

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN LOISIR, CULTURE ET TOURISME**

**PAR
MARC ST-ONGE**

**MODÈLE DE PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ EN LOISIR
DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE**

JUIN 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

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 ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Dans le cadre du programme de maîtrise en loisir, culture et tourisme et suite à une réflexion professionnelle entreprise depuis quelques années concernant l'amélioration de la qualité des services d'interventions professionnelles en loisirs offerts à une clientèle ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants, ce travail tient lieu de mémoire de recherche.

Il s'agit d'une recherche exploratoire d'analyse qualitative qui s'appuie sur une recension des écrits. L'intention est plus précisément de dégager les composantes et la structure d'un plan d'intervention individualisé propre à l'intervention en loisir et à la santé mentale.

À partir de huit modèles de plans d'intervention individualisés provenant de 27 auteurs différents, les résultats ont permis de présenter un modèle de plan d'intervention individualisé se subdivisant en quatre parties. D'abord, le cadre de référence a permis de dégager une conception de la personne et les fondements de l'intervention propre à la santé mentale et au loisir. Dans un second temps, l'évaluation des facteurs personnels, environnementaux et des habitudes de vie permettent de cibler les forces positives et les forces restrictives de la personne et de son environnement. La troisième partie, qui s'intéresse à la planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et à l'identification des ressources et moyens d'intervention, concrétise la réalisation du plan d'intervention individualisé. Finalement, l'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation du plan d'intervention individualisé proposent une série d'étapes qui structurent de façon concise les suites à donner au plan.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à adresser mes plus sincères et chaleureux remerciements aux directeurs académiques de mon mémoire de recherche M. Daniel Boisvert, Ph.D. et M. Gaétan Ouellet, Ph.D., professeurs au département des sciences du loisir et la communication sociale à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Leur souci de la rigueur, leurs conseils judicieux et la constance de leur soutien m'ont permis de franchir chacune des étapes de ma recherche avec vigilance et confiance. Ces qualités ont souvent dissous mes appréhensions et mes incertitudes.

Je remercie aussi tous ceux qui ont collaboré d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement:

Ma conjointe, Claire, qui m'a supporté et encouragé dans ma tâche et à mon fils, Antoine, qui a été très compréhensif et conciliant quand papa « jouait sur l'ordinateur tout le temps ».

La Fédération Québécoise du Loisir en Institution qui m'a accordé une bourse d'étude, ainsi que la reconnaissance « Loisir et Intervention » remise annuellement à l'intervenant en loisir qui s'est distingué par son souci d'améliorer l'intervention en loisir. La confiance et les encouragements de la FQLI sont pour moi une source de motivation indéniable dans la poursuite de ma démarche.

Tables des matières

RÉSUMÉ.....	II
REMERCIEMENTS	III
TABLES DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES	IX
REMARQUES SUR LES CONCEPTS DE LA MALADIE MENTALE, DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION, DU PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ ET DU LOISIR.....	X
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE UN.....	8
LES FONDEMENTS DU PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ EN LOISIR DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE.....	8
1.1 PÉRIODE DE 1900 À 1960: L'INTERNAT ET LA DÉCOUVERTE DES PSYCHOTROPES.....	10
1.2 PÉRIODE DE 1960 À 1980: L'ÉTAT ET L'ÉVOLUTION DE LA CONSCIENCE SOCIALE.....	14
1.3 PÉRIODE DE 1980 À AUJOURD'HUI: DE L'INTÉGRATION PHYSIQUE À L'INTÉGRATION SOCIALE.....	21
<i>1.3.1 La Politique en santé mentale, l'individualisation des services et la communautarisation.....</i>	<i>21</i>
<i>1.3.2 De la réorganisation des services à l'intervention spécifique.....</i>	<i>24</i>
<i>1.3.3 L'intervention spécifique en loisir et la problématique de recherche.....</i>	<i>28</i>
CONCLUSION DU CHAPITRE 1.....	31
CHAPITRE DEUX	32
LES PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS.....	32
INTRODUCTION.....	33
2.1 MODÈLES DE PLANS INDIVIDUALISÉS CHEZ LES INTERVENANTS EN NURSING ET EN RÉADAPTATION PHYSIQUE.....	37
INTRODUCTION AUX MODÈLES DE PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS SELON DES APPROCHES NURSING ET DE RÉADAPTATION PHYSIQUE.....	38

