

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

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

PAR  
AMÉLIE MERCIER

L'EXPÉRIENCE DES ERGOTHÉRAPEUTES LORS DE L'APPLICATION  
DU PROCESSUS DE REMOTIVATION AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UN  
TROUBLE MENTAL GRAVE

DÉCEMBRE 2017

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 souhaite remercier en premier lieu Mme Ginette Aubin, directrice d'essai, d'abord pour sa confiance témoignée à mon égard en lien avec le partage des données utilisées dans le cadre de cet essai. Merci également pour le soutien, la guidance et tout le temps accordé dans l'ensemble du processus d'élaboration de l'essai. Vous avez su m'orienter dans ma démarche en tenant compte de mes opinions et de ma personnalité, tout en me permettant de consolider mon intérêt pour la recherche.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à Marie-Josée St-Pierre, qui fut et qui continuera sans doute d'être une source d'inspiration importante, tant sur le plan professionnel que personnel. Tu as été d'une grande implication dans mon cheminement et mon évolution comme intervenante et comme personne. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir offert toutes ces opportunités d'apprentissage au cours de mon parcours à la maîtrise.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vii
RÉSUMÉ.....	vii
1. INTRODUCTION.....	9
2. PROBLÉMATIQUE .....	11
2.1. Les troubles mentaux graves .....	11
2.2. La volition.....	12
2.3. Le processus de remotivation .....	13
2.3.1. Population concernée et fondements théoriques.....	13
2.3.2. Les phases du processus de remotivation .....	14
2.4. Le raisonnement clinique des ergothérapeutes.....	16
2.5. Objectif de la recherche .....	18
3. CADRE CONCEPTUEL .....	19
3.1. Les processus cognitifs.....	20
3.1.1. La résolution de problème .....	20
3.1.2. La prise de décision .....	20
3.2. Les facteurs qui influencent le raisonnement clinique .....	21
3.2.1. Les facteurs internes .....	21
3.2.2. Les facteurs externes.....	21
3.3. Justification du cadre conceptuel.....	22
4. MÉTHODE .....	23
4.1. Devis.....	23
4.2. Participants .....	24
4.2.1. Critères d'inclusion des ergothérapeutes .....	24
4.2.2. Critères d'inclusion des personnes recevant l'intervention .....	24
4.2.3. Modalité de recrutement .....	25
4.3. Collecte de données .....	25
4.4. Analyse des données.....	25
4.5. Considérations éthiques.....	26

5. RÉSULTATS .....	27
5.1. Participant # 1 .....	28
5.1.1. Facteur interne : caractéristiques personnelles du participant #1 .....	28
5.1.2. Facteur interne : niveau d'expertise du participant #1 .....	29
5.1.3. Facteurs externes : caractéristiques personnelles du client #1 .....	30
5.1.4. Facteur externe : contexte de la pratique .....	31
5.1.5. La relation thérapeutique .....	33
5.1.6. Les stratégies utilisées.....	33
5.1.7. Utilisation du guide de l'intervenant et du questionnaire volitionnel.....	38
5.1.8. L'évolution volitionnelle du client #1.....	38
5.2. Participant #2.....	40
5.2.1. Facteur interne : caractéristiques personnelles du participant #2 .....	40
5.2.3. Facteur interne : niveau d'expertise du participant #2.....	41
5.2.3. Facteur externe : caractéristiques personnelles du client #2 .....	42
5.2.4. Facteur externe : le contexte de la pratique .....	42
5.2.5. La relation thérapeutique .....	44
5.2.6. Les stratégies utilisées.....	44
5.2.7. Utilisation du guide de l'intervenant et du questionnaire volitionnel.....	49
5.2.8. L'évolution volitionnelle du client #2.....	50
5.3. Comparaison des stratégies utilisées .....	52
6. DISCUSSION .....	54
6.1. L'influence d'un facteur interne : le niveau d'expertise des ergothérapeutes .....	54
6.2. L'influence d'un facteur externe : le contexte de la pratique .....	55
6.3. L'expérience des ergothérapeutes devant des enjeux motivationnels majeurs.....	56
6.5. L'intégration d'une pratique réflexive dans l'application du processus de remotivation ...	58
6.6. Parallèle entre les stratégies utilisées et les assises du processus de remotivation.....	60
6.7. Lien avec d'autres approches et théories .....	62
6.7.1. L'approche axée sur les forces .....	62
6.7.2. L'autodétermination dans le développement volitionnel .....	62
6.8. Forces de cette étude.....	63
6.9. Limites de cette étude .....	64
6.10. Retombées .....	64
7. CONCLUSION .....	65
RÉFÉRENCES.....	66
ANNEXE A.....	69
ANNEXE B.....	70

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Processus de remotivation

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tableau 3. Comparaison des stratégies utilisées par les participants #1 et #2

Tableau 4. Stratégies utilisées par le participant #1

Tableau 5. Stratégies utilisées par le participant #2

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Raisonnement clinique des ergothérapeutes selon Carrier et ses collaborateurs (2010)

Figure 2. Questionnaire volitionnel : score total du participant #1

Figure 3. Questionnaire volitionnel : score total du participant #2

## RÉSUMÉ

**Problématique :** La participation des individus à des occupations satisfaisantes et significatives, ainsi que le maintien d'un équilibre occupationnel, s'avèrent des éléments essentiels au bien-être et à la santé (Scaffa et Brownson, 2005). Cette capacité à s'engager dans des occupations peut toutefois être limitée chez certaines personnes, particulièrement celles présentant un trouble mental grave (TMG). Cela s'explique notamment par la présence de difficultés motivationnelles, en lien avec la symptomatologie associée au trouble. Les répercussions fonctionnelles sur différents plans illustrent l'importance d'agir sur la motivation de ces individus, en vue de favoriser leur participation occupationnelle et ultimement, leur rétablissement. Le processus de remotivation (PR) s'avère une intervention ergothérapeutique pertinente à utiliser à cet égard. Toutefois, peu d'écrits documentent son application. **Objectif :** L'objectif de l'étude est de documenter l'expérience de l'application du processus de remotivation auprès des personnes ayant un TMG, et ce, du point de vue de l'ergothérapeute qui l'applique. Plus spécifiquement, cet essai critique vise donc à explorer les éléments qui influencent le raisonnement clinique des ergothérapeutes et qui expliquent leur prise de décision lorsqu'ils appliquent le PR. **Cadre conceptuel :** Le cadre conceptuel utilisé est le Modèle du raisonnement clinique des ergothérapeutes paru dans une étude de Carrier et ses collaborateurs (Carrier, Levasseur Bédard, et Desrosiers, 2010). Il explique les processus cognitifs du raisonnement clinique et les principaux facteurs internes et externes influençant celui-ci. **Méthode :** Le devis méthodologique utilisé dans cette étude est de nature qualitative et s'inspire du récit de pratique et de la recherche collaborative. Il s'agit d'une étude de cas multiples. Les données ont été recueillies par entrevues semi-structurées et traitées à l'aide d'une analyse thématique. **Résultats :** Les caractéristiques personnelles des ergothérapeutes et leur niveau d'expertise constituent les principaux facteurs internes relevés. Les facteurs externes sont les caractéristiques personnelles des clients et le contexte de la pratique. Les résultats illustrent également l'impact de la relation thérapeutique sur la façon dont l'ergothérapeute applique le PR. Enfin, les participants ont utilisé différentes stratégies qui sont parfois similaires et parfois différentes. Ils ont aussi abordé le sentiment de doute quant à l'issue de l'intervention et les mécanismes mis en place pour persévérer dans l'intervention. **Discussion :** Les résultats ont permis de constater que le niveau d'expertise influence grandement le raisonnement clinique des ergothérapeutes dans l'application du PR, dans le sens où un professionnel expérimenté fera davantage confiance à son expérience comparativement au clinicien. Il ressort également que la pratique réflexive s'est avérée un outil facilitant l'application du PR, notamment par la prise en compte des émotions vécues par les thérapeutes. Un parallèle a pu être fait avec les principes de l'approche axée sur les forces et de la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985) à travers les diverses stratégies utilisées. **Conclusion :** Cette étude a permis de documenter un sujet peu étudié dans les écrits actuels, soit l'application du PR auprès des personnes ayant un TMG. Au-delà des apparences, cette intervention fait appel à de nombreux processus cognitifs et affectifs susceptibles de se développer tout au long de son application, ce qui souligne l'importance de l'expertise des ergothérapeutes. Il serait pertinent d'utiliser davantage cette intervention qui laisse beaucoup de place au raisonnement clinique de l'ergothérapeute et qui promeut son expertise, soit l'engagement dans des occupations.



## ABSTRACT

**The issue:** Participation in satisfying and meaningful occupations, as well as the maintenance of occupational balance, are essential for well-being and health (Scaffa and Brownson, 2005). This ability to engage in occupations may, however, be limited in some people, especially those with a severe mental disorders. This is explained in particular by the presence of motivational difficulties, related to the symptomatology associated with the disorder. The functional repercussions on different levels illustrate the importance of acting on the motivation of these individuals, in order to favor their occupational participation and ultimately their recovery. The remotivational process (PR) is a relevant occupational therapy intervention to use in this regard. However, few writings document its application. **Objective:** The objective of the study is to document the experience of applying the remotivational process to people with severe mental disorders, from the perspective of the occupational therapist who applies it. More specifically, this critical essay aims to explore the elements that influence the clinical reasoning of occupational therapists and explain their decision-making when applying PR. **Conceptual Framework:** The conceptual framework used is the Occupational Therapists' Reasoning Model published in a study by Carrier and al. (Carrier, Levasseur Bédard, and Desrosiers, 2010). It explains the cognitive processes of clinical reasoning and the main internal and external factors influencing it. **Method:** A qualitative study was made, inspired by the story of practice and collaborative research. This is a multiple case study. The data were collected through semi-structured interviews and processed using thematic analysis. **Results:** Occupational therapists' personal characteristics and level of expertise are the main internal factors identified. External factors are the personal characteristics of the clients and the context of the practice. The results also illustrate the impact of the therapeutic relationship on how the occupational therapist applies PR. Finally, participants used different strategies that are sometimes similar and sometimes different. They also discussed the feeling of doubt about the outcome of the intervention and the mechanisms put in place to persevere in the intervention. **Discussion:** The results showed that the level of expertise greatly influences the clinical reasoning of occupational therapists in the application of PR, in the sense that an experienced professional will have more confidence in their experience. It also appears that reflexive practice has proved to be a tool facilitating the application of the PR, in particular by taking into account the emotions experienced by the therapists. A parallel could be made with the principles of the force-based approach and the theory of self-determination (Deci and Ryan, 1985) through the various strategies used. **Conclusion:** This study has documented a subject that has been poorly studied in current literature, namely the application of PR to people with TMG. Beyond appearances, this intervention uses many cognitive and affective processes likely to develop throughout its application, which highlights the importance of the expertise of occupational therapists. It would be appropriate to make more use of this intervention, which promotes the occupational therapist's clinical reasoning and his expertise, that is, engagement to occupations.

**Mots clés:** Processus de remotivation, raisonnement clinique, trouble mental grave

**Keywords:** Remotivational process, clinical reasoning, severe mental disorders

## 1. INTRODUCTION

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté » (Gouvernement du Québec, 2017). Ainsi, tous les éléments mentionnés dans cette définition sont susceptibles d'être affectés chez la personne aux prises avec un problème de santé mentale. En effet, la maladie mentale qui consiste en des changements qui touchent la pensée, l'humeur, ou le comportement des personnes atteintes, cause chez ceux-ci une détresse ou une souffrance significative affectant leur fonctionnement quotidien (Gouvernement du Québec, 2017).

Plus précisément, il est question dans cet essai des personnes atteintes d'un trouble mental grave (TMG). Cette problématique peut entraîner des incapacités sévères et persistantes sur les plans social, occupationnel et cognitif des individus atteints (Kopelowicz et Liberman, 2003). Ainsi, leur capacité à prendre part à des occupations quotidiennes peut être très affectée, en raison notamment d'un problème sur le plan de la motivation (Kopelowicz et Liberman, 2003). Il importe donc d'adresser directement les difficultés motivationnelles de ces individus puisque cela aura un impact sur leur l'engagement occupationnel, ce qui influencera leur niveau de bien-être et leur rétablissement (Höhl, Moll et Pfeiffer, 2017).

Ainsi, l'ergothérapeute s'avère un professionnel de choix pour favoriser le rétablissement de ces personnes, en raison de son expertise qui concerne l'utilisation du temps et l'engagement dans des occupations (Höhl et coll., 2017). Plus spécifiquement, il existe une intervention développée et utilisée par des ergothérapeutes, soit le processus de remotivation, qui permet d'adresser directement les difficultés motivationnelles souvent éprouvées par les personnes ayant un TMG. L'objectif de celle-ci est d'accroître l'engagement occupationnel chez les personnes ayant une problématique au plan de la motivation (de las Heras, Llerena, et Kielhofner, 2003). Toutefois, malgré la pertinence de celle-ci, peu d'écrits documentent son application. Cet essai vise donc à répondre au manque de documentation concernant l'application de celle-ci auprès des personnes ayant un trouble grave de la santé mentale. La première section fera l'état de la problématique liée aux difficultés motivationnelles de cette population, en abordant également le processus de remotivation. Ensuite, le cadre conceptuel et la méthode utilisée pour cette recherche

seront expliqués. Enfin, les résultats obtenus et la discussion par rapport à ceux-ci seront également présentés.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Dans cette section, il est d'abord question de définir la clientèle concernée, c'est-à-dire, les personnes atteintes d'un trouble mental grave et les impacts fonctionnels associés. Tel qu'expliqué ci-bas, ceux-ci présentent des difficultés majeures sur le plan de la volition. Ce concept, au cœur du processus de remotivation, est donc détaillé. Il s'en suivra une description du processus de remotivation qui consiste en l'intervention étudiée dans cet essai. Enfin, comme cette étude porte plus spécifiquement sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes dans l'application du processus de remotivation, cette section décrit également ce qu'est le raisonnement clinique. Puis, l'objectif de la recherche est détaillé en dernier lieu.

### **2.1. Les troubles mentaux graves**

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils interfèrent de façon significative dans plusieurs sphères de la vie quotidienne, telles que les relations interpersonnelles, les compétences sociales et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité prolongée dans au moins l'un de ces trois domaines constitue donc un indice de la présence d'un trouble mental grave (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les TMG peuvent inclure les troubles psychotiques tels que la schizophrénie ou les troubles délirants, les troubles de la personnalité ainsi que les troubles affectifs (dépression majeure, bipolarité, etc.) (Kopelowicz et Liberman, 2003). Au Québec, de 2 à 3 % de la population adulte présente un diagnostic de trouble mental grave. Cela correspond à plus de 150 000 à 200 000 personnes qui vivent avec les conséquences importantes qu'engendrent ces problèmes de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). La prévalence de ceux-ci et les conséquences associées indiquent l'importance d'offrir des services permettant de répondre aux besoins des personnes atteintes.

En effet, les troubles mentaux graves affectent le fonctionnement des individus qui en souffrent et leur capacité à participer à des occupations quotidiennes (Leufstadius et Eklund, 2008). Par exemple, dans une étude réalisée par Aubin et ses collaborateurs (2002), plusieurs participants ayant un TMG ont mentionné ne rien faire de leur journée et n'avoir rien à dire à propos de leurs activités quotidiennes. Ils se présentaient comme étant inactifs et ayant une perception plutôt négative de leur horaire occupationnel. Ceux-ci ne reconnaissent d'emblée que peu de valeur et de signification à leurs activités quotidiennes (Aubin, Hachey, et Mercier, 2002). Cela s'explique par le fait que les individus atteints d'un TMG sont souvent confrontés à de nombreux obstacles qui

limitent leur opportunité à s'engager dans des occupations, entraînant ainsi un déséquilibre occupationnel qui affecte négativement leur bien-être (Leufstadius et Eklund). D'ailleurs, les obstacles à la participation occupationnelle liés à la symptomatologie des personnes atteintes d'un TMG, concernent particulièrement les symptômes négatifs (Leufstadius et Eklund), tels que l'apathie, le manque de motivation et la perte d'intérêt (Kopelowicz et Liberman, 2003). Ainsi, les difficultés motivationnelles souvent présentes chez les individus ayant un TMG, limitent leur participation occupationnelle et entraînent donc divers impacts dans plusieurs sphères de la vie quotidienne, incluant le travail, les relations sociales, l'éducation, la santé physique, l'espérance de vie et le statut social (Wright, Callaghan et Bartlett, 2011).

Il existe une relation importante entre la participation à des activités quotidiennes et le bien-être des individus (Leufstadius et Eklund, 2008). Plus précisément, s'engager dans des activités constitue un besoin fondamental pour l'être humain, et il s'agit d'un déterminant de la santé (Scaffa et Brownson, 2005). Ainsi, l'engagement dans des activités saines et significatives peut avoir un impact important dans le rétablissement des personnes atteintes d'un TMG, (Höhl et coll., 2017) d'où l'importance d'agir à cet égard. Parmi les interventions concernées, le processus de remotivation s'avère pertinent à utiliser afin d'améliorer le fonctionnement de ces individus en favorisant leur participation occupationnelle. En effet, cette intervention vise l'amélioration des caractéristiques volitionnelles, et donc l'augmentation de la motivation à agir. Ainsi, en agissant sur un obstacle majeur (la motivation) à la participation occupationnelle des individus, cela aura un impact sur le bien-être de ceux-ci et il est souhaité, sur leur rétablissement.

## **2.2. La volition**

Concernant la volition, celle-ci constitue le concept majeur qui sous-tend le processus de remotivation. Elle fait référence à la motivation qui pousse à agir et à faire (de las Heras, 2006). Il s'agit d'une force qui incite l'individu à se mettre en action et qui, ultimement, lui permet d'acquérir une meilleure conceptualisation et perception de lui-même. La volition est influencée par divers éléments, tels que l'état physique de l'individu, ses pensées et ses émotions, ainsi que les composantes de son environnement (de las Heras et coll., 2003). Elle s'appuie sur des déterminants personnels de l'individu, qui correspondent à sa perception au sujet de son efficacité et de sa capacité à offrir un rendement satisfaisant. La volition est également composée des valeurs de l'individu ainsi que de ses intérêts (de las Heras et coll.). En d'autres mots, la volition dépend

de la façon dont l'individu perçoit sa faculté d'agir en général et dans une situation donnée, de ce qui l'attire et de ce qu'il trouve gratifiant (Kielhofner, 2008). La volition consiste en un processus continu qui peut être décrit comme suit : d'abord, l'individu expérimente la réalisation d'occupations. Puis, il interprète les expériences vécues grâce à la réflexion et y donne un sens. Cela influence sa façon d'anticiper cette occupation dans le futur en fonction de l'interprétation de ces expériences. Enfin, l'individu choisira ses activités et occupations en fonction de ce qu'il anticipera suite à ses expériences (de las Heras et coll.; de las Heras, 2006).

