 3(4), 15-23.
- McCorquodale, L. (2013). Mindfulness in the life of an occupational therapist: The 'being' behind the 'doing.' *Occupational Therapy Now*, 15(3), 14-16.

- Middelboe, T., Mackeprang, T., Hansson, L., Werdelin, G., Karlsson, H., Bjarnason, O., & Sörngaard, K. W. (2001). The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 16(4), 207-214.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Québec.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*, [En ligne], [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr>]
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Summary Report, Genève, OMS, p.68
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), p.133-151.
- Pépin, G., Guérette, F., Lefebvre, B., & Jacques, P. (2008). Canadian Therapists' Experiences While Implementing the Model of Human Occupation Remotivation Process. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(3), p.115-124. doi: 10.1080/07380570801989580
- Polatajko, H. J., Davis, J., Steward, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie L., & Zimmerman, D. (2008). Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: CAOT publications ACE.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*.
- Silverstein, S. M. (2010). Bridging the gap between extrinsic and intrinsic motivation in the cognitive remediation of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 949-956.
- Statistique Canada (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 (ESCC - 2002 – Santé mentale et bien-être). Béland, Y. (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—aperçu de la méthodologie. *Rapports sur la santé*, 13(3), 9-15.
- Tenhula, W. N., Bellack A. S. & Drake. R. E. (2009). Schizophrenia: Psychosocial Approaches. Dans B. J. Sadock, V. A. Sadock et P. Ruiz (édit.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9nd ed.) Vol. 1 (1556-1572).

ANNEXE A

Résultats aux outils d'évaluation initiale faite par l'ergothérapeute:

Rôles : Mme identifie ceux de conjointe, de fille, de sœur, d'amie et de responsable de l'entretien de la maison.

Travail/Emplois : Par le passé madame a occupé principalement deux emplois; celui de serveuse dans un bar (17-30 ans) et celui de vendeuse automobile (30-39 ans). Elle a aussi eu une formation d'assistante-technicienne en loisirs pour les personnes âgées et, envisageait de suivre une formation de directrice commerciale automobile, au moment de son arrêt de travail il y a cinq ans.

Activités productives actuelles : Elle a débuté un entraînement physique d'une à trois fois/semaine, à la demande de la conseillère en réadaptation de la compagnie d'assurance.

Valeurs principales : l'autonomie et le travail.

Interprétation de ses expériences passées : elle aborde la rupture avec son ex-conjoint comme la pire période de sa vie puis sa perte d'emploi comme son plus grand échec.

Objectifs personnels : perte de poids, fortement associé à son objectif principal et sous-entendu; soi celui de s'engager dans une occupation productive et sociale. Elle exprime vouloir recouvrer la confiance en elle nécessaire à retourner sur le marché du travail. Elle ajoute aussi le désir de reprendre contact avec ses amies.

Disposition à l'intervention : Elle exprime souhaiter poursuivre le processus de remotivation et se dit d'accord avec l'exploration de divers milieux de randonnées, en lien avec son objectif de perte de poids.

ANNEXE B

Tableau des activités et des environnements sélectionnés par la cliente lors du processus