2.1.1 UNE PHILOSOPHIE DES SOINS INFIRMIERS S'INSPIRANT DU MODÈLE CONCEPTUEL DE VIRGINIA HENDERSON.....	39
A) <i>Le cadre de référence</i>	39
B) <i>L'évaluation de besoins</i>	40
C) <i>La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention</i>	43
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	46
<i>Synthèse</i>	47
2.1.2 UNE CONCEPTION DE L'INTERVENTION EN RÉADAPTATION PHYSIQUE.....	48
A) <i>Le cadre conceptuel</i>	48
B) <i>L'évaluation des besoins</i>	50
C) <i>La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention</i>	51
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	52
<i>Synthèse</i>	52
SYNTHÈSE DES MODÈLES DE PLANS D'INTERVENTION SELON LES APPROCHES NURSING ET DE RÉADAPTATION PHYSIQUE.....	53
2.2 MODÈLES DE PLANS CHEZ LES INTERVENANTS EN RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET EN RÉINTÉGRATION SOCIALE	56
INTRODUCTION AUX MODÈLES DE PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS SELON DES APPROCHES DE RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DE RÉINTÉGRATION SOCIALE.....	57
2.2.1 UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE DÉVELOPPEMENT ET L'APPRENTISSAGE.....	59
A) <i>Cadre de référence</i>	59
B) <i>L'identification des forces et des besoins de la personne</i>	60
C) <i>La planification et l'élaboration des buts et objectifs, des stratégies et des techniques d'intervention et d'apprentissage</i>	64
D) <i>La planification des critères et mécanismes d'évaluation</i>	69
<i>Synthèse</i>	72
2.2.2 UNE APPROCHE FONDÉE SUR DES VALEURS HUMANISTES	75
A) <i>Le cadre de référence</i>	75
B) <i>L'évaluation des besoins</i>	75
C) <i>La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et des moyens d'intervention</i>	79
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	84
<i>Synthèse</i>	86

2.2.3 UN MODÈLE DE COMPÉTENCES ADAPTATIVES ET DE VULNÉRABILITÉ AU STRESS.....	89
A) <i>Le cadre de référence</i>	89
B) <i>L'évaluation des besoins</i>	90
C) <i>La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention</i>	92
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	95
<i>Synthèse</i>	95
SYNTHÈSE DES MODÈLES DE PLANS D'INTERVENTION SELON DES APPROCHES DE RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DE RÉINTÉGRATION SOCIALE.....	97

2.3 MODÈLES DE PLANS INDIVIDUALISÉS CHEZ LES INTERVENANTS EN LOISIR 100

INTRODUCTION AUX MODÈLES DE PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS SELON DES APPROCHES EN LOISIR	101
2.3.1 UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU LOISIR COMME CADRE D'INTERVENTION.....	102
A) <i>Le cadre de référence</i>	102
B) <i>L'évaluation des besoins</i>	104
C) <i>La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention</i>	107
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	109
<i>Synthèse</i>	110
2.3.2 UNE APPROCHE D'INTERVENTION BASÉE SUR L'ACQUISITION D'HABILITÉS EN LOISIR.....	111
A) <i>Le cadre de référence</i>	111
B) <i>L'évaluation des besoins</i>	111
C) <i>La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention</i>	113
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	120
<i>Synthèse</i>	125
2.3.3 UNE APPROCHE D'INTERVENTION EN LOISIR BASÉE SUR UNE PERSPECTIVE SOCIALE ET D'ÉCOLOGIE HUMAINE.....	127
A) <i>Le cadre de référence</i>	127
B) <i>L'évaluation de besoins</i>	128
C) <i>La planification et la formulation des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention</i>	129
D) <i>L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation</i>	133
<i>Synthèse</i>	134
SYNTHÈSE DES PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS EN LOISIR.....	135