### **2.3. Le processus de remotivation**

Dans cette sous-section, il est d'abord question de décrire à qui s'adresse le processus de remotivation ainsi que les origines de l'intervention comprenant sa création et ses fondements théoriques. Enfin, cette section aborde également les trois phases du processus de remotivation et, par le fait même, les objectifs de l'intervention.

#### **2.3.1. Population concernée et fondements théoriques**

Le processus de remotivation s'adresse à toute personne présentant un déficit volitionnel, et donc une diminution manifeste de la volonté d'agir (de las Heras et coll., 2003). De ce fait, plusieurs clientèles ayant diverses problématiques peuvent bénéficier du processus de remotivation. En effet, la motivation peut être affectée par toutes sortes de maladies physiques et mentales, autant que par le vécu d'une personne et les composantes de par son environnement (ex. : peu d'opportunités occupationnelles) (de las Heras et coll., 2003). Par exemple, une baisse de la motivation à participer à des activités sociales peut survenir autant chez une personne ayant des limitations physiques que chez une personne en phase de deuil. La persistance et la sévérité de cette baisse de motivation étant variables dépendamment des situations. Ainsi, les personnes atteintes d'un trouble mental grave, tel que décrit précédemment, s'avèrent une population susceptible de bénéficier du processus de remotivation étant donné l'importance des enjeux motivationnels associés.

Le processus de remotivation a été élaboré et étudié cliniquement pendant plusieurs années par l'ergothérapeute chilienne Carmen Gloria de las Heras (de las Heras et coll., 2003). La création de celui-ci visait à combler un manque quant aux stratégies d'intervention à adopter auprès des personnes ayant un déficit sévère de la volition (de las Heras et coll., 2003). Le processus de remotivation comprend donc des stratégies d'intervention visant à favoriser le rétablissement et la

participation occupationnelle des individus présentant des difficultés d'ordres motivationnelles, par l'augmentation de leur niveau de volition (de las Heras et coll., 2003).

Le processus de remotivation est basé sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner (2002), qui constitue un modèle conceptuel ergothérapeutique et centré sur le client. Celui-ci vise à comprendre l'occupation et les difficultés qui surviennent en fonction des concepts de base que sont la volition, l'habituatation, la capacité de rendement et l'environnement (Kielhofner, 2008). Le MOH fournit les fondements théoriques nécessaires à la compréhension du vécu des personnes ayant un déficit sévère de la volition, et permet d'exposer la façon dont elle se manifeste chez ces individus (de las Heras et coll., 2003). De las Heras s'est également inspiré des travaux de Mary Reilly (1974) sur l'apparition du comportement ludique chez l'enfant. Dans une étude portant sur ce sujet, Reilly mentionne que le comportement du jeu dépend de l'état de curiosité, qui constitue la motivation fondamentale pouvant animer un système. Elle avance que cette curiosité progresse selon trois étapes hiérarchiques, soit l'exploration, la compétence et l'accomplissement, exprimant un niveau d'excitation de plus en plus élevé (Reilly, 1974). Ensuite utilisée par Kielhofner (2001) pour décrire le continuum du changement occupationnel, cette séquence développementale est reprise par de las Heras pour expliquer le continuum du changement volitionnel et ainsi créer une intervention qui vise à soutenir l'individu dans le développement de sa volition (de las Heras et coll., 2003).

### **2.3.2. Les phases du processus de remotivation**

Le processus de remotivation est un continuum d'intervention conçu pour favoriser la motivation des individus à s'engager dans leurs occupations. Il s'agit d'une approche détaillée qui comprend trois phases hiérarchiques (l'exploration, la compétence et l'accomplissement) dans lesquelles se trouvent des stades organisés en une séquence progressive, dynamique et non rigide. En effet, il demeure important de reconnaître la progression unique de chaque individu à travers ce continuum de changement et d'utiliser des interventions adaptées au niveau de volition de chacun. L'application du processus de remotivation se fonde par conséquent sur une collaboration entre le client et son thérapeute dans un environnement pertinent (de las Heras, 2006).

Le processus de remotivation comprend trois principales phases d'intervention qui correspondent au continuum du changement volitionnel. Il s'agit des phases d'exploration, de

compétence et d'accomplissement. Chaque phase est divisée en une série de stades associés à un ensemble de stratégies visant le cheminement de l'individu à travers ces phases. Le Tableau 1 présente les différents stades associés à chacune des phases ainsi que les buts relatifs à ces dernières.

Tableau 1.  
*Le processus de remotivation*

PHASES	STADES	BUTS DES PHASES
Exploration	1. Validation 2. Découverte de l'environnement 3. Prise de décision 4. Plaisir et efficacité dans l'action	Faciliter un sentiment de compétence, de confiance en soi et de sécurité face à l'environnement.
Compétence	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	1. Suivi personnel et discernement des habiletés essentielles 2. Autonomie sociale	Intégrer activement de nouvelles avenues occupationnelles aux activités de la vie dans son ensemble.

### *2.3.2.1. La phase de l'exploration*

La première phase du continuum de changement volitionnel correspond à l'exploration. Il s'agit de la période où l'individu effectue des découvertes et apprend ainsi à connaître ses capacités, ses préférences et ses valeurs. Au cours de cette phase, l'individu évalue ses actions, les apprécie et leur donne un sens. L'intervenant fournit donc, lors de cette phase, un environnement relativement sûr et sans attentes, en vue de favoriser chez l'individu son désir d'explorer et d'effectuer des découvertes.

### *2.3.2.2. La phase de compétence*

Ensuite vient la seconde étape du changement volitionnel qui consiste en la phase de compétence. Celle-ci se caractérise par la conscience de notre propre capacité à exercer une influence sur notre environnement et à être influencé par celui-ci. Il s'agit du moment où le client commence à renforcer ses façons de faire récemment acquises lors de la phase précédente d'exploration. Les individus cherchent à améliorer leurs aptitudes et à en acquérir de nouvelles, puis d'en faire des habitudes en vue d'atteindre une constance dans la réalisation de leurs actions ou activités.



### *2.3.2.3 La phase d'accomplissement*

Enfin, la dernière phase du processus de changement volitionnel consiste en l'accomplissement, qui survient lorsque l'individu a acquis suffisamment d'habiletés et d'habitudes pour s'acquitter de nouvelles tâches. Au cours de cette phase, la personne atteint un niveau supérieur de participation aux activités et remodèle son identité occupationnelle. Elle a acquis un sentiment d'efficacité personnelle et des aptitudes nécessaires à la prise de risque, ainsi qu'un sentiment de maîtrise et de confiance en sa capacité à relever des défis quotidiens (de las Heras et coll., 2003).

L'application du processus de remotivation est basée sur la compréhension des caractéristiques volitionnelles propres à chaque individu (de las Heras et coll., 2003). Malgré la présence de diverses stratégies d'intervention relatives à chacun des stades proposés, le processus de remotivation implique une certaine souplesse et une grande variabilité dans l'application de celui-ci, en raison notamment de la diversité des caractéristiques des clients ayant un trouble de la volition. En d'autres mots, il ne s'agit pas de suivre simplement une série d'étapes et d'appliquer systématiquement les stratégies proposées. En fait, l'application du processus de remotivation implique en grande partie le jugement clinique de l'ergothérapeute dans sa prise de décision. Par exemple, un ergothérapeute pourrait effectuer des choix complètement différents quant aux modalités d'intervention à privilégier lors de l'application du processus de remotivation auprès de deux clients ayant des problématiques similaires, mais des caractéristiques distinctes. Ce processus de prise de décision, grandement sollicité lorsqu'il s'agit du processus de remotivation, fait référence au raisonnement clinique des ergothérapeutes, et sera décrit plus en profondeur à la prochaine section.

## **2.4. Le raisonnement clinique des ergothérapeutes**

Le raisonnement clinique est défini comme étant un processus cognitif ou métacognitif qui permet la prise de décision éclairée et qui guide l'exercice de la profession (Neistadt, 1996). Il est utilisé par les cliniciens pour planifier, diriger et effectuer les soins nécessaires auprès des diverses clientèles (Boyt-Schell, 2014). Le raisonnement clinique est au cœur de la démarche professionnelle de l'ergothérapeute. Il est le processus complexe de réflexion et de décision, associé à l'action professionnelle. Il sous-tend la démarche d'intervention et constitue la pensée du thérapeute qui mène la démarche (Meyer, 2007). Ainsi, il est pertinent de s'intéresser au

raisonnement clinique des ergothérapeutes afin de connaître leur processus de réflexion, en vue de comprendre comment se déroule selon leur point de vue, l'application du processus de remotivation.

Plus précisément, le raisonnement clinique comprend les phénomènes explicites, mais aussi les phénomènes implicites qui ne sont pas identifiés comme tels par les ergothérapeutes. Les raisonnements sont les opérations mentales non observables, dont on peut avoir connaissance en s'intéressant au contenu sur lequel elles portent (Meyer, 2007). En fait, un raisonnement n'est pas observable et on ne peut en voir que des effets ou des résultats, car il s'agit d'un ensemble d'opérations mentales. Pour mettre en évidence ces opérations mentales, il faut les reconstruire à l'aide des discours que des thérapeutes peuvent produire sur leurs pensées ou les inférer à partir de leur impact sur les actions effectuées (Meyer). Utiliser le discours des thérapeutes permet d'examiner la façon dont ceux-ci choisissent leurs interventions et ce qui influence leur choix (Carrier et coll., 2010). En d'autres mots, cela permet de comprendre comment ils déterminent leurs interventions.

Selon les écrits recensés, une multitude de facteurs est susceptible d'influencer le raisonnement clinique des ergothérapeutes. Selon Meyer (2007), les comportements de l'utilisateur tel que l'ergothérapeute l'interprète, notamment sur les plans émotionnel et motivationnel, marquent la manière dont le thérapeute envisage le traitement. Les conditions d'existence du client, en particulier son entourage familial, ses habitudes et son habitat, viennent également infléchir le choix des moyens à mettre en œuvre. Le thérapeute est aussi commandé par ses valeurs. Il raisonne aussi en tenant compte du possible dans le contexte institutionnel dans lequel il travaille (Meyer). Chapparo et Ranka (2008) parlent des connaissances disciplinaires, du contexte de la thérapie, de l'utilisateur et de l'ergothérapeute comme personne, en tant que facteurs qui influencent la manière de raisonner des ergothérapeutes. On retrouve également les connaissances tacites qui jouent un rôle important dans la façon dont les ergothérapeutes choisissent leurs interventions (Carrier et coll., 2010). Meyer affirme qu'il existe une variation du raisonnement d'un thérapeute à l'autre pour une même situation vécue, en raison des nombreux facteurs influençant ce raisonnement. Ainsi, documenter les facteurs qui influencent et justifient les actions des ergothérapeutes dans l'application du processus de remotivation permettra de comprendre le raisonnement clinique sous-jacent, et ce, en vue de faciliter l'application de cette intervention dans divers contextes cliniques.

## **2.5. Objectif de la recherche**

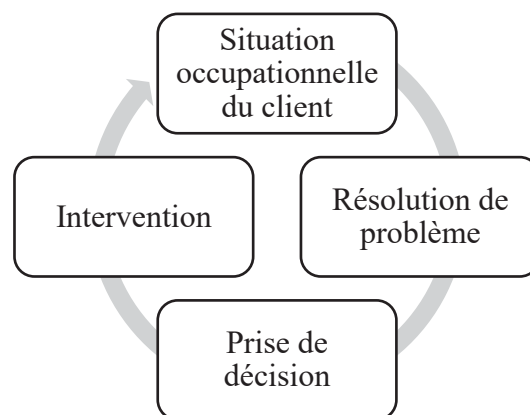
L'objectif de l'étude est de documenter l'expérience de l'application du processus de remotivation auprès des personnes ayant un TMG, et ce, du point de vue de l'ergothérapeute qui l'applique. Plus spécifiquement, cet essai critique vise donc à explorer les éléments qui influencent le raisonnement clinique des ergothérapeutes et qui expliquent leur prise de décision lorsqu'ils appliquent le processus de remotivation.

Cette étude s'avère pertinente pour la pratique auprès des personnes qui ont des problématiques complexes et des difficultés motivationnelles importantes puisqu'elle permet d'informer les praticiens sur la façon de réfléchir et d'appliquer une intervention dont cette clientèle peut bénéficier, soit le processus de remotivation. En d'autres mots, l'étude permet d'outiller les thérapeutes dans leur compréhension du raisonnement clinique en vue d'utiliser une intervention qui vise le changement volitionnel de leurs patients, ce qui favorise la volition et la participation occupationnelle de ceux-ci, d'où la pertinence clinique et professionnelle associée au projet. Puis, au plan scientifique, la façon dont est vécue l'expérience de l'application du processus de remotivation par les ergothérapeutes permet de mieux comprendre les processus ergothérapeutiques implicites et constitue un sujet très peu documenté dans la littérature actuelle. En fait, peu d'études décrivent comment se déroule concrètement l'application du processus de remotivation.

### 3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel utilisé constitue une représentation schématique du raisonnement clinique des ergothérapeutes, paru dans un article de Carrier et ses collaborateurs (2010) et inspiré des travaux de plusieurs auteurs, dont Chris Chapparo et Judy Ranka (2008) cités précédemment. Les principales composantes de ce modèle du raisonnement clinique sont illustrées ci-dessous à la Figure 1. Il s'agit de la situation occupationnelle du client, qui inclut les difficultés éprouvées par celui-ci. Il s'en suit le processus de résolution de problème de l'ergothérapeute en lien avec les difficultés occupationnelles identifiées (incluant la perception du problème et son évaluation), menant à la prise de décision quant au choix de l'intervention et à l'application de celle-ci (boîte « intervention »).

Dans la présente étude, la situation occupationnelle du client correspond aux difficultés volitionnelles perçues par l'ergothérapeute, et l'intervention est constituée des diverses stratégies utilisées par celui-ci dans le cadre de l'application du processus de remotivation. Les autres composantes du modèle seront détaillées aux prochaines sections, qui porteront sur les processus cognitifs qui sous-tendent le raisonnement clinique des ergothérapeutes, soit les processus de résolution de problème et de prise de décision. Enfin, les facteurs qui influencent le raisonnement clinique des ergothérapeutes tels qu'identifiés par les mêmes auteurs seront abordés, ainsi que la pertinence du cadre conceptuel dans cet essai critique.



*Figure 1.* Raisonnement clinique des ergothérapeutes selon Carrier et ses collaborateurs (2010).

### **3.1. Les processus cognitifs**

Les processus cognitifs correspondent à la succession d'opérations mentales mises en œuvre par une personne afin de saisir, stocker et traiter l'information reçue. Il s'agit de l'ensemble des processus élaborés par un système pour analyser des informations et mettre en place l'action adéquate afin d'y répondre (Hordé, 2014). Le raisonnement clinique comprend deux types de processus cognitifs distincts, mais interreliés : la résolution de problème et la prise de décision. La prise de décision inclut l'évaluation des solutions potentielles et le choix de l'une d'entre elles, guidant ainsi l'action de l'ergothérapeute (Carrier et coll., 2010).

#### **3.1.1. La résolution de problème**

La résolution de problème est un processus cognitif qui peut être décrit comme étant la façon dont l'ergothérapeute combine la théorie avec ses expériences personnelles et professionnelles pour s'assurer d'une compréhension de la situation du client (Schell, 2009, cité dans Carrier et coll., 2010). Plusieurs stratégies cognitives ont été identifiées dans le processus de résolution de problème. Toutefois, c'est la reconnaissance de « patrons » (*pattern recognition*) qui est la stratégie la plus utilisée par les ergothérapeutes. Dans le cadre conceptuel du raisonnement clinique des ergothérapeutes de Carrier et ses collaborateurs (2010), la résolution de problème, par la reconnaissance de patrons, comprend quatre étapes. Celles-ci consistent en la détection de problèmes (1) et la perception d'indices provenant de la situation vécue (2). Ces indices donnent accès aux connaissances et expériences passées de l'ergothérapeute (patrons), logées dans sa mémoire à long terme, qui lui permettent de formuler le problème (3), et d'identifier des solutions et stratégies potentielles (4). Ainsi, la résolution de problème est donc suivie par un second processus cognitif, celui de la prise de décision.

#### **3.1.2. La prise de décision**

Le processus de prise de décision comprend quant à lui deux étapes : l'évaluation des solutions ou stratégies potentielles (4) et le choix de l'une d'entre elles (5) (Lindsay et Norman, 1977, cité dans Carrier et coll., 2010). Ce processus conduit donc à l'action de l'ergothérapeute (Rogers et Holm, 1991, cité dans Carrier et coll., 2010). Cette action, c'est-à-dire, l'intervention effectuée par l'ergothérapeute, influencera la situation occupationnelle du client, et donc, la nouvelle formulation du problème, d'où l'aspect cyclique du cadre conceptuel.

### **3.2. Les facteurs qui influencent le raisonnement clinique**

Le raisonnement clinique des ergothérapeutes est influencé par des facteurs internes et externes, qui interagissent entre eux (Barris, 1987, cité dans Carrier et col., 2010). De plus, la façon dont ces facteurs influencent comment les ergothérapeutes pensent et agissent pourrait avoir un impact direct sur la façon dont ils interviennent auprès des clients (Carrier et coll., 2010). Dans le cadre conceptuel utilisé, quatre principaux facteurs (dont deux internes et deux externes) sont mentionnés. Ceux-ci sont détaillés aux sections suivantes.

#### **3.2.1. Les facteurs internes**

Les facteurs internes, c'est-à-dire, propres à l'ergothérapeute, correspondent 1) au niveau d'expertise de celui-ci et 2) à ses caractéristiques personnelles. Le niveau d'expertise de l'ergothérapeute dépend de ses expériences personnelles et professionnelles, ainsi que de la réflexion active qu'il effectue sur ces expériences. Ces dernières donnent accès à un éventail de schémas mnémoniques (patrons) accessibles via les indices perçus dans la situation vécue (Carrier et coll., 2010). Ainsi, la stratégie choisie par l'ergothérapeute pour résoudre la situation occupationnelle du client dépendra notamment de son niveau d'expertise et de ses expériences passées. Ensuite, le second facteur interne identifié par Carrier et ses collaborateurs correspond aux caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute. Ces caractéristiques comprennent notamment sa propre perception quant à sa capacité et son auto-efficacité à traiter le client. En effet, le raisonnement clinique sera différent pour un ergothérapeute qui se sent outillé et en mesure d'intervenir auprès du client, comparativement à un ergothérapeute qui ne croit pas en ses capacités d'agir sur la situation à laquelle il est confronté. Aussi, les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute comprennent l'ensemble de ses connaissances, ainsi que sa conception de l'ergothérapie et de son rôle comme intervenant (Carrier et coll.).