Journal de Bord	Objectif de la rencontre	Occupation	Environnement
1	Explorer un parc pour activité physique de marche.	Mme choisit les directions dans le sentier, seulement 20 minutes. Se plaint de douleurs aux jambes, car s'est entraîné le matin même.	Entraînement du matin au CURVS. Parc Maizeret, près de l'CHQ, connu de Mme, suggéré par moi. Mme à un Rv juste avant à l'CHQ. Parc en forêt urbaine, calme, venteux, assez froid. Présence de sentiers de marche, raquette, ski de fond, glace pour le patin.
2		Marche rapide intérieure de 30 min. Décide du trajet, propose de changer de niveaux à 2 reprises, assez active. Marcher 30 min, bon rythme.	Centre d'achats (Galeries de la Capitale), dans son quartier. Suggéré par Mme si la température ne permettait une activité extérieure. Par le passé avait l'habitude de s'y rendre régulièrement. Depuis 3 ans, en raison de sa prise de poids, ne s'y rend que très rarement. Milieu très éclairé et stimulant incitant aux achats.
3	Marcher 30 min	30 min, cherche par où passer. Après 15 min, de retour au stationnement en suivant un sentier, je dois lui demander si elle compte poursuivre ou non. Mentionne désirer continuer, mais ne sait pas par où passer. Je dois lui indiquer le panneau de signalisation. Nous poursuivons encore 15 min.	Parc public, marchons tous les deux. Présence d'autres personnes qui pratiquent diverses activités (marche, patin, ski de fond). 2 ^e visite à ce parc en 2 semaines. Suggéré par Mme, souhaite y retourner en espérant qu'il fasse plus chaud. Se déplace avec sa voiture. Calme, lumière naturelle.
4		Milieu suggéré par le thérapeute, activité de remplacement Mme n'ayant pas la motivation d'aller marcher aujourd'hui. Semble apprécier le café, à l'aise dans ce milieu.	Outre le thérapeute, présence d'inconnus Milieu suggéré par le thérapeute, activité de remplacement Mme n'ayant pas la motivation d'aller marcher aujourd'hui. Bien éclairé, peu bruyant
5	Intervenir de façon à ce que Mme reste engagée	Nouvelle activité dans un parc inconnu, 30 min de promenade.	Promeneurs dans le parc, personnes inconnues. Lieu suggéré par le thérapeute, près de chez Mme. Milieu calme, dans la nature, présence d'une rivière le long du parcours.
6	À ma suggestion, bilan de la semaine côté activités physiques.	Découragée de sa semaine au lit et de malbouffe, mais a beaucoup apprécié la fin de semaine d'amoureux.	Entrevue individuelle à mon bureau en raison d'une blessure de l'intervenant à mon pied droit. À ma suggestion, bilan de la semaine côté activités physiques. Calme
7		choisit d'aller marcher avec le chien de son conjoint. Active durant l'activité, tirée par le chien, surprise par le fait qu'il n'existe pas de rue près de chez afin de limiter le trajet.	Quartier résidentiel où habite Mme. Suggéré par Mme ayant l'habitude de voir des gens marcher dans le quartier.

		Choisit de poursuivre jusqu'à la prochaine rue qui nous amène à l'autre extrémité de la rue.	Bruyant en raison du trafic automobile.
8	Explorer la possibilité de changer d'activités significatives	Discussion de sa situation difficile d'aidante et de son sentiment d'impuissance dans ce rôle comme face à son objectif de perte de poids. Explorons les valeurs de Mme et la possibilité d'explorer le bénévolat.	Rencontre individuelle à mon bureau De là devons décider de l'activité à réaliser. Compte tenu des auto-questionnaires à compléter pour l'étude, du bas niveau d'énergie, du fait que Mme doit reconduire sa mère chez le père de Mme et qu'elle s'engage peu dans la poursuite d'activités physiques, nous sommes demeurés sur place pour discuter. Milieu calme
9	Choisir le domaine d'exploration (maintenir les lieux de randonnées ou milieux de bénévolat).	Prend un café en discutant, 30 min.	Présence d'inconnus. Suggéré par le clinicien pour discuter de l'orientation à donner au PR. Plutôt bruyant.
10	Vivre un moment de bien-être dans la crise.	2e visite à ce parc, marche de 20 min en raison des vêtements non adéquats, démontre plus d'énergie qu'à l'habitude, parle surtout de la situation de crise avec la perte de fonctionnement de ses parents et de l'importance, mais aussi de l'énergie que son soutien lui demande.	Présence d'une stagiaire qui n'a pas interagi avec Mme. Lieu suggéré par le thérapeute, 2 ^e présence. Milieu forestier peu bruyant sauf les rapides de la rivière, sentier aménagé pour la randonnée.
11	Que Mme s'investisse avec plus d'énergie.	Plus active physiquement, rythme plus rapide, pour la première fois ne demande pas à retourner à l'auto, devons lui indiquer qu'il est temps de retourner.	Présence d'une stagiaire, de pêcheurs (sous le pont) et de randonneurs inconnus de Mme. Lieu choisi par Mme, apprécie l'endroit, près de chez elle. En forêt, le long d'une rivière, ensoleillée et calme.
12	Explorer les intérêts et critères de sélection de Mme à faire du bénévolat (demande de la Cie d'assurance)	Passons de 30 min à 40 min dont une pause de 10 min sur le pont, accepte de revenir par un nouveau sentier	Présence d'une stagiaire depuis le 21 mai et jusqu'à la fin de l'étude. Mme a choisi ce milieu, s'y sent bien. S'y rend en automobile, près de chez elle.
13	Réaliser une activité physique significative et explorer les ouvertures vers le bénévolat.	IDEM	Ergo et stagiaire Où? Suggéré par qui? Lieux familiers, inconnus? Intérieur, extérieur? Transport? IDEM Contexte? Bruyant, éclairé, agité, stimulant? IDEM
14	Poursuivre l'activation physique et tenter d'ouvrir vers l'exploration du bénévolat	Partage le bien-être vécu la semaine dernière, se sentait plus énergique, mais aussi un peu trop accélérée. Partage une soirée bien arrosée avec des amis du couple, le plaisir ressenti, mais aussi le besoin de se reposer les deux jours suivants. Continue de marcher d'un bon pas bien qu'elle se sente plus fatiguée p/r à la semaine passée.	IDEM