CHAPITRE TROIS.....	138
LES COMPOSANTES D'UN PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ EN LOISIR POUR LE MILIEU DE LA SANTÉ MENTALE	138
INTRODUCTION	139
3.1 SYNTHÈSE ET ANALYSE DES MODÈLES DE PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ.....	140
A) LES CADRES DE RÉFÉRENCE DES MODÈLES DE PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS	140
<i>Une approche globale de la personne et de son environnement.....</i>	<i>140</i>
B) L'ÉVALUATION DES FACTEURS PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX.....	147
1) <i>L'identification des objectifs d'évaluation des forces et besoins de la personne.....</i>	<i>148</i>
2) <i>L'identification d'indicateurs des forces et des besoins personnels et des facteurs environnementaux.....</i>	<i>151</i>
3) <i>Les sources et instruments de cueillette d'information.....</i>	<i>153</i>
4) <i>La compilation des données.....</i>	<i>154</i>
5) <i>L'analyse et l'interprétation des données.....</i>	<i>155</i>
6) <i>La mise en ordre hiérarchique des besoins.....</i>	<i>158</i>
7) <i>La rédaction d'un diagnostic.....</i>	<i>160</i>
C) LA PLANIFICATION ET L'ÉLABORATION DES OBJECTIFS, DES STRATÉGIES ET L'IDENTIFICATION DES RESSOURCES ET DES MOYENS D'INTERVENTION.....	161
1) <i>La formulation des buts et des objectifs.....</i>	<i>162</i>
2) <i>L'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention.....</i>	<i>167</i>
3) <i>Identification des ressources.....</i>	<i>171</i>
D) L'IDENTIFICATION DES CRITÈRES ET LA PLANIFICATION DES MÉCANISMES D'ÉVALUATION DU PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ.....	176
1) <i>L'identification des orientations de l'évaluation.....</i>	<i>176</i>
2) <i>L'identification des indicateurs d'évaluation du plan d'intervention individualisé.....</i>	<i>178</i>
3) <i>L'identification d'instruments et procédures de cueillette des données évaluatives du plan d'intervention individualisé.....</i>	<i>179</i>
4) <i>L'analyse et interprétation des données évaluatives du plan d'intervention individualisé.....</i>	<i>180</i>
5) <i>Les décisions et le suivi du plan d'intervention individualisé.....</i>	<i>181</i>

3.2 PROPOSITION D'UN MODÈLE DE PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ ADAPTÉ À LA SANTÉ MENTALE ET À L'INTERVENTION EN LOISIR.....	184
A) UNE APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA PERSONNE EN INTERACTION AVEC SON ENVIRONNEMENT.....	184
B) L'ÉVALUATION DES FACTEURS PERSONNELS, DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET DES HABITUDES DE VIE.....	185
1) <i>L'identification des objectifs d'évaluation.....</i>	<i>186</i>
2) <i>L'identification des indicateurs d'évaluation.....</i>	<i>186</i>
3) <i>Les sources et instruments de cueillette d'information.....</i>	<i>187</i>
4) <i>L'analyse et l'interprétation des données et la mise en ordre hiérarchique des besoins.....</i>	<i>188</i>
C) LA PLANIFICATION DES OBJECTIFS, STRATÉGIES ET L'IDENTIFICATION DES RESSOURCES ET MOYENS D'INTERVENTION.....	188
1) <i>La formulation des buts et objectifs.....</i>	<i>189</i>
2) <i>L'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention.....</i>	<i>189</i>
3) <i>L'identification des ressources.....</i>	<i>190</i>
D) L'IDENTIFICATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET LA PLANIFICATION DES MÉCANISMES D'ÉVALUATION DU PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ.....	191
1) <i>L'identification des objectifs de l'évaluation.....</i>	<i>191</i>
2) <i>L'identification des indicateurs d'évaluation.....</i>	<i>192</i>
3) <i>L'identification des instruments et procédures de cueillette d'information.....</i>	<i>192</i>
4) <i>L'analyse et l'interprétation des données.....</i>	<i>192</i>
5) <i>Les décisions et le suivi du plan.....</i>	<i>192</i>
CONCLUSION.....	193
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	197