#### **3.2.2. Les facteurs externes**

Les facteurs externes incluent quant à eux 3) les caractéristiques du client et 4) le contexte de la pratique. Les caractéristiques du client comprennent tout ce qui concerne son contexte environnemental (ex. : endroit où il demeure, soutien social, etc.) et ses caractéristiques personnelles. Ces dernières peuvent inclure notamment ses capacités physiques et cognitives, ses valeurs, son niveau de motivation, etc. Le contexte de la pratique, qui constitue le second facteur externe, comprend l'environnement physique, organisationnel et social du lieu où se déroule

l'intervention. Par exemple, le matériel et les ressources disponibles, les politiques de l'établissement et les caractéristiques de l'équipe traitante sont des éléments contextuels susceptibles d'influencer l'action de l'ergothérapeute dans son choix et son utilisation des stratégies d'intervention, dans le contexte de cet essai, celles relatives au processus de remotivation. En effet, le raisonnement clinique ne peut être étudié à l'extérieur d'un contexte de pratique spécifique, d'où l'importance de le considérer (Carrier et coll., 2010).

### **3.3. Justification du cadre conceptuel**

L'objectif de la recherche est de documenter comment se déroule, du point de vue de l'ergothérapeute, l'application du processus de remotivation auprès des personnes ayant un TMG. Afin de documenter son point de vue, il importe de s'intéresser aux processus cognitifs du raisonnement clinique qui sous-tendent ses décisions et donc, à la façon dont il applique le processus de remotivation. Le cadre conceptuel utilisé est directement lié à ces processus cognitifs, qui impliquent la résolution de problème et la prise de décision. Ainsi, étant donné que le but de l'essai est de documenter le raisonnement clinique des ergothérapeutes, il sera pertinent de se questionner par rapport aux principaux concepts présents dans le cadre conceptuel du raisonnement clinique des ergothérapeutes. Par exemple, les facteurs tels que les connaissances utilisées par l'ergothérapeute, les expériences passées auxquelles il se réfère, les indices qu'il perçoit, et les stratégies potentielles utilisées, constituent des éléments du cadre conceptuel pertinents à documenter dans une situation en vue de comprendre le raisonnement clinique de l'ergothérapeute.

## **4. MÉTHODE**

### **4.1. Devis**

Le devis méthodologique de la présente étude est de nature qualitative. Ce type de devis consiste en une étude approfondie et élargie de phénomènes complexes dans des milieux où les interactions se produisent naturellement et ne comporte ni contrôle rigoureux ni manipulation de variables (Fortin et Gagnon, 2016). Dans ce cas-ci, le phénomène complexe étudié correspond à l'application du processus de remotivation auprès des personnes ayant un TMG, du point de vue de l'ergothérapeute qui administre l'intervention. Le devis qualitatif permet d'utiliser les propres mots des participants plutôt que des données numériques (Fortin et Gagnon), ce qui correspond tout à fait à la méthode utilisée dans cette recherche.

Plus précisément, le type d'étude réalisée correspond à un chevauchement entre le récit de pratique et la recherche collaborative. Le récit de pratique peut être défini par la reconstruction d'expériences professionnelles en vue de dégager le sens du vécu (Fortin et Gagnon, 2016). Dans cette étude, il sera effectivement question de reconstruire l'expérience professionnelle vécue par les ergothérapeutes via les entrevues semi-structurées réalisées. Concernant la recherche collaborative, celle-ci implique que le praticien s'engage, avec le chercheur, à explorer un aspect de sa pratique et que l'objet même de la recherche porte sur leur compréhension de cet aspect dans un contexte spécifique (Morrissette, 2013). Dans cette étude, le chercheur, qui correspond à la personne ayant réalisé les entrevues, et l'ergothérapeute explorent ensemble l'objet de la recherche qui consiste en l'application du processus de remotivation dans un contexte bien défini. De plus, la recherche collaborative comprend un rapprochement entre le domaine de la recherche et celui de la pratique professionnelle (Morrissette). Le travail effectué entre le chercheur et l'ergothérapeute vise à faire avancer la recherche, via la réflexion faite sur la pratique professionnelle du clinicien.

Enfin la présentation des résultats se fera sous forme d'une étude de cas multiple. Ce type d'étude vise à faire état d'une situation réelle particulière, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Fortin et Gagnon, 2016). Dans cette recherche, deux cas sont utilisés pour étudier le phénomène de l'application du processus de remotivation. L'étude de cas multiple met en perspective plusieurs cas, ce qui permet de faire ressortir les éléments communs et ceux distincts



entre ceux-ci. Cette particularité de ce type d'étude permet de comprendre le cas en profondeur en reconnaissant sa complexité dans son contexte (Fortin et Gagnon).

Il importe également de mentionner que cette étude porte sur une partie des données obtenues dans le cadre d'une autre étude qui traite du développement motivationnel lors du processus de remotivation auprès des personnes TMG. De plus, une partie de la section « Méthode » provient du protocole de cette même étude. Plus précisément, cette dernière visait à répondre aux questions suivantes a) Comment le processus de remotivation est-il appliqué par les ergothérapeutes auprès de personnes ayant un TMG, c'est-à-dire, quelles sont les activités cliniques et les interventions utilisées dans le cadre de cette approche? b) Quels sont les bienfaits de cette intervention sur l'engagement occupationnel de ces personnes? c) Quelles sont les facilitateurs et les obstacles rencontrés par les ergothérapeutes lors de la mise en application de cette intervention?

## **4.2. Participants**

Les participants de l'étude sont des ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes ayant un trouble mental grave ainsi que les clients suivis par ceux-ci.

### **4.2.1. Critères d'inclusion des ergothérapeutes**

Les ergothérapeutes participants devaient répondre aux critères de sélection suivants : (1) parler français; (2) détenir au moins 1 an d'expérience en tant qu'ergothérapeute; (3) travailler auprès de personnes ayant un TMG; (4) avoir utilisé le processus de remotivation avec au moins 1 client; (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 autoformation à l'aide du manuel d'utilisation; (6) être disponible pour la durée de l'étude (4 à 6 mois); (7) travailler dans les régions de Montréal, Trois-Rivières/Mauricie ou Québec.

### **4.2.2. Critères d'inclusion des personnes recevant l'intervention**

Pour ce qui est des clients participants, ceux-ci devaient répondre aux critères de sélection suivants : (1) être suivis par les ergothérapeutes recrutés pour l'étude dans le cadre de l'intervention du processus de remotivation; (2) satisfaire aux critères et présenter un diagnostic d'un trouble mental grave tel que défini par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2007). Cette définition inclut : avoir un diagnostic de l'axe 1 du DMS-IV, être suivi à long terme par une équipe en psychiatrie (minimum 2 ans), et avoir un score  $\leq 50$  à l'axe 5

du DSM-IV TR. Les autres critères de sélection sont : (3) être âgé entre 18 et 60 ans inclusivement; et présenter des difficultés motivationnelles affectant leur engagement dans des occupations, tel qu'évalué par l'ergothérapeute et/ou l'équipe traitante. Les critères d'exclusion sont de présenter un handicap physique majeur et avoir un diagnostic d'abus de substance dont la problématique est prédominante.

#### **4.2.3. Modalité de recrutement**

L'échantillonnage des ergothérapeutes participants a été fait par choix raisonné et par réseau. L'échantillonnage par choix raisonné consiste à recruter les participants qui présentent des caractéristiques typiques, soit les critères de sélection déterminés, tandis que l'échantillonnage par réseau constitue la sélection des participants en fonction de leurs liens avec un réseau (Fortin et Gagnon, 2016). Ces approches s'avèrent pertinentes étant donné le nombre limité de participants potentiels vu l'aspect novateur et peu connu du processus de remotivation. Plus précisément, les ergothérapeutes ont été recrutés par le biais d'annonces par courriel, et par communication personnelle avec le chercheur selon l'intérêt qu'ils ont manifesté suite à l'annonce d'une formation sur le processus de remotivation. Ceux-ci devaient avoir obtenu l'accord de leur chef de service et de toute autorité responsable dans leur institution afin de participer à l'étude.

#### **4.3. Collecte de données**

Dans cette recherche, les données recueillies auprès des ergothérapeutes participants afin de documenter leur expérience dans l'application du processus de remotivation ont été obtenues par entrevues semi-structurées. Les canevas ont été formulés et révisés par un expert en recherche. Les entrevues ont été effectuées à plusieurs moments au cours de l'application de l'intervention, dont en début de prise en charge, à différents moments après le début de l'intervention et à la fin de l'intervention, pour un total de 4 à 5 entrevues. Celles-ci ont été enregistrées et transcrites en verbatim pour enfin être analysées.

#### **4.4. Analyse des données**

Les verbatim obtenus ont été soumis à une analyse thématique. Selon Paillé et Mucchielli (2008), la thématization est la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs de contenu analysé, et ce, en rapport à la problématique de la recherche. Elle consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à l'examen déductif des thèmes pertinents (Paillé et Mucchielli). Ainsi, la thématization vise à faire ressortir ce qu'il y a de

fondamental dans le texte en question. Pour ce faire, l'émergence des thèmes utilisés provient notamment des concepts centraux du cadre conceptuel du raisonnement clinique des ergothérapeutes de Carrier et ses collaborateurs (2010), ainsi que des facteurs influençant ce raisonnement clinique, tel que mentionné précédemment. De plus, certains thèmes ont émergé de façon inductive, c'est-à-dire au fur et à mesure de la lecture des données, sans être basés sur un modèle ou un cadre conceptuel en particulier. Une attention a été portée à ce que les thèmes identifiés reflètent le plus possible l'état d'esprit dans lequel se trouve l'ergothérapeute, afin de demeurer fidèle aux propos de celui-ci.

#### **4.5. Considérations éthiques**

D'abord, le nom des participants a été remplacé par un code, assurant ainsi la confidentialité de ceux-ci. Les données recueillies sont conservées sous clé dans le laboratoire de recherche du département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et seuls les membres de l'équipe de recherche y ont accès. L'enregistrement des entrevues a été écouté uniquement par les membres de l'équipe de recherche a été détruite suite à la transcription de celles-ci en verbatims. Les documents comprenant ces verbatims sont sécurisés via un mot de passe. De plus, les renseignements obtenus seront conservés sept ans après la fin de l'étude, après quoi ils seront détruits. Par ailleurs, les résultats de la recherche ne permettront en aucun cas d'identifier les participants. Enfin, un certificat d'éthique portant le no. CER-13-194-07.13 a été obtenu à l'UQTR et aux institutions des ergothérapeutes participants pour la réalisation de ce projet. Pour préserver l'anonymat des ergothérapeutes, ceux-ci ne sont pas joints à cet essai. Toutefois celui obtenu à l'UQTR se trouve à l'annexe B du présent document.

## 5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats obtenus à partir des données recueillies par entrevues semi-structurées auprès des deux ergothérapeutes participants (n=2), provenant de milieux distincts. En fait, suite au recrutement, trois ergothérapeutes se sont montrés intéressés à participer. Toutefois, l'un d'entre eux a dû se retirer en raison de l'hospitalisation de son client à qui il intervenait avec le processus de remotivation. Les caractéristiques sociodémographiques des ergothérapeutes participants sont détaillées au Tableau 2.

Les résultats obtenus suite à l'analyse des verbatim des entrevues sont présentés notamment selon les différents facteurs provenant du cadre conceptuel expliqué précédemment, soit le Modèle du raisonnement clinique des ergothérapeutes de Carrier et ses collaborateurs (2010). Ainsi, cette section décrit d'abord, pour les deux ergothérapeutes, des facteurs internes et des facteurs externes influençant leur raisonnement clinique, ainsi que les caractéristiques de la relation thérapeutique établie entre eux et leur client. Puis, les stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors des interventions et la façon dont ils se sont servis du guide de l'intervenant du processus de remotivation et du questionnaire volitionnel sont ensuite présentées. Ces éléments ne sont pas nommés spécifiquement dans le cadre conceptuel, mais favorisent la compréhension de l'application du PR et du raisonnement clinique. Il s'en suivra un aperçu de l'évolution volitionnelle des clients dans l'optique de rendre compte du résultat de l'intervention. Dans un souci de simplifier la lecture, les clients portent le numéro associé à l'ergothérapeute (par exemple : le client du participant #1 sera nommé « client #1 »).

Tableau 2.  
*Caractéristiques sociodémographiques des participants*

# de participant	1	2
Âge	25 ans	49 ans
Genre	Masculin	Masculin
Années d'expérience	2,5 ans	26,5 ans
Années d'expérience auprès des personnes ayant un TMG	2,5 ans	26,5 ans
Année d'obtention du diplôme	2011	1987
Milieu(s) clinique(s) actuel(s)	Évaluation et traitement sur les unités de vie médico-légales	Réadaptation auprès des personnes ayant un trouble affectif
Formation quant à l'utilisation du PR	Par auto-apprentissage via le « guide de l'intervenant » du PR ainsi qu'à travers des séances de mentora	Formation de 3 jours par Carmen Gloria de las Heras (2006)
Application du PR sur no. personnes ayant un TMG	3 personnes	Environ 40 personnes

## 5.1. Participant # 1

### 5.1.1. Facteur interne : caractéristiques personnelles du participant #1

Cette section aborde les principales caractéristiques personnelles du participant #1. Plus précisément, il s'agit de la façon dont celui-ci se décrit, en lien avec l'application du processus de remotivation. Le participant #1 possède un intérêt marqué envers le processus de remotivation et une motivation importante quant à l'utilisation de cette approche : « J'aime beaucoup le processus de remotivation (...) C'est une approche qui est très ergo. et ça me motive encore plus à l'utiliser, ça me motive aussi pour trouver des façons de faire et des stratégies pour mener mes interventions. » De plus, il se décrit comme étant quelqu'un de créatif et original, qui aime utiliser des stratégies différentes. Il identifie ces caractéristiques comme des éléments facilitants dans l'application du processus de remotivation :

Comme facilitant, je suis quelqu'un qui est assez créatif et original, dans le sens que je ne suis pas très conventionnel dans mes approches. J'aime bien essayer des choses (...) même si ça sort un peu des normes (...) je pense que c'est intéressant parce que des fois il faut essayer de nouvelles choses avec le processus de remotivation.

Une autre caractéristique personnelle identifiée par l'ergothérapeute comme étant un facilitateur est sa persévérance. Il s'agit selon lui d'un atout, particulièrement chez la clientèle

concernée dont les changements volitionnels peuvent se faire à un rythme très lent. Aussi, il dit aimer prendre des risques: « J'ose, j'aime prendre des risques, calculés bien sûr, mais... si on est trop dans notre confort, (...) il va rien se passer. (...) J'aime prendre des risques, car sinon, dans une situation d'inertie, il ne va rien se passer. »

### **5.1.2. Facteur interne : niveau d'expertise du participant #1**

Le participant #1 possède 2 années et demie d'expérience en tant qu'ergothérapeute intervenant auprès d'individus présentant un trouble mental grave, comme l'indique le Tableau 2. Celui-ci a appliqué le processus de remotivation auprès de trois personnes, incluant le client de la présente étude. Il mentionne avoir appris pendant sa première année de pratique, d'un mentor ayant de l'expérience notamment dans l'application du processus de remotivation. Il rencontrait cette personne à chaque trois ou quatre semaines et effectuait avec lui une démarche réflexive quant aux suivis des clients. Il considère que ces périodes de mentorat ont été bénéfiques pour sa pratique, et particulièrement dans sa façon d'appliquer le processus de remotivation.

#### *5.1.2.1. Processus réflexif concernant l'expérience de l'ergothérapeute avec le PR*

Le participant #1 reconnaît l'importance de porter une attention particulière aux émotions vécues en tant que thérapeute, dans le cadre de l'application du processus de remotivation. Étant donné le projet de recherche qui implique la complétion de journaux de bord après chaque rencontre, l'ergothérapeute a été selon lui, davantage à l'écoute de ses émotions et de ce que ce le client pouvait lui faire ressentir, l'amenant à être conscient de l'impact des émotions sur l'intervention. Il mentionne également avoir été déstabilisé par moment, en raison de la fluctuation du niveau de motivation du client. L'extrait suivant démontre certaines émotions vécues durant le processus : « Des fois un peu d'incertitude, impuissance par rapport à la situation du patient, stagnation, impression qu'on ne bougeait pas. Ça m'amenait à me questionner, c'est tu moi, mon intervention, comment il me fait réagir par rapport à sa situation? » D'ailleurs, par rapport aux journaux de bord, il mentionne notamment :

Le fait de faire un journal de bord et tout ça m'amène quand même davantage à porter attention, un côté introspectif un peu plus développé pour ce client-là où je m'analyse un peu plus aussi donc c'est sûr que je prends plus de recul veut veut pas aussi à cause de ça. (...) de réanalyser un peu comment je me situe par rapport à ça puis pourquoi j'interviens, c'est quoi mon rationnel. (...)

Aussi, le participant #1 qualifie de « marathon », l'application du processus de remotivation avec ce client. Il mentionne qu'il s'agit d'une intervention de longue haleine, un défi et un long processus. Toutefois, il précise : « un beau processus quand même parce que personnellement moi j'ai vu une belle évolution au courant des semaines. » En effet, malgré qu'il considère que l'évolution a été « très très très lente » et qu'il s'est souvent senti impuissant face à la situation, l'expérience a été vécue comme une réussite :

Moi j'ai trouvé ça vraiment une belle intervention, une belle expérience aussi même si ce n'est pas facile en même temps ici il n'y a aucun cas qui est facile. À chaque cas on a autant des défis, c'est tout le temps des suivis à long terme fait que je suis habitué. (...) Ça l'a été pour moi une expérience quand même de réussite.