15	Accompagner Mme dans son engagement à se rétablir.	Nourrit la discussion, identifie plus facilement les obstacles à son rétablissement que ses forces et facilitateurs.	Avec l'infirmier de l'équipe qui suit Mme depuis quelques semaines. Mme expose les différents effets secondaires de la nouvelle médication et de son inconfort à poursuivre la prise. Lieux suggérés par nous. Bureau calme, mais chaud.
16	Établir avec Mme la suite des services la rencontre d'aujourd'hui étant la dernière dans le cadre de l'étude.	Marche habituelle, discours axé sur les changements positifs qui se produisent ainsi que sur la remise en question de sa relation de couple.	Ergo et stagiaire. Parc Chauveau. Calme, forêt, arbres, sentier
17	Discuter de la pertinence de poursuivre les interventions en ergothérapie.	Entrevue, discussion. Mme possède un bon débit verbal, nourrit la conversation aisément.	Mme, stagiaire en ergo, ergo. Bureau de l'ergo afin de discuter de la suite des interventions en ergothérapie. Éclairé, calme.
18	Planifier le programme de réadaptation d'ici la fin 2014	1 ^{ère} rencontre en personne avec la CR, donc 1 ^{ère} fois les 3 ensembles	Mme, ergo, conseillère en réadaptation (CR). Bureau, ergo CHQ. Calme
19	Coordonner et planifier les services offerts à Mme	Discussion de planification et de coordination des services entre l'ergo et la conseillère en emploi, convenons des étapes d'exploration des possibilités de formation et de retour en emploi, convenons de tenter de devancer la rencontre avec son psychiatre.	Présence de la conseillère en emploi qui l'accompagne depuis plusieurs mois dans son retour à un rôle productif. Le service est offert par la Cie d'assurance. Au domicile de Mme, lieu de rencontre habituel de la conseillère en emploi. Propre, rangée, chien bruyant à l'extérieur manifestant son désir de rentrer
20	Identifier les cibles de changement occupationnel et évaluer si présence de symptômes d'hypomanie	Complète rapidement, mais correctement le OSA (1 ^{ère} priorité de changement étant de retrouver ses fonctions cognitives), arrive à écouter les directives de la neuropsychologue, entend l'interprétation de l'infirmière qui cible plutôt l'anxiété que l'hypomanie.	D'abord seule avec moi puis avec la neuropsychologue et l'infirmière. CHQ, calme
21		Discussion concernant ses décisions de suivre une formation dès le 3 novembre et ne plus quitter son conjoint.	Mme-ergo, bureau de l'ergo
22	Coaching p/r à sa décision de retourner aux études.	Avec son conjoint, a visité plusieurs maisons et ont fait une offre d'emploi conditionnelle à la vente de la leur. Mme explique aimer gérer les affaires du quotidien, ce que son conjoint apprécie.	Rencontre individuelle ergo, après rencontre de 12 h 30 avec son psychiatre Bureau ergo, calme
23	Faire le bilan de sa 1 ^{ère} semaine de formation, valider sa motivation	Poursuit sa nouvelle formation en même temps que différents projets, demeure très active dans la résolution des problèmes, a besoin de soutien pour les prioriser.	Bureau ergo