Liste des tableaux

TABLEAU 1: ORIENTATIONS ET MOYENS PROPOSÉS DANS LA POLITIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC.....	22
TABLEAU 2: PROGRAMME DE RÉINTÉGRATION SOCIALE.....	27
TABLEAU 3: LES 14 BESOINS FONDAMENTAUX SELON HENDERSON.....	39
TABLEAU 4: EXEMPLE DE PLANIFICATION DES OBJECTIFS ET INTERVENTIONS EN SOINS INFIRMIERS.....	45
TABLEAU 5: CRITÈRES DE RÉDACTION DES OBJECTIFS D'INTERVENTION.....	51
TABLEAU 6; MODÈLE D'INTERVENTION DE WITT ET COMPTON.....	103
TABLEAU 7: STRATÉGIES D'INTERVENTION EN LOISIR SELON WITT, ELLIS ET NILES.....	108

TABLEAU 8: PRÉSENTATION DES AUTEURS SELON LES REGROUPEMENTS DE MODÈLES DE PLAN D'INTERVENTION	140
TABLEAU 9: CONCEPTION DE LA PERSONNE QUI REÇOIT DES SOINS DE SANTÉ OU QUI EST ACCOMPAGNÉE DANS SA DÉMARCHE D'INTÉGRATION SOCIALE.....	141
TABLEAU 10: FONDEMENTS DE L'INTERVENTION.....	145
TABLEAU 11: IDENTIFICATION DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX.....	148
TABLEAU 12: IDENTIFICATION D'INDICATEURS DES FORCES, DES BESOINS PERSONNELS ET DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX.....	151
TABLEAU 13: IDENTIFICATION DES SOURCES, INSTRUMENTS ET PROCÉDURES DE CUEILLETTE.....	153
TABLEAU 14: RECENSION DES PROCÉDURES DE COMPILATION DES DONNÉES ÉVALUATIVES DES BESOINS ET DES FORCES DE LA PERSONNE.....	154
TABLEAU 15: ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES ÉVALUATIVES.....	156
TABLEAU 16: INDICATEURS DE MESURES DU COMPORTEMENT.....	157
TABLEAU 17: ÉLÉMENTS DE RÉFÉRENCES POUR LA MISE EN ORDRE HIÉRARCHIQUE DES BESOINS.....	159
TABLEAU 18: RÉDACTION D'UN DIAGNOSTIC.....	160
TABLEAU 19: TYPES DE BUTS ET OBJECTIFS.....	163
TABLEAU 20: CRITÈRES DE RÉDACTION POUR LES BUTS D'INTERVENTION.....	164
TABLEAU 21: CRITÈRES DE RÉDACTION DES OBJECTIFS.....	165
TABLEAU 22: IDENTIFICATION DES STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE ET D'INTERVENTION.....	169
TABLEAU 23: IDENTIFICATION DES RESSOURCES.....	172
TABLEAU 24: DIMENSIONS HUMAINES ÉVALUÉES POUR LA SÉLECTION D'UNE ACTIVITÉ.....	174
TABLEAU 25: IDENTIFICATION DES INDICATEURS D'ÉVALUATION.....	178
TABLEAU 26: IDENTIFICATION DES INSTRUMENTS ET PROCÉDURES DE CUEILLETTE.....	179
TABLEAU 27: DÉCISIONS SUITE DU PLAN.....	181

Liste des figures

FIGURE 1: GESTION DE SERVICES, GESTIONS DE PROGRAMME: DEUX CULTURES.....	26
FIGURE 2: RÔLES ET FONCTIONS DES BUTS ET OBJECTIFS DANS UN PROCESSUS D'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE.....	162
FIGURE 3: PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP SELON LE RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (1997).....	167
FIGURE 4: L'EXPÉRIENCE OPTIMALE.....	175
FIGURE 5: L'ÉVALUATION FORMATIVE ET SOMMATIVE: POSITIONNEMENT DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION.....	176

Remarques sur les concepts de la maladie mentale, de la désinstitutionnalisation, du plan d'intervention individualisé et du loisir.