En effet, tel qu'indiqué aux figures 1 et 2, l'évolution volitionnelle n'est pas un processus linéaire : « des fois peut-être qu'on recule quelques fois, peut-être on stagne un peu, mais on est capable d'avancer un petit peu là même si ça peut être difficile. » De plus, il aborde par moment l'aspect subjectif et personnalisé du processus de remotivation qui ne consiste pas à appliquer systématiquement une série d'étapes bien définies : « Le processus de remotivation est très fluide. Ce n'est pas systématique, ce n'est pas un plan de match que tu suis (...) ça se module tellement à chaque patient, à chaque personne. »

### **5.1.3. Facteurs externes : caractéristiques personnelles du client #1 (telles que décrites par le participant #1)**

Le client du participant #1 est un homme âgé de 52 ans, ayant reçu le diagnostic de schizophrénie paranoïaque chronique, dont les symptômes psychotiques ne sont pas bien contrôlés. Il demeure à l'unité médico-légale de l'institution depuis environ 30 ans. Son état clinique fragile est par moment défavorable au déroulement de l'intervention tel que décrit par le participant #1 :

Cette fragilité ne permet pas nécessairement d'avoir tout le temps une intervention comme on voudrait qu'elle le soit. (...) Le patient a des voix qui lui disent de frapper puis on sait qu'il peut les mettre à exécution ces demandes-là, ben des fois faut vraiment beaucoup modifier l'intervention donc on est un peu dépendant de cet état-là qui est changeant chaque jour (...).

Sa situation occupationnelle, telle que décrite dans le cadre conceptuel utilisé, est teintée de son impulsivité et de quelques problèmes physiques, dont des douleurs aux dos et aux membres inférieurs, affectant sa volonté de s'engager dans les occupations. Son manque d'énergie constitue également un élément influençant son niveau de volition :

Même au niveau de l'énergie (...) n'avait pas d'énergie à investir là-dedans parce qu'en constante prise avec des hallucinations par exemple, beaucoup d'inquiétude des fois, des idées délirantes, anxiété aussi, donc... ça c'est un obstacle majeur.

#### **5.1.4. Facteur externe : contexte de la pratique**

Le contexte de la pratique comprend les différentes caractéristiques du milieu clinique dans lequel se déroule l'intervention, qui incluent l'environnement physique, organisationnel et social de celui-ci. Certaines de ses caractéristiques constituent des obstacles au déroulement de l'intervention, alors que d'autres sont des facilitateurs, ce qui sera abordé dans les prochains paragraphes.

##### *5.1.4.1. L'environnement physique*

L'environnement physique du milieu clinique constitue majoritairement dans ce cas-ci un élément facilitateur au déroulement de l'intervention, mais s'est également avéré, à certains égards, un obstacle. D'abord, pour les facilitateurs, celui-ci comporte une multitude de ressources matérielles et des endroits pour réaliser diverses activités (ex. : un local pour réaliser des activités d'horticulture, un local de musique, une salle d'entraînement, un gymnase, une piscine, un jardin extérieur, etc.). Cela permet à l'ergothérapeute d'avoir accès à diverses opportunités pour susciter la motivation du client : « Pour l'environnement, ça nous amène plus de possibilités aussi, de choix, d'éléments qu'on peut apporter pour le client, pour susciter la motivation. »

Par contre, tous ces endroits sont situés à une distance considérable, d'environ 500 m du lieu de rencontre de l'ergothérapeute et du client, ce qui constitue une barrière environnementale à la pratique des activités et à la motivation du client: « Les endroits sont loin. On veut avoir accès aux ressources, c'est loin. Le patient qui a déjà peu d'énergie, des problèmes de genoux, (...) donc déjà juste de venir ici c'était déjà trop, il voulait revenir, il était fatigué. » Néanmoins, l'ergothérapeute a proposé une solution alternative: « On peut s'ajuster, (...) on a commencé à faire la moitié du chemin en fauteuil roulant par exemple. Je l'amenais jusqu'ici comme ça il était encore frais, dispos pour participer. C'est des barrières qu'on essaie de contourner. »

##### *5.1.4.2. L'environnement organisationnel*

L'environnement organisationnel du milieu de pratique implique divers éléments qui agissent comme obstacles au déroulement de l'intervention. D'abord, le milieu clinique exige la prise de mesures restrictives, qui limitent le droit aux sorties à l'extérieur de l'unité. En effet, des



mesures de sécurité sont nécessaires afin d'obtenir l'autorisation de quitter l'unité en raison de la dangerosité associée à l'état clinique du patient. Les démarches nécessaires à l'obtention de l'autorisation de la part de l'équipe sont complexes, ce qui affecte considérablement le déroulement des interventions :

Toute l'organisation que ça demande des fois là... on veut aller quelque part, il faut l'autorisation, il faut s'assurer que le patient va assez bien aussi. Des fois, bon, le patient peut circuler sur l'unité sans problèmes, mais on ne l'autorise pas à quitter son unité pour aller à l'extérieur. Des fois il faut que je milite à ce niveau-là, des fois on refuse, c'est compliqué. Ça c'est d'autres obstacles organisationnels par rapport à l'environnement, c'est certain.

Aussi, le milieu clinique impose à l'ergothérapeute un cadre fixe quant aux heures permises pour rencontrer le client. Les interventions doivent donc être réalisées à l'intérieur des heures définies, même si l'état clinique du patient n'est pas adéquat à ce moment. De plus, le milieu institutionnel exige une préparation importante de la part de l'ergothérapeute, ce qui rend complexe l'intervention : « Le milieu institutionnel nous oblige aussi à penser à tout, surtout dans un milieu comme ici où il faut réserver des locaux, aviser des gens, faire des procédures, donc c'est sûr que ça complexifie et ça alourdit la thérapie ».

Toutefois, la flexibilité de la part des supérieurs constitue un facilitateur dans le déroulement de l'intervention : « Pas de pression de mes supérieurs pour me dire : bon il faudrait que tu changes, on n'a pas assez de progrès. J'ai le temps qu'il faut ici avec mes patients, donc ça, c'est un gros plus je dirais. »

#### *5.1.4.3. L'environnement social*

Le contexte de la pratique comprend également des éléments liés à l'environnement social du milieu clinique, qui inclut les autres intervenants de l'équipe traitante. L'ergothérapeute mentionne un manque d'ouverture de la part de l'équipe à collaborer et à s'impliquer dans le processus de remotivation :

Actuellement pour ce client j'ai peut-être pas senti la plus grande ouverture non plus de la part de l'équipe à se joindre un peu à l'intervention et à collaborer avec moi dans une même ligne directrice donc j'ai l'impression que je suis un peu, je dois un peu faire les choses à ma façon sans nécessairement compter sur un support qui pourrait être très bénéfique aussi.

### **5.1.5. La relation thérapeutique**

Les caractéristiques de la relation thérapeutique établie entre l'ergothérapeute et ce client constituent des éléments facilitants à l'application de l'intervention. En effet, le client démontrait une bonne ouverture à s'impliquer avec l'ergothérapeute. Cette ouverture, démontrée de façon verbale et non-verbale (ex. : témoigne l'appréciation des rencontres, présence de sourires lorsqu'il aperçoit l'intervenant), a été facilitée par le fait que le client et l'ergothérapeute se connaissaient déjà. En effet, l'ergothérapeute avait déjà initié des interactions avec lui dans le cadre d'interventions réalisées auprès d'autres clients sur l'unité : « Une relation avec quand même une certaine confiance qui s'est établie entre le client et moi donc c'est sûr que c'est plus aidant d'amorcer une thérapie où déjà la personne fait quand même relativement confiance donc ça aide beaucoup. » Ce lien de confiance a influencé le choix des stratégies : « Déjà d'avoir une confiance et tout on peut oser un peu plus aussi dans nos stratégies pis dans les interventions qu'on fait, donc c'est sûr qu'à ce niveau-là, ça joue beaucoup. »

### **5.1.6. Les stratégies utilisées**

Plusieurs stratégies ont été utilisées par le participant #1 afin de favoriser le cheminement du client à travers les différents stades du processus de remotivation. Certaines d'entre elles se sont vues maintenues tout au long du déroulement de l'intervention, tandis que d'autres ont été utilisées de façon plus sporadique.

#### *5.1.6.1. L'encouragement*

Parmi ces stratégies, l'encouragement constitue l'une d'elles qui reviennent le plus fréquemment dans l'analyse des entrevues réalisées avec ce participant. Dans les entrevues analysées, l'ergothérapeute utilise le terme encouragement pour décrire plusieurs stratégies variées. En effet, l'ergothérapeute mentionne utiliser l'encouragement notamment lors de la prise d'initiatives et l'investissement du client dans les activités. Ainsi, chacune des stratégies rapportées par l'ergothérapeute comme étant de l'encouragement ont été analysées : la validation des intérêts, le fait de témoigner l'appréciation des rencontres, de faire avec le client et de faire devant lui.

### *Validation des intérêts*

L'une des façons d'encourager consiste à valider les intérêts du client en s'intéressant à ceux-ci et en démontrant de l'enthousiasme à participer aux activités avec lui. L'extrait suivant démontre l'application de cette stratégie, qui est davantage utilisée en début d'intervention lors des phases de validation et de découverte de l'environnement :

Une bonne stratégie, je pourrais en revenir à mon exemple où j'ai écouté de la télévision avec mon client, un DVD de musique. Bon certainement, premièrement de s'intéresser à ce que le client venait nous offrir, donc le client m'avait offert : est-ce que tu voudrais regarder ça ? Pis moi avec enthousiasme je dis bien sûr ça me tenterait d'écouter ça avec vous, donc il y a vraiment une validation des intérêts de l'individu, de ce qu'il aime.

### *Témoigner l'appréciation de la rencontre*

Par ailleurs, l'ergothérapeute souligne l'importance de témoigner au client l'appréciation de la rencontre. Cette stratégie s'est avérée particulièrement utile lorsque le client s'excusait d'être moins « performant », ce qui avait un impact négatif sur son sentiment de compétence, selon l'intervenant. En effet, le client pouvait lui dire : « ne perd pas ton temps avec moi, (...) tu pourrais aller voir quelqu'un d'autre si tu veux ». L'ergothérapeute répondait, par exemple : « bin non je suis ici parce que je veux prendre le temps d'être avec vous, (...) c'est vraiment vous que je viens voir pi si ce n'est pas vous bin je retourne à mon bureau ». Selon l'intervenant, cela avait pour effet de renforcer son sentiment d'auto-efficacité et de confiance en lui.

### *Faire avec*

Prendre part à l'activité, ou « faire avec le client », constitue une autre façon d'encourager la prise d'initiatives et l'investissement de celui-ci dans les diverses activités. L'ergothérapeute mentionne : « Puis, beaucoup de faire avec, donc c'est sûr que j'ai regardé avec lui, (...) on a regardé ça ensemble ».

### *Faire devant*

Dans un même ordre d'idée, l'ergothérapeute a utilisé une autre stratégie, « faire devant », pour encourager le client à se mettre en action dans l'activité. Il s'agit de « briser la glace ». Cette stratégie s'avère utile lorsque le client ne participe pas d'emblée à l'activité, afin de favoriser l'initiation de celle-ci et « tenter d'activer quelque chose ». Il décrit cette stratégie comme suit :

C'est quelque chose qui n'est pas nécessairement naturel, mais des fois de faire sans lui pis espérer qu'il se joigne. (...) Admettons d'être en bas, d'être assis au gymnase, pi soi-même prendre un ballon, commencer à faire quelques paniers pi ah finalement le patient lui se mobilise après. (...) C'est une autre stratégie qui m'a marqué, qui est très efficace aussi pi qui marche bien là. (...) Si on va à la piscine pi il est réticent à se baigner bin on rentre dans la piscine en premier, pis on espère que le patient va suivre pis souvent ça fonctionne. (...) C'est ma priorité, la meilleure stratégie pour moi en tous cas.

#### 5.1.6.2. Préparer plusieurs alternatives d'activités

L'ergothérapeute favorise l'exploration des objets, des activités, des habiletés, des valeurs et des intérêts du client. Il mentionne fréquemment qu'il prévoyait plusieurs alternatives d'activités pouvant intéresser le client, ce qui exige une préparation importante : « Donc ça demande aussi beaucoup de préparation dans le fond parce que moi je vais préparer quand même un éventail d'expériences que le client pourrait vivre. » Cette préparation rigoureuse était plus importante en début de thérapie lorsque le patient n'était pas encore en mesure d'identifier ce qu'il aimait. Celle-ci sera de moins en moins nécessaire au fil des rencontres lorsque le client aura identifié ses intérêts. L'extrait suivant illustre un exemple de l'utilisation de cette stratégie :

Mais il y avait d'autres options qu'on avait préparées quand même en thérapie, là, (...) les thérapies sont souvent organisées comme s'il y a plusieurs possibilités qui sont planifiées. Donc si le badminton ne fonctionnait pas, j'avais déjà autre chose que le patient pouvait essayer pour explorer.

Un autre des stratégies utilisées consiste à rencontrer celui-ci quelques jours à l'avance et discuter de ce qui pourrait être fait durant la prochaine rencontre. Dans l'extrait suivant, l'ergothérapeute, explique comment le client en est arrivé à identifier des éléments pouvant l'intéresser :

Avec le patient, je venais un petit peu à l'avance aussi. Disons que la thérapie était le jeudi, je venais le mardi, on discutait un peu de ce qu'il aimerait faire durant la semaine, il me ciblait de lui-même des fois 2 à 3 choses qui pouvaient l'intéresser, donc ça me permettait moi aussi de mieux m'organiser en conséquence. Mais ce moment-là était possible à cause de d'autres expériences où justement, il n'a pas eu à planifier lui-même, ni d'identifier ses intérêts parce qu'il avait de la difficulté à le faire, mais après ça, c'était plus facile, (...) de faire des choix par rapport aux expériences passées.

### 5.1.6.3. *Faire des liens avec les intérêts passés du client*

L'ergothérapeute tente également de faire des liens avec les intérêts passés du client pour susciter sa motivation. Pour obtenir l'information pertinente relative à son passé, il discute avec lui, tel que l'illustre l'extrait suivant : « J'ai été capable d'aller chercher des expériences antérieures par son vécu, en parlant de lui, de ce qu'il était avant et tout, d'aller chercher des petites brides d'information pour essayer aussi d'appliquer notre intervention. ». Il mentionne l'importance de partir des intérêts du client, en tout temps, particulièrement lorsqu'il se situe dans la phase exploratoire.

C'est beaucoup sur les choix, les préférences du client. (...) Il avait beaucoup aimé lancer un ballon dans un panier, un peu comme le basketball. Fait que j'ai amené le ballon de basketball. Je sais qu'il aime beaucoup la musique, (...) j'avais disposé certains objets dans la salle de musique aussi. (...) Je me fie beaucoup sur les intérêts ou sur ce que je pense que monsieur pourrait aimer dans ces activités.

### 5.1.6.4. *Adapter l'activité pour offrir des expériences positives*

Selon l'ergothérapeute et en concordance avec les principes du PR, il est important d'offrir au client des expériences positives. L'ergothérapeute explique que l'engagement dans une occupation est plus facile si le client a déjà vécu l'expérience et que celle-ci s'est avérée positive, comme l'illustre l'exemple suivant : « Une fois que mon client a réussi à l'extérieur une fois, c'est un peu plus facile de répéter l'expérience par la suite. (...) La deuxième fois, même la troisième fois, ça l'a été plus facilitant. » L'ergothérapeute mentionne également à quelques reprises l'importance d'offrir des expériences adaptées aux capacités physiques et cognitives du client et que celui-ci vive des réussites. Cette stratégie est davantage présente en début de thérapie lorsque ce dernier se situe à la phase exploratoire. Il explique que le fait de vivre des situations d'échec nuirait grandement au déroulement de l'intervention :

Il y a un souci de mobiliser ce client-là, mais si c'est fait d'une façon qui n'est pas nécessairement la plus bénéfique, bin ça peut avoir un effet inverse pi de remettre, de re-cantonner ce client-là dans une inertie, dans une démotivation si on l'amène par exemple dans un groupe de sport où le niveau est très élevé, lui a une douleur au genou ou peu importe et tout, finalement ne vit pas ça positivement bin malheureusement on se bloque des portes aussi. Peut-être que ça va reprendre du temps avant de redéfaire ce pattern-là, avant de pouvoir peut-être réengager ce genre d'occupation-là.

Au fil des semaines, lorsque l'individu chemine à travers la phase exploratoire, l'ergothérapeute visait davantage à exposer le client à vivre de nouvelles expériences et en sortant du milieu connu.

#### *5.1.6.5. Éviter d'avoir des attentes*

Le fait de ne pas avoir d'attentes et d'être patient envers le client constitue une attitude privilégiée par l'ergothérapeute. Cela implique de suivre le rythme du patient et d'éviter de lui imposer une pression à s'engager dans l'activité. Cela s'avère particulièrement important en début d'intervention, dans les premiers stades de la phase d'exploration. En lien avec ce qui a été dit précédemment, cette attitude vise à produire des expériences positives pour le client, et surtout, éviter les expériences négatives qui nuiraient par la suite à son engagement dans l'activité. À ce sujet, l'ergothérapeute mentionne notamment :

C'est le fait de ne pas avoir d'attentes, de ne pas espérer, ne pas s'attendre à ce qu'il fasse... c'était vraiment important comme stratégie que j'avais pi ça l'a été quelque chose qui a permis de le mobiliser finalement hors unité. Pi même si des fois, bon, on se ramassait bredouille, (...) on revient t'sais, pi c'est correct il n'y a pas de problème t'sais c'est ça c'est de ne pas avoir d'attentes nécessairement, c'est important, surtout au début.

D'ailleurs, à cet effet, l'ergothérapeute mentionne également une attitude à adopter, qui consiste à être patient et prendre le temps nécessaire avec le client :

Il faut vraiment prendre le temps pi ne pas devancer le client non plus, pas trop vouloir pour le client (...) Je pense vraiment d'être patient, pi bon même si je parlais de sentiment un petit peu de stagnation, bon bin c'est quand même de dealer avec ça pi d'accepter de... t'sais prendre notre temps dans le fond.