24	Que Mme prenne une décision p/r au maintien ou non de sa formation de dir. commerciale.	Discussion sur les raisons de son absence d'une semaine à la formation en cours, sur son souhait de poursuivre ou non et sur son consentement à revoir les objectifs et modalités de retour à la vie productive.	Mme, la conseillère en emploi de la Cie d'assurance. Mme accepte ma suggestion d'une rencontre tous les trois, Mme suggère chez elle. Calme
25		Réitère l'importance de la poursuite de sa formation, mais avec le soutien de ses professeurs pour les matières plus « intellectuelles ».	Mme, bureau de l'ergo. Suggéré par moi, près de son centre de formation. Passe me voir après sa journée de cours.
26	Identifier la motivation à poursuivre le processus de remotivation et de rétablissement.	Plutôt négative face à la situation, peu d'espoir	Seule, au bureau ergo, milieu calme.
27		Discussion sur ses priorités de changement, complète l'OSA.	Avec ergo. CHQ. Milieu calme
28	identifier une activité significative à observer (VQ) lors de la prochaine rencontre	Passive ++	Bureau ergo avec ergo, calme
29		Rencontre ergo	Seule avec l'ergo au bureau. (Calme) Mme ayant demandé de reporter la visite à la basilique Ste-Anne.
30	Découvrir un lieu très significatif pour Mme.	Visite de la Basilique Ste-Anne, endroit connu de Mme et très apprécié. Un des seuls endroits où elle y retrouve du réconfort.	Croisons quelques touristes. Suggestion de Mme, une des seules activités significatives en ce moment. Transport assuré par Mme. À la fois calme et stimulant par la beauté de l'architecture et des œuvres d'art.
31	Vivre une dernière activité en lien avec ses objectifs soit la remise en forme.	Malgré l'habillement non adéquat, insiste pour aller marcher, rappelle les marches faites avec ensemble plus tôt l'an passé. Marche écourtée à 20 minutes au lieu de 45-60 minutes prévues. Ne s'intéresse pas beaucoup à l'environnement. Profite plutôt de la marche pour partager le fait qu'elle se sent mieux depuis 2 semaines, que la relation va bien avec son conjoint et qu'elle profite des enseignements réalisés avec l'interne en psychologie concernant la MAB, ce qui favorise graduellement l'acceptation de la situation.	Avec Mme, présence de quelques marcheurs et skieurs de fond. Choisi par Mme, en lien avec son objectif de remise en forme, milieu utilisé par Mme et moi à plusieurs reprises au début du PR. N'y était pas retournée depuis l'été. Calme, ensoleillé, mais froid et venteux. Montées plutôt glissantes pour les bottes de Mme.
32	Clore le processus de remotivation en ergothérapie, encourager Mme à poursuivre son rétablissement par une amélioration de la gestion de ses émotions.	Remplis les 2 questionnaires, discussion animée autour des items du VQ.	Rencontre individuelle au bureau de l'ergo. Calme

ANNEXE C

Tableau des différentes stratégies utilisées par l'ergothérapeute, selon la phase du processus

Rencontre	Objectif	Stratégies	Phase du processus
1	Explorer un parc pour activité physique de marche	Convenir du lieu et moment de rencontre Renforcer sa présence malgré le froid Renforce ses actions liées à objectifs personnelles	Découverte de l'environnement Plaisir et efficacité dans l'action (phase d'exploration)
2	-	Renforcement sur sa participation, écoute	Validation Plaisir et efficacité dans l'action (phase d'exploration)
3	Marcher 30 minutes	Renforcement sur activités réalisées avec conjoint, accompagnement dans les prises de décision, guidance	Validation et prise de décision (activité et lieu choisi)
4	-	Acceptation activité de remplacement selon niveau de motivation (plus bas). Écoute active, respect du rythme, encouragement, recadrage sur ses forces et ses besoins	Validation Découverte de l'environnement
5	Intervenir de façon à ce que madame reste engagée.	Accueil, invitation à choisir sentier. Discussion sur écart entre objectifs à atteindre et actions posées. Questionnée sur le choix de la prochaine activité.	Découverte de l'environnement (nouvelle activité/parc inconnue) Validation Prise de décision (choix de l'activité, du sentier)
6 *	Bilan de la semaine concernant ses objectifs	Accueil chaleureux Écoute active, reflète, recadrage, empathie, recherche d'aspects mobilisateurs et significatifs	Validation Prise de décision (prochaine activité)
7	-	Renforcement des comportements volitionnels Écoute des difficultés, encouragements, renforcement des capacités démontrées.	Plaisir et efficacité dans l'action (Dépassement des limites physiques). Prise de décision. Découverte de l'environnement (première marche dans son quartier, à sa proposition).
8	Explorer la possibilité de changer d'activités significatives	Exploration des valeurs et rôles par la discussion ouverte. Exploration des sources d'aide et de pistes d'intérêts occupationnels. Écoute active	Validation Prise de décision (identifie deux choix de domaines d'activités potentielles)
9	Choisir le domaine d'exploration (maintenir les lieux de randonnées ou milieux de bénévolat).	Écoute, normalisation des sentiments plus difficiles. Gestion de l'ambivalence perte de poids/apathie. Reflète, exploration de solutions.	Validation des choix faits
10	Vivre un moment de bien-être dans la crise.	Accueil, discussion, reflète, soutien. Gestion de la crise. Recherche des forces à reflète (personne ou environnement)	Validation. Plaisir et efficacité dans l'action (ressent bien-être et exprime reconnaître les bienfaits de l'activité).