Plusieurs termes et expressions se retrouvent fréquemment dans ce mémoire de recherche. Pour faciliter la compréhension des prochains chapitres, une description des principaux concepts-clefs est proposée. Il est à noter que ces concepts seront repris et approfondis, si nécessaire, au cours des prochains chapitres.

La maladie mentale sévère et persistante

La population à l'étude est constituée de personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Selon le NIMH¹ (National Institute of Mental Health) trois critères sont requis pour affirmer qu'une personne souffre de troubles mentaux sévères et persistants.

A. Diagnostic psychiatrique

- Psychose non organique
- Troubles de la personnalité

B. Incapacité à fonctionner

exemples:

- Détérioration partielle ou totale de sa capacité à performer dans son rôle professionnel.
- Une capacité limitée à se procurer l'aide nécessaire pour satisfaire ses besoins entraînant une dépendance.

C. Durée de la maladie

- Toujours selon le NIMH, le critère est le plus problématique, bien qu'il soit considéré nécessaire dans 15 définitions sur 17. Certains suggèrent entre 3 et 12 mois de maladie et de traitement, la durée retenue par une majorité d'auteurs est de deux ans et plus.

¹ Extrait tiré de: Schinnar et al. (1990)

Nous retenons la définition que Liberman a repris de Goldman et al. (1981). Elle définit les malades mentaux chroniques comme « des personnes atteintes de certaines affections mentales (syndromes cérébraux organiques, schizophrénie, dépression récidivante ou affections maniaco-dépressives, psychoses paranoïaques ou autres psychoses) ou autres affections qui peuvent devenir chroniques et qui altèrent ou empêchent le développement des capacités de fonctionnement en relation avec trois ou davantage des aspects fondamentaux de la vie quotidienne -l'hygiène et les soins personnels, les relations interpersonnelles, les transactions sociales, l'apprentissage et les loisirs- et qui altèrent ou empêchent le développement de l'indépendance économique» (Liberman, 1991: XVIII).

La désinstitutionnalisation dans le domaine de la santé mentale

Plusieurs définitions ont été proposées à la désinstitutionnalisation; pour cette étape de la recherche, la définition tripartite de Barrach (1978) est retenue. Cet auteur considère que la désinstitutionnalisation se présente comme un processus, un fait, et une philosophie. (traduction libre).

Le processus:

Le processus de désinstitutionnalisation s'engage dans l'abandon des institutions traditionnelles de soins et dans le développement de ressources communautaires pour «maintenir» les personnes à l'extérieur de l'institution.

Les faits

Les faits sont définis selon les données statistiques et consistent en: personnes admises, réadmisses et qui ont reçu un congé de l'institution psychiatrique.

La philosophie

La philosophie qui sous-tend les principes de la désinstitutionnalisation se fonde sur les croyances que la personne a le droit de vivre dans un environnement moins restrictif et de recevoir des services dans la communauté. Cette philosophie présume aussi que la communauté est désireuse et a les capacités de dispenser les services nécessaires à la personne.

La réintégration sociale, réinsertion sociale et la réadaptation

Dans ce travail la désinstitutionnalisation est considérée dans un but de réintégration sociale, ou en d'autres mots comme «une opération par laquelle une personne retrouve la capacité de jouer des rôles sociaux et un statut social après une rupture de son intégration sociale» (CRSSS, 1992).

La littérature nous propose régulièrement un autre concept intimement lié à la désinstitutionnalisation et en l'occurrence à la réintégration sociale. Pour éviter quelques ambiguïtés, le terme de réinsertion sociale sera utilisé pour désigner la réalité ponctuelle: «Action ou fait qui vise la sortie d'une personne d'un milieu institutionnel à la suite d'une période donnée d'institutionnalisation» (CRSSS, 1992)

De plus, un autre concept est intimement lié au processus de désinstitutionnalisation et concerne la réadaptation des personnes. À ce propos, la Politique de Santé Mentale retient comme définition:

«La réadaptation et la réintégration sociale sont complémentaires et se déroulent de façon concomitante; si la réadaptation vise à développer ou à restaurer les compétences personnelles et sociales de façon à accroître le niveau d'autonomie d'une personne, la réintégration sociale en constitue le prolongement. (...) Leur champ d'action couvre les habiletés de la vie quotidienne eu égard au logement, aux activités sociales et communautaires, au travail et aux études» (1989: 44).