#### *5.1.6.6. Amener le client à s'observer suite aux rencontres*

Lorsque ce dernier était plus avancé dans la phase d'exploration et qu'il était plus affirmatif dans ses choix, l'ergothérapeute questionnait davantage le client afin qu'il comprenne mieux ses décisions et l'aider à prendre conscience de ce qu'il a vécu. Au fil des rencontres, l'ergothérapeute cherchait de plus en plus à obtenir la rétroaction du client concernant le déroulement de celles-ci. Il explique que : « c'est plus vers la fin que j'ai commencé, je sentais que je pouvais plus le faire parce qu'il avait déjà plus de motivation, plus de mobilisation ». Il mentionne également :

Au début de la thérapie c'est moins... (...) pas trop de feedback, je n'allais pas chercher pi vers la fin c'était plus, bon, ah comment c'était aujourd'hui? Qu'est-ce

que vous avez aimé? Qu'est-ce qui était moins bien? (...) Il y a vraiment un processus plus de comment tu as vécu ton expérience, vraiment plus cette fois-là parce que on était plus loin dans le processus un petit peu pi on était rendu là à se questionner plus pi mieux comprendre ses choix aussi, ça aide je trouve à ce que la personne définisse un peu ce qu'il aime vraiment. Fait que c'est de reprendre conscience de comment c'était cette rencontre-là parce que le processus était absent au début, mais ce n'était pas nécessaire, (...) plus ça allait, plus il était affirmatif dans ses choix. C'est de prendre conscience justement pour l'aider à mieux choisir aussi pour le futur.

### 5.1.7. Utilisation du guide de l'intervenant et du questionnaire volitionnel

Le participant #1 dit avoir lu le guide de l'intervenant de Carmen Gloria de las Heras et ses collaborateurs (2003) au complet, de 2 à 3 reprises afin de bien comprendre les interventions et les principes du processus de remotivation. Il affirme s'y référer très souvent pour situer le participant dans le stade en fonction de ses comportements volitionnels et ainsi utiliser les stratégies correspondantes qui sont proposées dans le guide de l'intervenant :

Je m'y réfère beaucoup encore vraiment. (...) À chaque semaine j'ouvre mon livre, pis je regarde un peu où je suis rendu, avec le comportement du client par rapport à ce qui est écrit dans le guide. Sérieusement je suis assez, je suis assez « by the book ». (...) Je change très peu les stratégies qui sont proposées dans le guide. (...) Je fais pas mal tout ce qui est dit dans le guide là. Logiquement je me colle beaucoup au guide, je m'y réfère encore beaucoup, pour savoir bon je me situe où.

De plus, en raison du protocole de recherche, l'ergothérapeute utilise le questionnaire volitionnel (QV) après chaque session de thérapie. Ainsi, les indices perçus facilitant la prise de décision (tel qu'expliqué à la section consacrée au cadre conceptuel), correspondent principalement aux items à observer, c'est-à-dire, aux comportements indiqués dans le QV. D'ailleurs, il dit : « Je me sers beaucoup du guide et de l'outil d'évaluation VQ, pour garder mon alignement sur le processus de remotivation. »

### 5.1.8. L'évolution volitionnelle du client #1

La Figure 2<sup>1</sup> démontre que l'évolution volitionnelle ne constitue pas un processus linéaire. Toutefois, au fil des semaines, une progression du niveau de volition du client est objectivée par

---

<sup>1</sup> Aubin, G. & Marquis, M.A. *The application of the Remotivation Process in different contexts: Case Studies from Canadian Mental Health Daily Practice*. Communication au 4th International Model of Human Occupation Institute, Indianapolis, Indiana, États-Unis, 23 et 24 octobre 2015.

les résultats obtenus aux questionnaires volitionnels (QV) (voir Annexe A pour plus d'informations sur le QV). En fait, il s'agit du score total des 14 items de la hiérarchie des comportements volitionnels évalués. L'absence du trait vert signifie une interruption du suivi en raison de l'état clinique du client. Ainsi, le client a débuté l'intervention en phase d'exploration avec un score de 22/56. Lors des premières rencontres, l'activité réalisée consistait principalement à écouter des DVD de musique en compagnie de l'ergothérapeute. En effet, le client était musicien lorsqu'il était adolescent et la musique constitue sa principale passion. « En première rencontre, le patient me suggère d'emblée que la rencontre suivante nous pourrions écouter un DVD de musique qu'il possède d'un spectacle. » Cette activité a suscité chez le client quelques signes de volition, par sa curiosité principalement :

Finally on fait un peu de curiosité et tout. Il a décidé de mettre le DVD dans la télévision et de regarder ça pour une courte période avec moi. Donc quand même on a vu, c'est un changement très banal, mais quand même, depuis le début, c'est une petite évolution.

Au fil des semaines, l'ergothérapeute identifie quelques changements au niveau de la volition du client. D'abord, ce dernier anticipe davantage les thérapies : « Dans le fond il sait que je viens et il sait que quand je viens il va se mobiliser pour faire quelque chose. Souvent le patient m'arrive d'emblée pi il me dit on sort tu aujourd'hui monsieur de l'unité... » Aussi, il est de plus en plus capable de faire des choix et accepte plus facilement de prendre part à de nouvelles activités, autres que celles qui lui sont familières (ex. : baignade à la piscine) :

Les premiers objectifs, c'était qu'il soit capable d'essayer des nouvelles choses, qu'il soit capable d'oser, de s'investir dans des choses peu familières pour lui, au-delà d'écouter de la musique ou de faire juste une discussion avec quelqu'un. Donc de faire des nouvelles choses, et ça, il a commencé à le faire, donc il y a vraiment eu un progrès à ce niveau-là. (...) Il me disait qu'il voulait retourner à la piscine, que c'était vraiment intéressant (...) Il y a moyen de faire les choix maintenant un peu plus comme tel, de trouver des choses qui l'ont accroché ou non.

Les activités réalisées en dehors de l'unité, donc dans un nouvel environnement, comme la piscine, le gymnase et la cuisine, suscitaient davantage de comportements volitionnels comparativement aux activités effectuées sur l'unité. La Figure 2 illustre ces propos en considérant l'atteinte de scores plus élevés lors de la réalisation de ces activités nouvelles. Enfin, au bout de la



32<sup>e</sup> semaine, alors que le client avait atteint le début de la phase de compétence selon l'ergothérapeute, son score au QV se situait à 35/56.

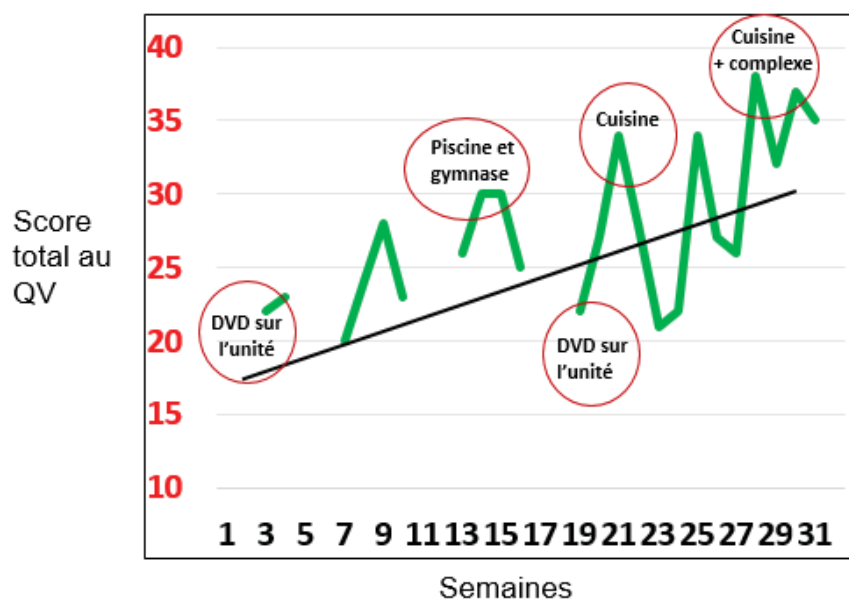


Figure 2. Questionnaire volitionnel : score total du participant #1

## 5.2. Participant #2

### 5.2.1. Facteur interne : caractéristiques personnelles du participant #2

L'analyse des entrevues réalisées auprès du participant #2 a permis de faire ressortir quelques caractéristiques propres à celui-ci, en lien avec l'application du processus de remotivation. D'abord, il se considère comme quelqu'un d'intuitif dans sa pratique. Il fait davantage confiance à son ressenti, plutôt que de se référer constamment au guide d'utilisation de l'intervention. Il illustre cela par le fait qu'il juge moins important de situer précisément le stade correspondant dans les phases du processus de remotivation et d'appliquer la stratégie associée. De plus, il affirme que l'une de ses forces naturelles est sa capacité de réflexion, à découvrir un sens à ce qu'il observe dans ses interventions. Puis, il n'accorde que peu d'importance au diagnostic du patient dans le cadre de l'application du processus de remotivation. Il considère que peu importe le diagnostic émis, les grands principes de l'intervention vont demeurer les mêmes, tel que l'illustre cet extrait : « Quant à moi là la personne peut avoir n'importe quel trouble, n'importe quel problème (...) ça m'importe peu, mais c'est juste pour m'aider à comprendre à qui j'ai affaire. (..) Les grands principes d'intervention vont rester là. » Enfin, le participant #2 possède un intérêt marqué pour

cette intervention qui devrait selon lui être intégrée d'emblée à la formation des ergothérapeutes et utilisée davantage dans la pratique professionnelle.

### **5.2.3. Facteur interne : niveau d'expertise du participant #2**

Le participant #2 possède plus de 26 ans d'expérience comme ergothérapeute intervenant auprès des personnes ayant un trouble mental grave, tel qu'indiqué au Tableau 2. Celui-ci a également de l'expertise dans l'application du processus de remotivation puisqu'il a utilisé cette intervention avec plus de 40 personnes au cours de sa carrière. D'ailleurs, il a suivi une formation de trois jours donnée par l'auteur du processus de remotivation, soit Carmen Gloria de las Heras, sur l'utilisation de cette intervention.

#### *5.2.3.1. Processus réflexif concernant l'expérience de l'ergothérapeute avec le PR*

Le participant #2 affirme que la complétion des journaux de bord réalisés dans le cadre de sa participation au projet de recherche lui a permis de prendre un moment pour se questionner et se recentrer sur ce qui se passait avec sa cliente. Selon lui, il s'agit d'une forme « d'auto-prise-de-conscience » par rapport à ce qu'il vit et cela constitue un moyen intéressant d'apprendre à se découvrir soi-même, à travers l'expérience thérapeutique. Il explique également que les émotions vécues en tant que thérapeute influencent le déroulement de l'intervention, ce qui justifie l'importance de porter une attention particulière à la façon dont est vécue l'expérience du point de vue de l'ergothérapeute. Par exemple : « Les premiers temps c'était tellement négatif que ça venait jouer sur ma motivation moi-même à poursuivre l'intervention. » Aussi, son expérience professionnelle dans l'application du processus de remotivation est également venue teinter sa motivation à poursuivre l'intervention :

Bin oui ça vient teinter, c'est certain. À un moment donné là, je croyais plus au processus de remotivation à cause de mon expérience passée qu'en la madame. Ça m'a aidé à poursuivre. C'est difficile, j'aurais le goût d'abandonner, et avec l'expérience que j'ai avec les autres quand on persiste il finit par se passer quelque chose. Donc ça ça m'a aidé à continuer.

Au même titre que le participant #1, il mentionne des éléments illustrant l'aspect non linéaire de l'évolution volitionnelle de la cliente : « Donc on fait quand même un grand bout de chemin, mais on revient souvent à la case départ. » Il mentionne également avoir trouvé difficile l'application du processus de remotivation auprès de cette cliente : « Bin c'est pas évident. C'est difficile. C'est une dame qui présente plusieurs obstacles du côté de l'engagement dans le processus

(...) On a de la difficulté à passer à un autre niveau. » Il explique que l'apparition de comportements volitionnels s'est effectuée tardivement : « puis c'est venu sur le tard, c'est venu sur le tard là on trouvait ça dur cheminer avec elle ce n'était pas évident. » Enfin, il affirme que le processus de remotivation comprenant une série de stades associés aux différentes phases est « complexe et difficile à intégrer. »

### **5.2.3. Facteur externe : caractéristiques personnelles du client #2 (telles que décrites par le participant #2)**

La cliente du participant #2 est une femme de 41 ans atteinte de dépression majeure. Des traits d'un trouble de la personnalité sont également suspectés, ainsi qu'une difficulté au niveau de la gestion émotionnelle. Mme présente aussi des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire dans la réalisation de certaines activités. Elle doit également faire face à des variations de son niveau d'énergie, dépendamment des symptômes associés au trouble de l'humeur. De plus, Mme est en arrêt de travail depuis 5 ans et habite avec son conjoint à leur domicile. Elle est décrite comme une femme très sociable, qui s'exprime facilement et qui aime discuter. L'une des valeurs importantes pour elle concerne la productivité. En effet, avant l'apparition des symptômes dépressifs, Mme travaillait énormément et cherchait à obtenir son autonomie financière :

C'est quelqu'un qui travaillait beaucoup beaucoup beaucoup, qui faisait beaucoup d'argent, donc la valeur monétaire c'est une valeur importante, l'autonomie financière. (...) C'est une dame qui a performé beaucoup. Mais en même temps c'est une vie où elle s'est épuisée. Mais le deuil de ce genre de vie là, ce style de vie là, il n'est pas fait.

Elle détient également un rôle d'aidante auprès de son père qui a des problèmes de santé. Ce rôle a aussi influencé le déroulement des interventions en raison de l'énergie que cela lui demandait. L'ergothérapeute mentionne que : « il y a ça qui la tracasse et qui lui demande beaucoup d'énergie ».

### **5.2.4. Facteur externe : le contexte de la pratique**

Le contexte de la pratique de cette situation implique, en plus de certains éléments relatifs à l'environnement organisationnel physique et social du milieu clinique, la présence d'une compagnie d'assurance dont l'impact sur le déroulement de l'intervention sera discuté à la présente section.

#### 5.2.4.1. *Situation financière de la patiente*

Suite à l'arrêt de travail de Mme, l'assureur impliqué paie une indemnité d'assurance salaire et exerce donc une pression sur celle-ci afin qu'elle se mobilise et atteigne un certain niveau de fonctionnement en vue d'un retour au travail. Ce facteur constitue donc une motivation externe qui pousse Mme à s'impliquer dans l'intervention, ce qui peut être facilitant pour favoriser sa mise en action. De plus, Mme est accompagnée par une conseillère en réadaptation. Il y avait donc une personne externe qui travaillait en complémentarité à l'ergothérapeute pour aider à ce que Mme se mobilise et entreprenne des démarches visant à réintégrer le marché du travail.

Il y a une motivation externe qui nous aidait beaucoup, c'est l'assureur, la conseillère en réadaptation qui est en train d'accompagner madame sur (..) dans le fond ce que moi j'aurais tenté de faire, je ne suis pas arrivé à faire, la dame le fait plutôt avec la conseillère en réadaptation de l'assureur.

Toutefois, en raison de problèmes financiers, Mme devra déclarer faillite lorsqu'elle retournera au travail. Cela constitue selon l'ergothérapeute, un obstacle à sa mise en action, car elle sait que cela lui sera inévitable lorsqu'elle reprendra le marché du travail : « (...) donc ça c'est un élément qui aide pas à s'reprendre en main... Ça va être à voir. ».

#### 5.2.4.2 *L'environnement organisationnel*

Aussi, l'ergothérapeute s'est associé à un éducateur spécialisé pour intégrer davantage à son quotidien les éléments travaillés dans les rencontres, en ajoutant des séances « motivationnelles » supplémentaires. Le rôle de celui-ci est notamment d'accompagner Mme dans une occupation significative, qui est dans ce cas-ci, la marche dans un parc, près de la rivière. L'ergothérapeute décrit son fonctionnement avec l'éducateur comme suit :

L'éducateur avec qui je travaille en clinique habituellement là, quand on travaille en remotivation, je vais faire l'évaluation, je vais aller dans le milieu quelques fois pour vraiment cerner à qui on a affaire, comment on devrait développer les stratégies et après ça l'éducateur va venir travailler de façon plus spécifique dans le milieu de vie de la personne à développer le processus de remotivation, avec des bilans aux trois ou quatre semaines les trois ensembles (la cliente, l'éducateur puis l'ergo).

Puis, en lien avec le milieu clinique, l'ergothérapeute souligne que la durée des rencontres doit être d'une heure, ce qui limite la réalisation des activités à ce temps précis.

### 5.2.5. La relation thérapeutique

L'ergothérapeute mentionne : « avoir pris le temps d'établir une relation avec cette dame-là ». La relation de confiance s'est établie graduellement et s'est bien installée au fil des semaines. Il qualifie ainsi cette bonne relation comme un élément facilitateur au déroulement de l'intervention. Selon lui, la relation thérapeutique demeure un élément pouvant grandement influencer le niveau de volition de l'individu. Il souligne : « Malgré les échecs qu'elle te ramène semaine après semaine, tant que la relation est là, tout est possible. (...) Tant que la relation est là dans un environnement significatif. » Aussi, l'ergothérapeute avait une opinion très positive de la cliente et considère que cela aurait pu teinter l'intervention. L'opinion qu'il entretient face à la cliente s'illustre notamment par ces extraits :

Cette dame-là, c'est une battante. (...) Moi je suis convaincue qu'elle a fait le maximum de ce qu'elle a pu faire avec qui elle est. Un moment donné elle a frappé son mur, mais elle est en train de se relever là. On va miser sur ses forces et sur ce qui est important pour elle et on va continuer. Donc ça, ça l'a pu teinter (...) moi j'ai un préjugé positif. (...) C'est une madame qui a du caractère, moi j'aime ça les gens avec du caractère parce que ça prend ça pour se relever de cinq ans de dépression. (...) C'est une madame qui était super intéressante, qui a toutes sortes d'idées pis qui a un vécu incroyable là, donc ça c'était plaisant.

### 5.2.6. Les stratégies utilisées

Le participant #2 a utilisé plusieurs stratégies visant à favoriser le développement volitionnel de la cliente. De la même manière que le participant #1, certaines stratégies ont été utilisées tout au long de l'intervention, tandis que d'autres ont été mises de l'avant de façon plus ponctuelle.