11	Que madame s'investisse avec plus d'énergie.	Résumé du plan d'action choisi par Madame. Accueil, validation. Recherche de solutions.	Validation Prise de décision (plan d'action et solutions).
12*	Motivation externe : assureur Explorer les intérêts et critères de sélection de Mme à faire du bénévolat (demande de la Cie d'assurance).	Questionner sur le but/objectif de la rencontre. Accepte de discuter en marchant. Planification d'explorer des milieux productifs. Amener à reconnaître les améliorations réalisées lors des randonnées.	Validation Prise de décision
13 * (++) volitionnel)	Réaliser une activité physique significative et explorer les ouvertures vers le bénévolat.	Reflets sur les éléments positifs. Exploration des éléments significatifs dans activités productives convoitées (bénévolat, suivre formation)	Prise de décision Plaisir et efficacité dans l'action
14	Poursuivre l'activation physique et tenter d'ouvrir vers exploration du bénévolat.	Écoute active, encouragement. Exploration des émotions positives vécues. Ressortir les avancées (soutenir l'espoir). Inviter Mme à s'engager + dans l'activité et à explorer nouveau champ.	Plaisir et efficacité dans l'action. Validation
15	Accompagner Mme dans son engagement à se rétablir.	Accueil. Validation de ses besoins. Accent mis sur ses forces et ses réalisations depuis le début du PR. Entente sur les actions à poser; attitude plus cadrante.	Validation et prise de décision encadrée.
16**	Présentation de deux questionnaires à compléter (fait rapidement, sans soutien)	Renforcement sur les actions accomplies, encouragements, écoute active axée sur les changements positifs	Plaisir et efficacité dans l'action
17	Discuter de la pertinence de poursuivre les interventions en ergothérapie.	Accueil. Discussion, questionnement sur les résultats des questionnaires. Accompagnement dans l'engagement de la planification de rencontre avec CER.	Validation Prise de décision
18	Planifier le programme de réadaptation	Énumération des forces, des valeurs et des sources de motivation de Mme/validation. Planification de la prochaine rencontre avec CER.	Validation (déterminants personnels, valeurs). Prise de décision
19	Coordonner et planifier les services offerts à madame.	Reflet de ses actions et de son environnement, encouragement, prise de conscience sur la rapidité de ses décisions. Exploration de facteurs autres que productifs dans le but que Mme retrouve un style de vie satisfaisant.	Prise de décision Plaisir et efficacité dans l'action.
20	Identifier les cibles de changements occupationnels et évaluer si présence de symptômes d'hypomanie	Demeure centré sur ses besoins et priorités, quelles que soient ses capacités actuelles. Exploration de sphères de sa vie occupationnelle. Encouragement dans ses objectifs	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité. Vivre et raconter son histoire. (Phase de compétence)
21	-	Écoute active, Validation de la valeur des projets de Mme. Rappel des étapes afin d'obtenir le soutien nécessaire pour son projet. Centrer l'attention de Mme sur ses forces et	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité. Vivre et raconter son histoire.