Le plan d'intervention individualisé

Le plan d'intervention individualisé en santé mentale est le produit d'une démarche de planification systématique et coordonnée qui requiert la participation de la personne ou de son représentant ainsi que des professionnels de la santé. Cette démarche vise la continuité, la complémentarité et la qualité des services de façon à offrir une réponse individuelle aux besoins de la personne ainsi qu'à maintenir son intégration sociale ou à faciliter sa réintégration sociale.

L'utilisateur, le client, la personne.

Le vocable « la personne » est employé pour désigner l'utilisateur, l'individu ou le client de services de soins de la santé. Cette expression est à notre avis plus respectueuse de l'intégrité et de l'unicité de chaque personne.

Le loisir

La littérature propose au moins trois définitions différentes du terme loisir. Kelly (1990) en propose la synthèse suivante:

Activité de temps-libre

De façon typique le loisir est défini comme étant une activité (ex. bicyclette, natation, danse).

Temps-libre ou temps discrétionnaire:

Le loisir fait aussi référence à la portion de temps qui est disponible après avoir satisfait aux obligations de la vie quotidienne: travail, obligations domestiques, familiales, sociales, etc.

État psychologique

La considération du loisir selon l'approche psychologique fait référence, plus particulièrement, aux dimensions subjectives de la liberté perçue et de la motivation intrinsèque.

Dans le cadre de ce mémoire, le loisir est considéré comme une expérience subjective. Dans ce contexte l'intervention est axée de façon à augmenter la capacité personnelle d'être en loisir, notamment par un vécu (d'un sentiment) de liberté perçue et de motivation intrinsèque, d'implication intense et satisfaisante. L'atteinte de cette expérience subjective implique l'utilisation des activités de loisir comme un moyen qui favorise le développement de compétences personnelles (ex. habiletés sociales, mentales, physiques) et significatives (pour la personne et valorisées par l'ensemble de la communauté).

Introduction

On observe depuis une trentaine d'années au Québec, comme dans l'ensemble du monde occidental, des changements profonds dans les modes de vie et les services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Au Québec, ces changements sont caractérisés surtout par la désinstitutionnalisation, qui a pour objectif de permettre aux personnes atteintes de telles maladies de vivre hors des murs de l'institution. Le but ultime est de réduire les incapacités dues à la vie en institution et aussi de préserver des liens avec les membres de leur famille, leurs amis et avec la communauté (Wykes et al., 1985 cité par Picher et Ionescu, 1992). Récemment le Québec a officiellement adopté ses orientations à l'égard de cette clientèle. On les retrouve dans la politique de santé mentale (MSSS, 1989) et dans la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (MSSS, 1992).

Pour les 10,000 personnes qui sont hospitalisées pour un long séjour en centre hospitalier psychiatrique ainsi que pour les 15,000 personnes qui éprouvent des troubles mentaux et qui vivent dans leur famille ou avec un proche (MSSS, 1989), l'État désire reconnaître et même s'engager à soutenir un style de vie significatif et enrichissant. L'article 1 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (1992) illustre cette volonté:

1. Le régime de service de la santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie (:12).

Par cet énoncé, le ministère de la Santé et des Services Sociaux met en relief deux axes complémentaires qui donnent une orientation aux services: l'intégration sociale et la valorisation des rôles sociaux des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants. L'intégration sociale implique à la fois interaction et acceptation sociales, et non pas uniquement une présence physique de la personne dans les activités

partagées par la communauté. Wolfensberger et Thomas (1988) donnent des définitions précises de l'intégration et plus spécifiquement de l'intégration physique et sociale:

Il y a intégration lorsque les gens participent publiquement les uns avec les autres dans des activités, en des lieux et en quantité culturellement normatifs (...). Ce terme sert principalement à désigner l'inclusion et la participation de personnes dévalorisées avec celles qui ne le sont pas. L'intégration peut-être d'inexistante à considérable et elle peut être physique et sociale.