#### 5.2.6.1. Supporter l'individu dans l'exploration des activités en proposant différents choix

Au début du processus de remotivation, c'est-à-dire en phase exploratoire, l'ergothérapeute mentionne qu'il supportait davantage la cliente dans le choix de ses activités. Cela signifie qu'il en proposait plusieurs afin que Mme arrive à faire un choix parmi celles-ci, car elle n'était pas encore en mesure d'en proposer elle-même d'emblée : « Elle n'est pas prête à générer encore des nouvelles activités, nouveaux endroits à explorer pour s'activer. Donc j'avais devoir la supporter un peu plus. (...) Mais dans l'exploration, c'est correct d'accompagner la personne puis de le faire avec elle. »

### 5.2.6.2. *Planification d'une alternative semblable*

Puis, l'ergothérapeute prévoit également une seconde option qui est similaire à l'activité prévue initialement, dans le cas où un facteur externe vient rendre cette dernière difficile à réaliser : « Finalement, on avait un plan B si jamais il pleut ou une tempête de neige, ou s'il fait trop froid. Elle habite près (...) d'un gros centre d'achat (...). Finalement c'est ce qu'on va aller faire tantôt, (...) aller marcher là-bas. »

### 5.2.5.3. *Renforcer les signes de volition*

L'ergothérapeute mentionne également l'importance de renforcer Mme lorsqu'elle effectue des choix et qu'elle démontre ce qui est important pour elle. La stratégie utilisée est donc le renforcement positif du comportement effectué par Mme afin de favoriser l'apparition de celui-ci. Plus spécifiquement, lorsque Mme a des comportements volitionnels (ex. : montre ses préférences, montre qu'une activité a un attrait particulier pour elle), l'ergothérapeute viendra renforcer ces actions :

Dès qu'elle démontre des signes, dès qu'elle fait des choix bin je vais renforcer ça. (...) Dans le renforcement (...) de toutes les occupations qu'elle fait en lien avec ce qui est important pour elle, le renforcement des forces. (...) de mettre l'accent sur le renforcement positif à chaque fois qu'il se passe quelque chose qui est en lien avec, pas ce que moi je pense qui est bon, mais en lien avec ce que elle trouvait bon.

### 5.2.6.4. *Miser ce qui fait du sens*

Pour favoriser le développement volitionnel de la cliente, l'ergothérapeute a misé sur les éléments qui font du sens pour celle-ci. Pour réaliser ses interventions, il s'est laissé guider par l'objectif personnel de la cliente et par les valeurs de cette dernière, afin que les activités soient cohérentes avec ceux-ci. Il aborde également l'importance d'un environnement significatif. Enfin, il explique que l'activité constitue le moyen utilisé pour découvrir ce qui fait du sens pour la cliente.

### *Les objectifs personnels*

L'ergothérapeute a orienté ses interventions et le choix des activités en fonction des objectifs personnels de la cliente qui étaient au départ, centrés sur la perte de poids et la remise en forme. L'ergothérapeute visait à ce que l'exploration d'activités en lien avec l'objectif de Mme fasse en sorte que celle-ci découvre et intègre ces activités à son quotidien :

Actuellement, ce qui fait du sens pour elle c'est de perdre du poids. Donc on explore différentes façons de s'activer, en espérant que la dame, en bout de ligne, trouve une

activité un peu plus intéressante qu'elle ajouterait à ses trois fois par semaine là, au (organisme).

Par ailleurs, l'ergothérapeute mentionne également l'importance que les occupations réalisées soient significatives pour la personne et qu'elles correspondent à son identité occupationnelle. Il dit avoir questionné Mme en discutant avec elle, afin de déterminer ce qu'elle souhaite réellement et ce qui fait du sens pour elle : « C'était dans les discussions avec là, (...) c'était de ramener ça à qu'est-ce qu'elle cherchait, quels souhaits elle avait, quel sens ça prenait, est-ce que c'était vraiment en lien avec ses objectifs de vie présents puis futurs. »

#### *Les valeurs personnelles*

Aussi, l'ergothérapeute a également exploré les valeurs de la cliente afin de déterminer ce qui pourrait être susceptible de l'intéresser comme occupation. En discutant, il a compris que le fait d'aider les personnes et de se sentir utile était des valeurs importantes pour elle :

C'est une dame qui, quand on regardait ses valeurs, elle avait déjà obtenu un diplôme d'études professionnelles en aide-technicienne en loisirs et elle avait beaucoup apprécié le contact avec les gens, le fait d'aider (...) Donc c'était ce souci-là, qui est encore là chez elle, de se sentir utile pis d'aider les personnes.

En fonction de ces valeurs, Mme a choisi, avec le support de l'ergothérapeute, d'explorer des activités de bénévolat qui venaient soutenir l'actualisation des valeurs d'entraide et du contact humain.

#### *L'environnement significatif*

L'ergothérapeute discute à quelques reprises de l'importance de trouver un lieu qui est significatif pour la cliente. Il s'agit de déterminer dans quel environnement, la personne démontre-t-elle le plus de signes de motivation. Il mentionne même que l'environnement peut être plus important que l'activité en tant que telle : « C'était peut-être pas l'activité de marcher ailleurs, mais plus le fait de se retrouver là, dans des lieux significatifs. » Dans la présente situation, la cliente a démontré beaucoup de signes de motivation dans deux lieux distincts, mais ayant des caractéristiques similaires, et qui confirmaient que ces milieux étaient très significatifs pour elle. Il s'agit d'un parc et d'un lieu religieux, qui constituent des lieux de recueillement et qui ont un effet apaisant pour elle, selon l'ergothérapeute. Ainsi, ce dernier considère que : « Avant de penser aux

capacités puis tout ça, il faut d'abord trouver un environnement agissant, significatif, calmant, et apaisant. Puis après ça tu dis bon ben ok, qu'est-ce qu'il y a d'intéressant ici à faire ? »

### *Utiliser l'activité*

La stratégie utilisée par l'ergothérapeute pour découvrir ce qui fait du sens pour la cliente ainsi que ses motivations à agir a été d'utiliser l'activité. Cela permet selon lui d'observer concrètement ces différents éléments. Il inclut également une discussion dont les questions sont inspirées des outils d'évaluations basés sur le Modèle de l'occupation humaine (MOH) et des principes du processus de remotivation. Il affirme : « C'est plus riche tant qu'à moi de passer par l'activité. Puis tant mieux si on est capable de discuter, d'avoir des échanges, mais ce n'est pas tout le temps possible pas tout le temps nécessaire non plus. »

#### *5.2.6.5. Favoriser le pouvoir décisionnel*

L'ergothérapeute dit avoir laissé le pouvoir décisionnel entre les mains de la cliente, par exemple lorsque celle-ci ne souhaitait pas explorer d'autres occupations que celle d'aller marcher au parc près de chez elle. En effet: « On a pas été capable de continuer l'exploration de différentes occupations significatives parce que la dame elle dit mon objectif c'est toujours de perdre du poids, (...) il n'y a pas d'autres choses qui m'intéresse que de marcher au parc. » L'ergothérapeute a donc mis de côté ses propres « objectifs » et investit cette occupation, tel que souhaité par Mme. Il mentionne que cela visait à suivre son rythme : « On a fait plusieurs marches, on a jaser pis c'était pour suivre son rythme. Elle ne souhaitait pas explorer d'autres environnements comme on aurait dû faire ou comme c'était suggéré de faire par Carmen. » D'ailleurs, il mentionne qu'à travers cette même activité, il a été possible d'observer des changements dans la façon dont Mme s'engageait dans l'activité :

Mais on jasait de bien des affaires pendant ce temps-là. Pis dans le fond, elle marchait toujours un peu plus vite. « Ah c'est le fun j'ai toffé 5 minutes de plus aujourd'hui puis il me semble qu'on l'a monté la côte !! ». Fait que même si c'était répétitif, c'était une expérience différente à chaque fois pareil.

De plus, en lien avec le pouvoir décisionnel de la cliente, le participant #2 dit avoir évité de porter tout jugement à l'égard des choix effectués par Mme, qu'il soit en accord ou pas avec ceux-ci. Il explique, en parlant d'une décision prise en lien avec son retour au travail : « On peut même



juger est-ce que c'est adapté ou pas adapté, dire madame ça n'a pas de bon sens. Non, car elle c'est comme ça qu'elle voit ça. On l'accompagne là-dedans. On n'a pas à juger ça. »

#### *5.2.6.6. Adapter l'activité en fonction de l'état clinique de la cliente et trouver le juste défi*

L'ergothérapeute dit avoir adapté ses interventions en fonction de la condition de sa cliente qui présente une humeur et un niveau d'énergie variable d'une période à l'autre. Il adaptait ainsi sur le type d'activité, les exigences requises et la durée de la rencontre afin de favoriser l'engagement de la dame dans les activités choisies. Par ailleurs, au fil des rencontres, l'ergothérapeute mentionne l'importance de trouver le « juste défi » ou le défi approprié qui est cohérent avec les forces de Mme, mais qui présente tout de même un défi pour elle. Ainsi, pour soutenir Mme dans son intégration au travail, ce principe a été utilisé dans le choix des opportunités qui s'offraient à elle :

On était rendu là, trouver le juste défi, avec la variation de l'humeur qui est là, avec le fait qu'elle doit quand même s'occuper de ses parents, puis que [pour] elle c'est non négociable, ses parents c'est une priorité, c'est tant mieux pour ses parents, pis pour madame aussi. Donc on aurait rembarqué vers ça là... Pour le rôle productif, le juste défi, c'est ça.

#### *5.2.6.7. Adopter l'attitude suivante : persévérer*

L'ergothérapeute mentionne à plusieurs reprises l'importance d'avoir une attitude persévérante et de ne jamais lâcher malgré les obstacles et le fait que les changements volitionnels soient parfois lents, voire absents. De plus, une source de motivation l'ayant incité à « ne pas lâcher » malgré les difficultés est le fait qu'il se réfère à l'auteur de l'intervention, soit Carmen Gloria de las Heras : « Carmen elle ne lâcherait pas. Carmen elle irait jusqu'au bout donc c'est une source de motivation. » De plus, à ce sujet, l'ergothérapeute explique qu'il ne sert à rien de chercher spécifiquement les raisons pour lesquelles la volition du client demeure limitée. Il faut plutôt persister : « Ce n'est pas si important que ça de comprendre pourquoi ça ne marche pas. Il faut juste continuer d'explorer, suivre les étapes du processus de remotivation en espérant qu'un moment donné ça donne quelque chose. »

#### *5.2.6.8. Utiliser des approches complémentaires*

##### *Confrontation*

Malgré que l'ergothérapeute souligne l'importance de ne pas juger les choix de la cliente, celui-ci vient parfois exposer la situation dans son ensemble selon sa perception. Toutefois il

mentionne que la décision revient à la cliente malgré sa position différente et que cela vise à demeurer centré sur la personne et sur ses besoins :

En même temps je me dis bin c'était notre rôle aussi à la conseillère à l'emploi pis à l'ergothérapeute qu'on fasse vraiment le pour et le contre. Pis que la décision lui revienne, mais c'était notre job de dire bin écoutez, êtes-vous sûr que c'est le bon timing, on vous trouve un peu excitée. Pis elle a décidé d'y aller pareil (...) Donc (...) malgré notre position, on est resté bien centré sur la personne, sur les besoins de la personne.

L'ergothérapeute utilise la confrontation lorsque les comportements de la cliente vont à l'encontre de ses objectifs personnels établis précédemment afin de l'amener à remettre en question ses façons de faire. L'extrait suivant illustre une situation dans laquelle l'ergothérapeute a utilisé cette stratégie :

Là je suis un peu sorti de la remotivation. On est plus dans la confrontation sur écoutez, vous me dites que vous voulez perdre du poids, que vous n'avez pas besoin d'une nutritionniste parce que vous savez comment bien vous alimenter. Pis j'ai dit tant que vous ne serez pas à trois fois par semaine chez [organisme], une fois avec l'ergothérapeute pi une fois avec votre conjoint la fin de semaine, vous ne pouvez pas dire que j'ai fait ce qu'il faut pour perdre du poids. Donc qu'est-ce que vous voulez faire avec ça?

#### *L'entretien motivationnel*

Le participant #2 a intégré une autre approche qui s'est avérée complémentaire au processus de remotivation. Il s'agit de l'entretien motivationnel qui vise à augmenter la motivation intrinsèque de l'individu par rapport au changement (Miller et Rollnick, 1991, cité dans Rossignol 2001). Dans ce cas-ci, l'ergothérapeute affirme que l'entretien motivationnel est venu « appuyer le processus de remotivation » pour susciter la motivation de la cliente à explorer diverses activités et différents milieux, car celle-ci faisait preuve d'ambivalence à cet égard : « Il y a l'entretien motivationnel aussi, pour essayer de faire ressortir les ambivalences parce que, dans son discours, et dans ses actions, l'ambivalence est l'éléphant dans la pièce là. ».

#### **5.2.7. Utilisation du guide de l'intervenant et du questionnaire volitionnel**

Concernant le guide de l'intervenant, le participant #2 en a fait un résumé qui contient les éléments majeurs du processus de remotivation, soit : les objectifs, les stratégies à utiliser pour chacun des stades ainsi que les caractéristiques attendues de la personne à la fin de chaque stade. Il s'y réfère principalement en évaluation, afin de déterminer à quel stade se situe la personne, mais

il n'utilise pas les stratégies proposées correspondantes : « Je vais utiliser ça surtout pour l'évaluation, essayer de déterminer la personne est à quel stade. Pour l'intervention, je n'ai pas beaucoup regardé ça. Je regarde les grandes lignes, généralités, mais je ne vais pas dans les modalités particulières. » Il se considère comme étant très intuitif dans sa façon d'appliquer l'intervention, sans se coller spécifiquement aux stades et aux phases décrites dans le guide de l'intervenant. D'ailleurs, il mentionne :

Je ne suis pas très obsessif. Je suis plus un intuitif émotif. Mais quelqu'un de plus structuré, de plus organisé, (...) puis d'un peu plus insécure, ben ça va être bien important de situer à quel niveau pour utiliser le bon objectif et la bonne stratégie. Moi je suis un peu brouillon là-dessus.

Ainsi, il considère bien connaître les grands principes du processus de remotivation, mais ne possède pas une connaissance très précise de chacune des composantes des différents stades. Il dit se référer au guide de l'intervenant lorsqu'il a besoin de connaissances plus spécifiques relatives à ces stades. Concernant le questionnaire volitionnel, l'ergothérapeute utilisait l'outil à chacune des rencontres, comme prévu dans le protocole de recherche, afin de déterminer le niveau de volition de la cliente. Il avait une bonne connaissance des items et cotait l'outil, non seulement en fonction des comportements observables à travers la réalisation de l'activité, mais également en considérant ce que la dame disait lorsqu'ils discutaient ensemble : « Je notais mon QV sur comment s'était passé dans l'entrevue puis aussi beaucoup par rapport à ce qu'elle me disait. Pas nécessairement avec ce que j'avais observé. »

### **5.2.8. L'évolution volitionnelle du client #2**

De façon similaire au client #1, l'évolution volitionnelle du client #2 ne consiste pas en un processus continu. Néanmoins, il est possible d'observer une évolution positive des comportements volitionnels au fil des semaines. Au début du processus d'intervention, le score au QV de Mme était de 30/56, tel qu'illustré à la Figure 3<sup>2</sup>. Puis, en lien avec son objectif personnel qui était de perdre du poids, Mme s'est engagée dans l'activité d'aller marcher au parc avec l'ergothérapeute.

---

<sup>2</sup> Aubin, G. & Marquis, M.A. *The application of the Remotivation Process in different contexts: Case Studies from Canadian Mental Health Daily Practice*. Communication au 4th International Model of Human Occupation Institute, Indianapolis, Indiana, États-Unis, 23 et 24 octobre 2015.

Puis, à travers cette occupation qui a été maintenue plusieurs semaines, l'ergothérapeute observe, au fil du temps, une évolution du niveau de volition de la dame.

Au fur et à mesure, dans l'activité elle-même, on a vu chez madame... c'est qu'elle ne questionnait plus le fait d'aller marcher. Elle arrivait avec des vêtements adaptés à l'activité. Elle arrivait avant nous. C'était souvent nous qui mettions fin à l'activité donc elle, elle aurait souvent continué après une heure. (...) Le rythme de marche aussi a accéléré. Les 4-5 dernières fois, on a marché un peu plus loin que les autres fois. Donc on a observé là, juste au niveau comportemental, quelques améliorations de ce côté-là.

Durant le déroulement de l'intervention, Mme a dû faire face à un enjeu relatif à la maladie de son père. Cela s'est avéré un obstacle dans l'évolution volitionnelle de la cliente compte tenu de l'énergie que cela impliquait pour elle de tenir le rôle d'aidante pour son père. L'ergothérapeute identifie cette situation comme un obstacle majeur au développement de la volition de la cliente :

Il y a un obstacle majeur actuellement qui est la maladie de son père. Son père a des tremblements de type parkinsonien actuellement, il fait des chutes. Donc c'est elle un peu qui pallie là, qui donne un coup de main à son père. (...) Donc il y a ça qui la tracasse pis qui lui demande beaucoup d'énergie donc pas beaucoup de choses pour le reste.

Il est également possible d'observer l'atteinte d'un score de 55/56 lorsque Mme s'est investie dans une formation professionnelle en vue d'un retour au travail (voir Figure 3). Selon les propos de l'ergothérapeute, la cliente était très motivée à suivre cette formation. Toutefois, après quelques semaines, elle a constaté que cela était difficile pour elle compte tenu des exigences cognitives requises : « Malheureusement, tout ce qui était plus cognitif, toutes les formations, les périodes de cours, ça n'a pas été (...). Donc à un moment donné elle nous a rencontré la conseillère et moi nous disant je ne suis plus capable. » Elle a donc renoncé à cette formation malgré le soutien des enseignants, et elle s'est retrouvée à ce moment où le niveau de volition était au plus bas de tout son parcours volitionnel, comme l'illustre la Figure 3. Lors de cette période, Mme a redéfini ses objectifs de vie et s'est approprié de nouvelles valeurs moins centrées sur le matériel. L'ergothérapeute rapporte qu' « Elle disait, c'est moins important l'argent, c'est moins important de rouler comment je roulais et je ne suis plus capable de gérer le stress. » Suite à cet épisode, elle a découvert un endroit significatif pour elle, dans lequel elle démontrait plusieurs signes de volition :

À la basilique écoute là, je me demande si je ne lui ai pas donné tous ses points, tellement c'était significatif et c'était important pis qu'elle prenait de l'avance, puis qu'elle avait des initiatives puis qu'elle m'expliquait ce qui se passait puis qu'elle donnait du sens à ce qui avait là. Puis comment qu'elle avait trouvé ça par elle-même donc son sentiment de compétence, oui ça me prend 45 minutes pour y aller, mais ça me fait tellement de bien quand je descends ici.