		sur les façons de faire face aux potentiels obstacles.	
22	Coaching p/r à sa décision de retourner aux études	Renforcement de son implication dans ses projets. Reflet de ses forces dans la négociation. Encouragement à demeurer centrée sur ses priorités.	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité. Vivre et raconter son histoire.
23	Faire le bilan de sa première semaine de formation et valider sa motivation	Écoute, soutien, ouverture et revalidation de son intérêt pour sa formation. Encouragement à demeurer centrée sur ses priorités. Empathie. Résolution de problèmes.	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité.
24	Que Mme prenne une décision p/r au maintien ou non de sa formation de directrice commerciale.	Écoute active. Renforcement de ses forces, de sa routine de vie satisfaisante malgré la situation difficile. Exploration de bénévolat (autre possibilité dans le domaine productif.	Prise de décision. Découverte de l'environnement.
25	-	Accueil, questionnements autour du revirement de situation (Poursuit sa formation finalement). Énumération des difficultés avec solutions possibles à envisager, renforcement des forces et de la signification de cette formation, en lien avec son projet de vie. Identification des ressources complémentaires à mettre en place (remédiation cognitive, psychothérapie et gestion des émotions.	Vivre et raconter son histoire.
26	Identifier la motivation à poursuivre le processus de remotivation et de rétablissement.	Écoute active, reflets. Renforcement sur la possibilité de réviser le plan d'action selon ses forces et intérêts. Faire ressortir les apprentissages de la situation. Axer sur les forces et valeurs significatives. Compassion, empathie	Validation
27	-	Écoute active, évaluation de la présence de motivation à changer malgré les difficultés. Accompagnement dans la complétion de l'OSA. Planification prochaine rencontre/plan d'action. Relever les rôles et les occupations significatifs.	Vivre et raconter son histoire. Prise de décision.
28	Identifier une activité significative à observer (VQ) lors de la prochaine rencontre	Questionnement sur son fonctionnement actuel. Tentative de trouver ce qui continue d'avoir du sens pour elle malgré l'avolition-passivité.	Vivre et raconter son histoire.
29	-	Encouragement à poursuivre la psychothérapie. Écoute active. Identification du besoin de changement aussi sur le plan	Validation

		occupationnel. Empathie, mais aussi responsabilisant.	
30	Découvrir un lieu très significatif pour Mme.	Encouragement, accompagnement dans un milieu signifiant. Écoute.	Découverte de l'environnement.
31	Vivre une dernière activité en lien avec ses objectifs, soit la remise en forme.	Renforcement des comportements associés à son rétablissement. Reflets des forces observées.	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité. Plaisir et efficacité dans l'action.
32	Clore le processus de remotivation en ergothérapie, encourager Mme à poursuivre son rétablissement par une amélioration de la gestion de ses émotions.	Accueil, rappel de la fin du suivi et de ses raisons. Discussion autour de son auto-évaluation volitionnelle. Remise des coordonnées du site internet d'association pour le soutien des personnes aux prises avec troubles de leur santé mentale. Retour sur ses forces et son appréciation du processus.	Vivre et raconter son histoire. Intériorisation d'un sentiment d'efficacité.

ANNEXE D



Université du Québec
à Trois-Rivières

Décanat de la recherche et de la création

Le 11 octobre 2013

Madame Ginette Aubin
Professeure
Département d'ergothérapie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **Le développement de la motivation occupationnelle chez les personnes ayant un trouble mental grave : Études de cas** en date du 10 octobre 2013.

Cependant, le comité vous demande de lui faire parvenir les certificats des 3 autres établissements dès que vous les aurez obtenus.

Une photocopie du certificat portant le numéro (CER-13-194-07.13) vous sera acheminée par courrier interne. Sa période de validité s'étend du 11 octobre 2013 au 11 octobre 2014.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

MARIE-EVE ST-GERMAIN
Agente de recherche
Décanat de recherche et de la création

MS/cd

p. j. Certificat d'éthique

 **Université du Québec à Trois-Rivières**
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Le développement de la motivation occupationnelle chez les personnes ayant un trouble mental grave : Étude de cas.

Chercheurs : GINETTE AUBIN
Département d'ergothérapie

Organismes : FIR

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 11 octobre 2013

Date de fin : 11 octobre 2014

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat de la recherche et de la création ou un substitut suggéré par le doyen de la recherche et de la création.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité



Marie-Eve St-Germain
Secrétaire du comité

Date d'émission : 11 octobre 2013

N° du certificat : CER-13-194-07.13
DECSR

 **Université du Québec à Trois-Rivières**
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

ANNEXE

Votre projet de recherche «**Le développement de la motivation occupationnelle chez les personnes ayant un trouble mental grave : Étude de cas.**» se termine le **30 avril 2014**, votre certificat portant le numéro **CER-13-194-07.13** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**11 octobre 2014**)
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.