L'intégration physique est la présence physique d'une ou de plusieurs personnes (dévalorisées) dans les établissements, les situations et lors d'activités ordinaires où des gens non dévalorisés sont également présents; cependant, une telle intégration physique ne signifie pas nécessairement que la ou les personne(s) dévalorisée(s) interagissent avec celles non dévalorisées (...).

D'un autre côté, l'intégration sociale consiste en la participation de la ou des personnes (dévalorisées) avec les citoyens non dévalorisés aux interactions et interrelations sociales qui sont culturellement normatives, en quantité et en qualité, qui ont lieu dans des contextes valorisés ou au moins normatifs. Ainsi, l'intégration sociale va plus loin que la simple présence de personnes valorisées et dévalorisées en un même lieu.

La distinction entre ces deux niveaux d'intégration prend tout son sens dans le quotidien des personnes qui ont des problèmes de santé mentale sévères et persistants. À titre d'exemple, une personne, atteinte de schizophrénie depuis de nombreuses années, fréquente régulièrement la salle de quilles communautaire. Son intégration physique est réussie. Cette personne participe aux activités destinées au grand public selon l'horaire des membres de la communauté, les procédures établies par l'établissement et dans un lieu prisé par la communauté. De plus, elle a des contacts fréquents avec des personnes (non atteintes de maladie mentale), mais ces contacts se limitent à l'échange de quelques civilités. En fait, cette personne ne vit que des relations éphémères, superficielles ou de nature passagère, ce qui l'amène à s'isoler de la vie sociale de plus en plus, à s'ennuyer, à ne plus vouloir persévérer dans cette activité d'échanges.

D'un autre côté, même lorsqu'elles sont rares, des relations durables, intenses et intimes qui se prolongent effectivement malgré les aléas de la vie, peuvent favoriser des participations sociales valorisées, individualisées et très significatives. Cette participation est fondamentale pour le développement social de la personne.

De façon complémentaire, le cadre conceptuel de la valorisation des rôles sociaux (VRS) articule les stratégies qui orientent les actions visant l'intégration sociale. La VRS se concrétise par deux grands types d'intervention: le développement des capacités et des habiletés personnelles et l'amélioration de l'image sociale de la personne, c'est à dire tout ce qui affecte la perception que les autres ont de la personne (Boisvert, Ouellet, 1995).

La planification des services à la clientèle, telle que préconisée dans les politiques gouvernementales québécoises (MSSS, 1989, 1992), fait appel au plan de services individualisés et au plan d'intervention individualisé. La Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux, (1992) stipule l'obligation de concevoir un plan de services individualisé selon l'article suivant:

Article 103 Plan de services individualisé

Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27^o de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants qui a été désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisés (:17).

Le plan de services qui, en favorisant la «planification et la coordination de l'ensemble des services et des ressources dans le but de satisfaire les besoins de la personne et en favorisant le développement de son autonomie et son intégration à la communauté» (MSSS, 1988) permet à cette personne de:

- s'intégrer le mieux possible dans des milieux de vie similaires à ceux des autres personnes de la communauté tout en exerçant des rôles sociaux valorisés (Boisvert, Ouellet, 1995: 180);

- participer (elle ou son représentant) aux décisions qui la concernent en exprimant ses attentes, ses choix et son accord sur la proposition globale de services (Boisvert, Ouellet, 1995: 180);

- recevoir des services appropriés à ses besoins afin de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie (Boisvert, Ouellet, 1995: 180).