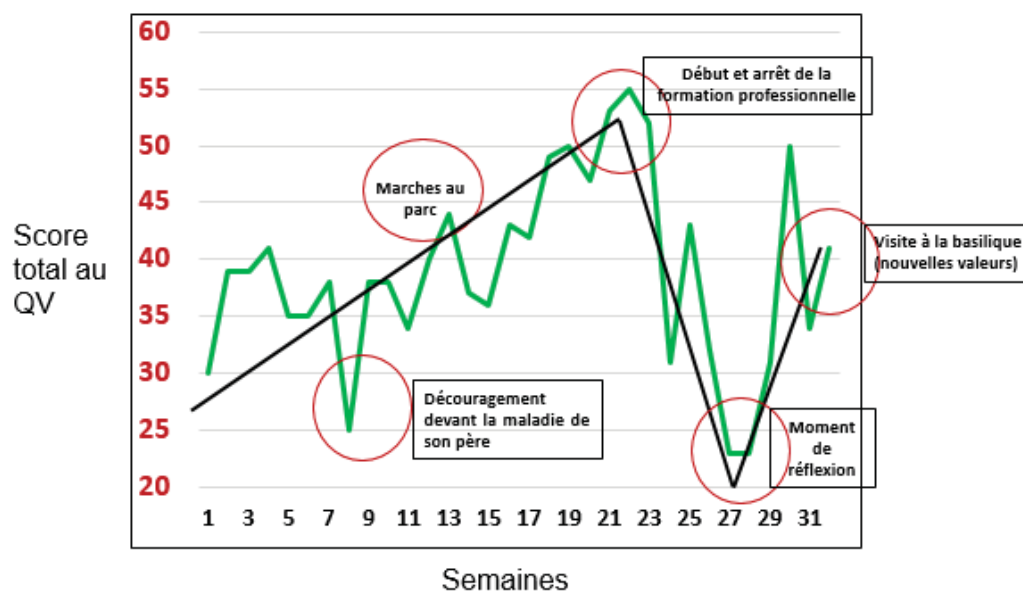


Figure 3. Questionnaire volitionnel : score total du client #2

### 5.3. Comparaison des stratégies utilisées

Le Tableau 3 compare les stratégies utilisées par les deux participants. Il est possible de remarquer que ces derniers utilisent plusieurs stratégies semblables, mais nommées différemment.

Tableau 3  
*Comparaison des stratégies utilisées par les participants #1 et #2*

<b>Participant #1</b>	<b>Participant #2</b>
Validation des intérêts	Renforcer les signes de volition
Faire des liens avec les intérêts passés du client	Miser sur ce qui fait du sens
Adapter l'activité pour offrir des expériences positives	Adapter l'activité en fonction de de la condition de la cliente (trouver le juste défi)
Préparer plusieurs alternatives d'activités	Supporter l'individu dans l'exploration des activités en proposant différents choix
Éviter d'avoir des attentes	Favoriser le pouvoir décisionnel
Faire avec	*L'ergothérapeute a utilisé cette stratégie dans l'activité de marcher au parc mais ne le nomme pas explicitement
Faire devant	
Amener le client à s'observer suite aux rencontres	Utiliser des approches complémentaires : l'EM et la confrontation
Témoigner appréciation des rencontres	
*L'ergothérapeute a adopté l'attitude de persévérer tout au long du processus mais ne le nomme pas explicitement	Adopter l'attitude suivante : persévérer
	Planification d'une alternative semblable

## **6. DISCUSSION**

Cette étude avait pour objectif de documenter l'application du processus de remotivation auprès des personnes ayant un TMG, du point de vue des ergothérapeutes participants. Pour y arriver, des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de ceux-ci, à plusieurs moments durant le processus d'intervention. Ainsi, les résultats obtenus permettent de documenter davantage différents aspects du raisonnement clinique des ergothérapeutes dans le contexte de l'application du PR. Dans cette section, il est d'abord question de l'influence d'un facteur interne sur le raisonnement clinique, soit le niveau d'expertise des ergothérapeutes. L'influence d'un facteur externe est également exposée et celui-ci consiste en le contexte de la pratique. Ensuite, l'expérience des ergothérapeutes devant des enjeux motivationnels majeurs est discutée, ainsi que la relation thérapeutique positive entre les participants et leur client. Puis, cette section aborde l'intégration d'une pratique réflexive dans l'application du processus de remotivation, et fait la comparaison entre les stratégies utilisées par les participants et les assises de cette intervention. Enfin, au plan théorique, l'autodétermination et l'approche axée sur les forces sont abordés en cohérence avec le processus de remotivation. Finalement, il est question des forces, limites et retombées de cette étude.

### **6.1. L'influence d'un facteur interne : le niveau d'expertise des ergothérapeutes**

Les deux participants possèdent un niveau d'expertise distinct en tant qu'ergothérapeutes intervenant auprès d'individus présentant un TMG. En effet, le participant #1 compte deux années et demie d'expérience dans ce domaine, alors que le participant #2 en possède 26 et demie. Ce dernier a également appliqué le processus de remotivation auprès d'une quarantaine d'individus, tandis que le participant #1 a utilisé cette intervention avec un total de trois personnes. Cette différence concernant l'expérience professionnelle des participants est susceptible d'exercer une influence sur la façon dont ceux-ci interviennent dans leur pratique et appliquent le processus de remotivation. En effet, le raisonnement clinique est une habileté qui évolue avec l'expérience (Gibson et coll., 2000).

Une étude de Robertson (1996) a démontré que les connaissances sont plus clairement définies et organisées chez les experts, comparativement aux novices, en raison des expériences vécues qui sont moins nombreuses et diversifiées chez ces derniers. Ainsi, l'expérience permet aux ergothérapeutes d'avoir accès à un large éventail de schémas mnémoniques exerçant une influence

sur le raisonnement clinique de ceux-ci (Robertson). En d'autres mots, le participant #2 avait accès à davantage de schémas mnémoniques relatifs à ses expériences professionnelles qui sont plus nombreuses que celles du participant #1. De plus, il apparaît que le raisonnement clinique des ergothérapeutes expérimentés est plus intuitif et flexible que celui des professionnels ayant moins d'expérience (Gibson et coll., 2000). Ceux-ci auraient également davantage confiance en leur prise de décision (Strong, Gilbert, Cassidy, et Bennett, 1995). Dans la présente étude, il est possible d'observer cela en s'intéressant à la façon dont les participants ont utilisé le guide de l'intervenant dans le cadre de l'application du processus de remotivation. En effet, le participant #1, moins expérimenté, s'est référé très souvent au guide d'utilisation du PR qu'il suit pratiquement à la lettre. Il se considère très *by the book* selon ses propres mots et utilise les stratégies proposées dans le guide, généralement telle qu'elles sont. En effet, tel qu'illustré au Tableau 4, toutes les stratégies utilisées correspondent à celles proposées dans le guide de l'intervenant. De façon différente, le participant #2 a utilisé ce guide seulement lorsqu'il avait besoin d'obtenir des connaissances plus spécifiques ou de chercher du soutien dans ses décisions. Comme le démontre le Tableau 5, la majorité des stratégies utilisées correspondent tout de même à celles proposées dans le guide de l'intervenant, possiblement en raison du fait qu'il se fiait considérablement sur les grands principes de l'intervention. Selon l'étude de Gibson et ses collaborateurs, les thérapeutes expérimentés s'écartent davantage des protocoles et des guides d'utilisation pour faire confiance à leur propre raisonnement clinique. Il est également expliqué qu'inversement, les thérapeutes moins expérimentés, comparativement à ceux ayant plus d'expérience, suivent davantage les lignes directrices, et agissent selon les règles ou procédures théoriques (Gibson et coll.). En somme, l'étude réalisée dans le cadre cet essai a permis de constater que cela s'applique également dans le cas du processus de remotivation. De plus, on remarque que même si le thérapeute expérimenté se fie moins aux lignes directrices du manuel, les principes de base du processus de remotivation sont tout de même bien intégrés.

## **6.2. L'influence d'un facteur externe : le contexte de la pratique**

Dans cette étude, les deux ergothérapeutes bénéficiaient de contextes favorables à l'application du processus de remotivation. En effet, dans les deux cas, l'environnement organisationnel des milieux respectifs étaient en faveur de l'intervention et n'exerçait donc pas de pression sur les ergothérapeutes par rapport au rendement de ceux-ci. Ils pouvaient donc bénéficier



du temps qu'il leur était nécessaire. De plus, l'un des participant avait accès à diverses ressources matérielles (ex. : gymnase, piscine, salle de musique, etc.) et humaines (ex. : éducateur spécialisé) susceptibles de favoriser l'engagement occupationnel du client. Toutefois, la possibilité d'intervenir dans ces contextes favorables ne constitue pas nécessairement la réalité de tous les ergothérapeutes, particulièrement dans le système de santé publique actuel où le professionnel doit répondre aux nombreuses attentes par rapport à la durée de l'intervention et à l'efficacité des services. Ainsi, comment encourager les ergothérapeutes à utiliser le processus de remotivation dans ce contexte qui n'est pas idéal où tout est à l'efficacité et à la rapidité ? Il importe que le professionnel plaide auprès de son employeur, sur l'importance accordée à la problématique des gens présentant un TMG et sur la possibilité de favoriser leur rétablissement par le biais de cette intervention. De plus, compte tenu de l'importance de l'environnement dans le cadre de l'application du processus de remotivation, intervenir en milieu écologique permettrait de pallier au manque de ressources matérielles du milieu tout en favorisant l'exploration des environnements significatifs pour le client. Ceci dit, l'ergothérapeute est encouragé à sortir dans la communauté pour explorer les différents environnements susceptibles de susciter chez le client des comportements de volition.

### **6.3. L'expérience des ergothérapeutes devant des enjeux motivationnels majeurs**

Les deux participants ont exprimé avoir trouvé difficile et complexe l'application du processus de remotivation auprès de leur client. Ils mentionnent, tel qu'abordé précédemment, qu'il s'agit d'un processus long et ardu, qui ne s'applique pas de façon systématique. Toutefois, en se penchant sur les difficultés relevées au cours de l'application de cette intervention, il est possible de constater que la complexité est davantage relative aux caractéristiques personnelles des clients plutôt qu'à l'intervention comme telle. En effet, les participants sont intervenus auprès de clients présentant une grande complexité associée aux symptômes de leur maladie, à leur environnement, à leurs expériences passées et à des enjeux motivationnels très importants. Les ergothérapeutes devaient donc tolérer le peu de changement quant aux comportements volitionnels des clients puisqu'il était impossible pour eux d'observer une évolution frappante. Ils se sont ainsi adaptés à la façon dont les clients vivaient l'expérience, en les soutenant dans leur processus selon leur propre rythme. D'ailleurs, on remarque que les clients sont demeurés sur une longue période à la phase d'exploration, ce qui peut illustrer la portée de leur déficit volitionnel. Ainsi, il va de soi que

d'intervenir au niveau de la volition avec des individus présentant ce genre de problématique constitue un processus complexe et ardu. Par ailleurs, le processus de remotivation ne s'adresse pas spécifiquement à une clientèle atteinte de troubles mentaux graves, mais bien à toute personne présentant un déficit sur le plan de la volition.

De ce fait, étant donné le peu de changements majeurs dans les comportements volitionnels des clients et l'aspect non linéaire de ceux-ci, les ergothérapeutes ont tous deux vécu une période de doute quant à l'issue de l'intervention. Il ressort également que les petits changements susceptibles de se produire au niveau de la volition des clients ne sont pas toujours évidents à constater, ce qui peut affecter la motivation des ergothérapeutes à poursuivre. Néanmoins, en dépit de ces sentiments de doute et d'incertitude, les ergothérapeutes ont été en mesure de persévérer dans l'intervention. L'un des éléments aidant à ce niveau consiste en l'utilisation fréquente du questionnaire volitionnel qui permet de mettre de l'avant les changements difficilement observables. Dans le cadre du projet de recherche, les ergothérapeutes devaient effectuer la passation du questionnaire volitionnel à chaque rencontre effectuée avec les clients, ce qui a pu faciliter la reconnaissance du cheminement volitionnel de ces derniers. De plus, le participant #2 rapporte qu'une seconde source de motivation à persévérer dans le processus d'intervention malgré les difficultés a été de se référer à un modèle, soit l'auteur du processus de remotivation, Carmen Gloria de las Heras, en se rappelant que celle-ci ne lâcherait pas et qu'elle irait jusqu'au bout. Ainsi, on remarque qu'il a été essentiel pour les thérapeutes de se rattacher à des éléments motivants afin de persévérer dans l'application du processus de remotivation. Enfin, puisqu'il apparaît que le doute et l'incertitude par rapport aux interventions faites soient des éléments communs aux deux ergothérapeutes en dépit des niveaux d'expertise différents, il se peut qu'éprouver ces sentiments soit fréquent dans le cadre de l'application du processus de remotivation, ou même de l'application d'autres interventions auprès de personnes ayant des problématiques complexes. Il pourrait être pertinent dans de futures études de documenter davantage ces sentiments auprès d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes afin de confirmer ou d'infirmer leur généralisation.

#### **6.4. La relation thérapeutique positive**

Parmi les différents facteurs ayant influencé le déroulement de l'intervention, l'établissement d'une relation thérapeutique positive et de confiance s'est avéré, chez les deux participants, un facilitateur majeur à l'application du processus de remotivation selon les propos

rapportés par ceux-ci. En effet, le lien de confiance, caractéristique de cette relation thérapeutique établie entre les participants et leur client respectif, a permis de favoriser l'ouverture de ces derniers à s'engager dans le processus d'intervention, ainsi que le maintien de cet engagement à travers le temps. D'ailleurs, chez le participant #1, la relation avait été amorcée avant même le début du processus d'intervention puisque celui-ci avait déjà initié des interactions avec le client dans le cadre d'interventions réalisées auprès d'autres individus sur l'unité, ce qui a facilité l'amorce de la thérapie selon les propos rapportés. Il n'est pas toujours possible ni nécessaire d'initier des interactions préalablement à l'intervention. Toutefois, il demeure important d'instaurer une relation de confiance dès les premiers instants, en saluant le client et en l'appelant par son nom, avec un sourire ou en parlant de ce qui l'intéresse (de las Heras et coll., 2003). Ces attentions particulières, telles qu'initiées avant le début du suivi par le participant #1, laissent entendre au client qu'il est quelqu'un d'important et signifie que le thérapeute reconnaît son caractère unique en tant qu'être humain (de las Heras et coll.). De plus, diverses stratégies ont été utilisées par les participants pour maintenir cette relation positive. Par exemple, le fait d'éviter d'avoir des attentes et d'imposer une pression au client a favorisé la confiance de ce dernier à l'égard du thérapeute. Aussi, le participant #2 a démontré un souci de reconnaître les forces de la personne et d'utiliser celles-ci en dépit des difficultés, ce qui a également favorisé cette relation positive. Cette stratégie s'avère cohérente avec l'approche axée sur les forces, détaillées plus loin.

### **6.5. L'intégration d'une pratique réflexive dans l'application du processus de remotivation**

De façon similaire, les deux participants ont relevé l'influence des entrevues et des journaux de bord réalisés dans le cadre du projet de recherche, sur leur pratique professionnelle. En effet, cette forme « d'auto-prise-de-conscience » tel que nommée par le participant #2 a permis aux ergothérapeutes de se pencher plus en profondeur sur les émotions vécues et sur l'influence de celles-ci dans l'application du processus de remotivation. Par ailleurs, les deux participants ont abordé l'impact des émotions sur le déroulement de l'intervention, d'où la pertinence de porter une attention particulière à la façon dont celles-ci sont vécues. À cet égard, certains auteurs, dont Spalding (1998) affirment que le développement professionnel passe par la réflexion, qui implique un examen des émotions vécues par le praticien.

De façon générale, la tenue des journaux de bord et les discussions en lien avec les entrevues ont poussé les ergothérapeutes à s'auto-observer, à s'analyser et à prendre du recul concernant

l'application du processus de remotivation auprès de leur client respectif. Ceux-ci reconnaissent d'ailleurs les bienfaits de ce processus introspectif sur leur pratique dans ce contexte. Cela s'avère cohérent avec les nombreuses études portant sur la pratique réflexive, qui est définie comme une stratégie de perfectionnement professionnel dont le but est de favoriser un changement de comportement chez les professionnels, en vue d'améliorer la qualité de leur intervention (Kinsella, 2000). La pratique réflexive, qui vise à faciliter la réflexion du professionnel dans plusieurs domaines tels que les croyances, les idées, les sentiments, les actions ou les comportements, constitue selon plusieurs théoriciens et praticiens l'élément clé de l'apprentissage et permet aux professionnels d'être plus efficaces (Kinsella).

Plus spécifiquement, Taylor (2008) aborde la notion de conscience critique de soi (*critical self-awareness*), qui, de façon semblable à la pratique réflexive, implique une compréhension des différents éléments qui affectent, positivement ou négativement, les interactions avec les clients dans la pratique professionnelle. Elle indique également que cette compréhension s'avère essentielle dans le développement des compétences interpersonnelles auprès des clients (Taylor). Kinsella (2000) suggère trois types de réflexion : la réflexion d'anticipation, la réflexion en action, et la réflexion rétrospective. Dans le cadre de cette présente étude, la réflexion rétrospective qui se produit après l'action, est celle principalement utilisée et rapportée par les participants. D'ailleurs, il appert que la tenue des journaux de bord, qui facilite la pratique réflexive, constitue un outil puissant de perfectionnement et d'apprentissage (Kinsella). Celui-ci peut être utilisé pour noter et réfléchir sur différents éléments reliés à la pratique, tels que des questionnements professionnels, des cas particuliers, des réussites ou des difficultés. Kinsella recommande de prévoir une période de temps régulière, soit sur une base quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, afin de noter les réflexions (ex. : toutes les 15 dernières minutes de la journée). Toutefois, elle mentionne que plus le journal de bord sera tenu régulièrement, plus il sera efficace. De plus, le fait de discuter d'une situation particulière avec un collègue, tel que fait par les participants via la tenue des entrevues semi-structurées, constitue également une façon de développer la pratique réflexive (Kinsella). Ainsi, il s'avère tout à fait pertinent de recommander aux ergothérapeutes qui appliqueront le processus de remotivation, l'utilisation d'un journal de bord tenu rétrospectivement après chaque séance d'intervention. Cela permettrait de favoriser la pratique réflexive et ainsi rendre encore plus efficace l'ergothérapeute dans l'application de cette intervention.

## **6.6. Parallèle entre les stratégies utilisées et les assises du processus de remotivation**

L'analyse des données a permis de mettre en évidence les diverses stratégies utilisées par les participants tout au long du processus d'intervention. La grande majorité d'entre elles correspondent à des stratégies suggérées dans le guide de l'intervenant du PR. D'ailleurs, les Tableaux 4 et 5 comprennent une mise en parallèle des stratégies utilisées par les participants, selon les termes utilisés par ceux-ci, et des stratégies du guide de l'intervenant. Aussi, celles-ci sont situées par rapport aux stades du processus de remotivation. Il est possible de remarquer que la majorité des stratégies concernent les stades compris dans la phase d'exploration. Cela peut s'expliquer par le fait que les clients sont demeurés à cette phase sur une plus longue période, comparativement aux phases subséquentes du PR. Il serait pertinent de documenter dans de futures recherches si cela s'avère également le cas pour d'autres individus et si oui, quelles seraient les causes pouvant expliquer la durée plus importante de cette phase. Est-il possible que le cheminement de l'individu à travers la phase d'exploration soit plus ardu que le cheminement de celui-ci dans les phases de compétence et d'accomplissement ? Par exemple, serait-ce plus difficile d'initier ou d'acquérir pour la première fois des comportements de volition (ex. : démontrer de la curiosité), que d'améliorer ceux déjà présents (ex. : poursuivre une activité jusqu'à fin lorsque la personne est déjà en mesure de résoudre des problèmes) ? Est-ce que l'atteinte des objectifs visés pour passer de l'exploration à la compétence est plus difficile que l'atteinte des objectifs permettant d'aller de la phase de compétence à celle de l'accomplissement ? Bref, chose certaine, chaque individu évolue dans le processus à un rythme qui lui est propre et selon ses particularités (de Las Heras et coll., 2003).

Tableau 4.  
Stratégies utilisées par le participant #1

Stratégies utilisées	Stratégies suggérées dans le guide de l'intervenant	Stades du PR
Validation des intérêts	Accueil chaleureux	Validation (exploration)
Témoigner appréciation des rencontres	Accueil chaleureux	Validation (exploration)
Faire avec	Participation à des activités qui intéressent le client	Validation (exploration)
Faire des liens avec les intérêts passés du client	Introduction d'éléments significatifs dans l'espace personnel du client	Validation (exploration)
Préparer plusieurs alternatives d'activités (créativité et organisation)	Introduction d'éléments significatifs dans l'espace personnel du client	Validation (exploration)
Faire devant	Inviter le client à participer en exerçant soi-même l'activité	Découverte de l'environnement (exploration)
Amener le client à s'observer suite aux rencontres	Commencer la rétroaction	Plaisir et efficacité dans l'action (exploration)
Adapter l'activité pour offrir des expériences positives	Faciliter l'apprentissage des habiletés	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité (compétence)
Éviter de mettre des attentes	* Il s'agit d'une attitude à privilégier plutôt qu'une stratégie comme telle.	

Tableau 5.  
Stratégies utilisées par le participant #2

Stratégies utilisées	Stratégies suggérées dans le guide de l'intervenant	Stades du PR
Supporter l'individu dans l'exploration des activités en proposant différents choix	Introduction d'éléments significatifs dans l'espace personnel du client	Validation (exploration)
Miser sur ce qui fait du sens	Introduction d'éléments significatifs dans l'espace personnel du client	Validation (exploration)
Adapter l'activité en fonction de la condition de la cliente	Faciliter l'apprentissage des habiletés	Intériorisation d'un sentiment d'efficacité (compétence)
Renforcer les signes de volition		Validation (exploration)
Favoriser le pouvoir décisionnel		Prise de décision (exploration)
Adopter l'attitude suivante : persévérer	* Il s'agit d'attitudes à privilégier plutôt qu'une stratégie comme telle.	
Planification d'une alternative semblable		
Utiliser des approches complémentaires : l'EM et la confrontation		

## **6.7. Lien avec d'autres approches et théories**

### **6.7.1. L'approche axée sur les forces**

Tel que mentionné précédemment, le participant #2 a adopté une attitude ayant possiblement influencé positivement la relation thérapeutique établie entre celui-ci et la cliente. Il s'agit de reconnaître les forces de la personne, et ce, en dépit de ses difficultés. En effet, on remarque à plusieurs reprises, l'identification des forces de la cliente et l'utilisation de celles-ci pour favoriser son développement volitionnel.

Par ailleurs, ce principe correspond à plusieurs approches utilisées en santé mentale, dont l'approche dite axée sur les forces qui s'adresse d'ailleurs à une population présentant un trouble mental grave. Celle-ci, souvent utilisés dans les milieux en santé mentale, vise à aider ces individus à situer et à assurer la gamme de ressources personnelles et environnementales dont ils ont besoin pour vivre, s'amuser et travailler de façon autonome dans la communauté (Rapp, 2004). Plus spécifiquement, cette approche représente une nouvelle façon de percevoir les choses, qui consiste à s'intéresser aux possibilités plutôt qu'aux problèmes, et aux options plutôt qu'aux contraintes (Rapp). L'approche axée sur les forces part du principe selon lequel tout le monde possède un large éventail de talents, d'habiletés, de capacités, de connaissances, de ressources et d'aspirations (Rapp). En d'autres mots, il s'agit de mettre l'accent sur les forces de la personne et non sur ses difficultés ou sa pathologie. Dans cette étude, il est possible de remarquer que le participant #2, à travers l'application du processus de remotivation, adhère à ces principes en soutenant la dame dans son choix de suivre une formation professionnelle pour devenir directrice commerciale, et ce, malgré les difficultés perçues. En effet, il mise sur ses habiletés relationnelles qui constituent une caractéristique nécessaire à l'emploi, pour l'encourager dans ses démarches, en dépit de ses difficultés d'attention, de concentration et de mémoire pouvant faire obstacle à la complétion de cette formation. De plus, selon cette approche, la relation thérapeutique entre l'intervenant et le client constitue un élément primordial et s'articule notamment autour de la confiance entre ceux-ci (Rapp). Ceci dit, le processus de remotivation s'insère tout à fait dans les milieux cliniques où l'approche axée sur les forces est utilisée, étant donné l'importance cohérence entre ceux-ci.

### **6.7.2. L'autodétermination dans le développement volitionnel**

La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985) qui provient de domaines autres que l'ergothérapie et qui constitue une théorie très utilisée depuis sa création, est cohérente avec



les principes du processus de remotivation. En effet, il ressort dans cette étude que de donner aux individus la possibilité de faire des choix favorise la motivation de ceux-ci à s'engager dans des activités. À cet égard, la théorie de l'autodétermination vient appuyer ce constat en liant motivation intrinsèque et sentiment d'autonomie. En fait, selon cette théorie, la motivation intrinsèque, qui constitue le niveau de motivation le plus élevé, se manifeste dans des situations où l'individu se sent autonome et qu'il exerce un choix absolu et personnel quant à l'activité réalisée (Deci et Ryan). Autrement dit, la motivation intrinsèque est possible lorsque l'individu exerce sa volonté d'agir et son libre choix (Deci et Ryan). D'autres auteurs ont également soutenu que la possibilité de faire des choix augmentait la motivation intrinsèque (Zuckerman, Porac, Lathin, Smith et Deci, 1978).

De plus, toujours selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985), il appert que la motivation intrinsèque se rapporte non seulement au besoin d'autonomie, mais également au besoin de compétence. En effet, le sentiment de compétence éprouvé dans la réalisation d'une activité permet de combler ce besoin et favorise ainsi la motivation intrinsèque de l'individu à s'engager dans celle-ci (Deci et Ryan, 2000). Par ailleurs, on retrouve dans la situation du participant #1, l'application d'une stratégie correspondant à ce principe, pour favoriser le développement du sentiment de compétence lorsque celui-ci n'est pas encore présent. Il s'agit d'adapter l'activité pour que les exigences requises correspondent aux capacités du client, de façon à ce qu'il éprouve un sentiment de compétence à travers la réalisation de celle-ci. Cela favorise la volition du client, qui rappelons-le, selon Kielhofner (2008), correspond à la motivation d'un individu envers les occupations réalisées. En somme, la théorie de l'autodétermination qui explique que la motivation est favorisée lorsque l'individu exerce un choix et qu'il se sent compétent va dans le même sens que les principes du processus de remotivation et que certaines stratégies utilisées par les participants.

## **6.8. Forces de cette étude**

D'abord, l'une des forces de l'étude concerne le nombre d'entrevues réalisées auprès des ergothérapeutes. En effet, des prises de mesure ont été réalisées à différents moments dans le temps pour ainsi couvrir l'ensemble de l'application de l'intervention. Le fait que plusieurs entrevues ont été effectuées, et ce, à des intervalles de temps similaires, favorise la validité des propos rapportés par les participants. En effet, cela permet de suivre la réflexion et l'expérience des ergothérapeutes au cours du processus. De plus, la passation des entrevues et l'analyse de celles-ci ont été effectuées



par des personnes distinctes, ce qui limite la subjectivité dans l'interprétation des données. D'ailleurs, les canevas d'entrevues ont été formulés et révisés par une personne expérimentée en recherche, ce qui favorise la validité de contenu.

### **6.9. Limites de cette étude**

Le nombre limité de participants ( $n=2$ ) constitue l'une des principales limites de l'étude en lien avec la saturation des données, même s'il est possible de remarquer des éléments communs aux deux ergothérapeutes. Ce nombre limité de participants affecte également la généralisation des résultats. En effet, un plus grand nombre de participants aurait permis d'obtenir davantage de données pour tendre vers la saturation de celles-ci, et aurait permis de valider les éléments communs. De plus, en lien avec la méthode de collecte de données, il est possible que les propos rapportés par les participants ne soient pas tout à fait représentatifs de la réalité, s'expliquant par un biais de désirabilité. Aussi, les modalités utilisées pour le recrutement des participants (par réseau et par choix raisonné) impliquent un biais de sélection. À cet égard, il est possible de remarquer que peu d'ergothérapeutes étaient disponibles pour cette étude. Serait-ce dû au fait que le processus de remotivation est une intervention peu utilisée par les ergothérapeutes québécois ? Si cela est le cas, est-ce lié à une méconnaissance du PR ou à une incompréhension de celui-ci ? Bref, il serait intéressant d'investiguer davantage sur les raisons pouvant expliquer le nombre limité d'ergothérapeutes disponible pour cette étude.

### **6.10. Retombées**

En premier lieu, cette recherche a permis de s'intéresser à un sujet peu documenté dans la littérature actuelle, soit le raisonnement clinique et l'expérience des ergothérapeutes lors de l'application du processus de remotivation. Elle permet donc, aux ergothérapeutes qui utiliseront cette intervention, de bénéficier de l'expérience des participants en regard notamment des stratégies utilisées, des approches pouvant être intégrées, ainsi que des connaissances sur l'influence des différents facteurs sur le déroulement de l'intervention. De plus, ceux-ci pourront prendre en compte la perception des participants et les émotions vécues au cours de ce processus, ce qui peut avoir pour effet de valider ou normaliser leur propre expérience. Enfin, cette recherche a permis de mettre en évidence la pertinence de l'utilisation d'un journal de bord dans un contexte d'application du processus de remotivation. Ainsi, les ergothérapeutes qui utiliseront cette intervention pourront bénéficier d'un outil qui s'est avéré facilitateur pour les participants de cette étude.

## 7. CONCLUSION

L'objectif de cette recherche était de documenter, du point de vue de l'ergothérapeute, l'expérience de l'application du processus de remotivation auprès d'une clientèle présentant un trouble mental grave. Une analyse qualitative des entrevues semi-structurées réalisées auprès de deux ergothérapeutes a permis de faire ressortir différents éléments caractérisant l'application de cette intervention dans ce contexte. À la lumière des résultats obtenus, il appert que le processus de remotivation peut être appliqué différemment d'un ergothérapeute à l'autre en fonction de plusieurs facteurs susceptibles d'influencer le raisonnement clinique de ceux-ci, tels que le niveau d'expertise de l'intervenant, les caractéristiques personnelles du client et le contexte de la pratique, pour ne nommer que ceux-ci. De plus, il en ressort que les ergothérapeutes ont vécu une période de doute quant à leurs interventions et au changement possible de leur patient, en raison de l'apparition tardive des comportements volitionnels des clients, qui présentent une problématique complexe et des enjeux motivationnels importants. Toutefois, ceux-ci sont demeurés persévérants et ont utilisé toute une gamme de stratégies, incluant le questionnement personnel et la recherche d'une motivation personnelle, en vue de soutenir le développement volitionnel des individus. Enfin, en regard des résultats obtenus concernant l'impact positif d'une pratique réflexive dans le cadre de l'application du processus de remotivation, il est recommandé d'intégrer à sa pratique la tenue d'un journal de bord, visant la prise de conscience par rapport à ce qui est vécu en tant qu'intervenant.

Tout compte fait, le processus de remotivation s'avère une intervention de mise pour faire valoir la place de l'ergothérapie au sein des équipes d'intervention en santé mentale. En effet, cette approche centrée sur la compréhension et l'augmentation de la motivation à s'investir dans des activités quotidiennes s'avère tout à fait pertinente à utiliser pour un ergothérapeute œuvrant dans ce domaine. De futures recherches cliniques réalisées avec un plus grand nombre de participants pourraient permettre de tirer de plus amples conclusions quant à l'efficacité de cette méthode dans différents contextes de pratique, et ainsi soutenir davantage la place de cette approche dans le contexte des services de santé actuels.

## RÉFÉRENCES

- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69(4), 218-228. doi: 10.1177/000841740206900406
- Barris, R. (1987). Clinical reasoning in psychosocial occupational therapy: The evaluation process. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 7(3), 147–162. doi: 10.1177/153944928700700302
- Boyt Schell, B. A. (2014). Professional reasoning in practice. Dans B. A. Boyt Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. Choch (dir.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (pp. 384-397). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., & Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 356-365. doi: 0.1111/j.1440-1630.2010.00875.x
- Chapparo, C. & Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. Dans: J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (3<sup>e</sup> éd., p. 265–278). Philadelphia, PA: Butterworth.
- De las Heras, C. (2006). Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique. *Le partenaire*, 13(2), 4-12.
- De las Heras, C., Llerena, V., & Kielhofner, G. (2003). *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.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78. doi : 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière
- Gibson, D., Velde, B., Hoff, T., Kvashay, D., Manross, P. L. & Moreau, V. (2000). Clinical reasoning of a novice versus an experienced occupational therapist: A qualitative study. *Occupational Therapy in Health Care*, 12(4), 15–31. doi : 10.1080/J003v12n04\_02.
- Gouvernement du Québec. (2017). Santé mentale (maladie mentale). Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>

- Höhl, W., Moll, S., & Pfeiffer A. (2017). Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current Opinoin in Psychiatry*, 30(4), 300-305.doi: 10.1097/YCO.0000000000000339.
- Hordé, P. (2014). Processus cognitif – Définition. Repéré à file:///C:/Users/Am%C3%A9lie/Downloads/processus-cognitifs-definition-36745-n1z4ds%20(1).pdf
- Kielhofner, G. (2008). *The basic concepts of human occupation. Model of Human Occupation: Theory and application (4th ed.)*. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kinsella, E. A. (2000). *Perfectionnement professionnel et pratique réflexive. Stratégies d'apprentissage fondées sur l'expérience professionnelle. Guide à l'intention des praticiens du domaine de la santé*. Ottawa, CAOT Publications ACE.
- Kopelowicz, A. & Liberman R. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498. doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1491
- Leufstadius, C. & Eklund, M. (2008). Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(1), 23-33. doi: 10.3109/11038128.2014.952905
- Lindsay, P. H. & Norman, D. A. (1977). *Human information processing: An introduction to psychology (2e éd.)*. New York, NY: Academic Press.
- Meyer, S. (2007). *Démarche et raisonnement clinique en ergothérapie*. Repéré à [https://www.eesp.ch/fileadmin/user\\_upload/rad/editions/45\\_de\\_\\_marches\\_et\\_raisonnements\\_en\\_ergothe\\_\\_rapie.pdf](https://www.eesp.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/45_de__marches_et_raisonnements_en_ergothe__rapie.pdf)
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Québec.
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49. doi: 10.7202/1020820ar
- Neistadt. M. E. (1996). Teaching strategies for the development of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(8), 676-684. doi: 10.5014/ajot.50.8.676
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (2<sup>e</sup> éd.)*. Paris : France.
- Rapp, C. A. (2004). Le suivi communautaire : approche axée sur les forces. Dans T. D. Aubry, et R. Émard. (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale : Une invitation à bâtir sa vie*. (p. 31-65). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Reilly, M. (1974). An explanation of play. Dans M. Reilly (dir.), *Play as exploratory learning: studies of curiosity behavior* (pp. 117-149). Beverly Hills, Calif: Sage Publications

- Robertson, L. J. (1996). Clinical reasoning part 2: novice /expert differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 212–216. doi: 10.1177/030802269605900507
- Rogers, J. C. et Holm, M. B. (1991). Occupational therapy diagnosis reasoning: A component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 1045–1053. doi : 10.5014/ajot.45.11.1045
- Rossignol, V. (2001). L'entrevue motivationnelle : un guide de formation. Repéré à [http://www.unaformec.org/uploads/Entrevue\\_Motiv.pdf](http://www.unaformec.org/uploads/Entrevue_Motiv.pdf)
- Scaffa, M. E., & Brownson, C. (2005). Occupational therapy interventions : Community health approaches. Dans C. H. Christiansen, C. M. Baum, et J. Bass-Haugen (dir.), *Occupational therapy : Performance, participation and well-being* (3<sup>e</sup> éd.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Schell, B. A. (2009). Professional reasoning in practice. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn et B. A. Schell (dir.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11<sup>e</sup> éd., pp. 314–327). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Spalding, N. J. (1998). Reflection in professional development: a personal experience. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 5(7), 379-82. doi: 10.12968/bjtr.1998.5.7.14065
- Strong, J., Gilbert, J., Cassidy, S. & Bennett, S. (1995). Expert clinicians' and students' views on clinical reasoning in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 58(3), 119–123. doi: 10.1177/030802269505800309
- Taylor, R. (2008) *The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self*. Philadelphia: F.A Davis
- Wright, N., Callaghan, P. & Bartlett, P. (2011). Mental health service users' and practitioners' experiences of engagement in assertive outreach: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), 822-832. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01733.x
- Zuckerman, M., Porac, J., Lathin, D., Smith, R., & Deci, E. L. (1978). On the importance of self-determination for intrinsically motivated behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4(1), 443–446. doi : 10.1177/014616727800400317

## ANNEXE A

### INFORMATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE VOLITIONNEL (QV)

Description : il s'agit d'un outil d'évaluation de la volition qui se présente sous la forme d'une grille d'observations.

Items d'observation : le QV présente 14 items d'observations qui consiste en des comportements volitionnels. L'évaluation est réalisée pendant la participation à une occupation. Chaque item est coté selon 4 différents niveaux qui indiquent si la personne est passive, hésitante, impliquée ou spontanée. Ces niveaux rapportent une volition de plus en plus importante par rapport à l'item évalué.

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



**ANNEXE B**  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**



**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