Alors que le plan de services fixe des buts généraux et en établit les priorités pour répondre aux besoins globaux de la personne, le plan d'intervention individualisé précise les modalités d'interventions qu'il faut mettre en place pour atteindre les buts visés (Côté, Pilon, Dufour, Tremblay, 1989). Par opposition au plan de services, le plan d'interventions est limité à un champ d'activité. On parlera, par exemple, d'un plan d'intervention en éducation, en loisir, etc. Bien plus qu'une formalité administrative, telle l'exigence de retrouver un plan d'intervention au dossier médical d'une personne hospitalisée, le plan d'intervention est le produit d'une démarche de planification systématique et de coordination qui, en la présence de la personne ou de son représentant, individualise les services et contribue significativement à la continuité, à la complémentarité et à la qualité des services de façon à répondre aux besoins particuliers d'une personne en difficulté. La Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux, (1992) stipule l'obligation de concevoir un plan d'intervention individualisé selon l'article suivant:

Article 102 Plan d'intervention

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27⁰ de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement (:17).

Le plan d'intervention découle donc d'une série de démarches intimement liées qui fournissent à la personne les ressources humaines, matérielles, et les environnements adéquats de façon à répondre à ses besoins réels. Plus précisément, on y retrouve, une évaluation des besoins de la personne, des buts et objectifs précis, des stratégies et des moyens pour atteindre les objectifs et le mode d'évaluation qui permettra de juger des progrès de la personne et de l'efficacité de l'intervention. La coordination des interventions et des intervenants dans une même direction, tout en conservant une vision globale des besoins de la personne, s'avère aussi une étape pivot du plan d'intervention.

L'individualisation de ces actions fait en sorte qu'il est plus facile de cerner les besoins spécifiques de la personne, de définir les objectifs et buts appropriés à la personne, de sélectionner les stratégies qui permettront d'atteindre avec la plus grande probabilité de succès possible ces objectifs, et d'observer plus judicieusement l'atteinte des résultats et du succès de l'intervention.

Assurer la continuité, la coordination, la complémentarité et la qualité des services, voilà les défis proposés par la politique québécoise en santé mentale (MSSS, 1989). Ces axes visent l'atteinte des objectifs recherchés par les efforts consentis par la personne, ses proches et les intervenants du système de la santé et de services sociaux, ainsi que par les organismes communautaires.

Les plans d'interventions individualisées, tout comme les plans de services individualisés, sont des méthodologies qui suscitent une prise de conscience quant à l'importance de planifier, de coordonner et de circonscrire l'intervention de façon rationnelle et cohérente.

Le rôle essentiel de la personne dans la planification et la prestation de services et la remise en questions des pratiques traditionnelles se conjuguent dans un processus d'organisation des actions où l'arbitraire n'a plus sa place. Pour assurer le succès et la durabilité de ce

processus, la concertation entre la personne elle-même, les membres de sa famille et les intervenants est une étape clef. De plus, l'ensemble de cette démarche de planification, d'organisation et de réalisation d'interventions doit supporter efficacement les efforts de la personne dans sa démarche qui l'amène à accroître son autonomie et ses rôles sociaux valorisés par la communauté. En sommes, nous ne pouvons plus nous contenter d'une démarche intuitive qui pourrait avoir des conséquences graves tant pour la personne que pour son environnement social.

Pour l'intervenant en loisir, la participation au plan d'intervention individualisé s'avère la pierre angulaire de sa contribution réelle aux services offerts à la personne et à son intégration dans une équipe multidisciplinaire. En identifiant, entre autres, les objectifs, stratégies d'intervention, moyens d'actualisation qui sont spécifiques à l'intervention en loisir, l'intervenant s'intègre efficacement dans une complémentarité et une continuité de services.

Toutefois, il est possible de constater dans la littérature québécoise une carence importante quant aux fondements théoriques et méthodologiques de la planification d'une intervention individualisée en loisir.

L'élaboration d'un modèle type de plan d'intervention individualisé en loisir apparaît donc comme une piste prometteuse pour soutenir l'action de l'intervenant. La recherche en cours présente le défi d'identifier, d'analyser et de synthétiser la structure interne d'un plan d'intervention individualisé type en loisir. Plus précisément les objectifs suivants sont poursuivis:

1. Identifier les composantes et structures de planification, de réalisation et d'évaluation de plans d'interventions individualisées proposés par divers auteurs.

2. Dégager les composantes et structures d'un plan d'intervention individualisé propre à l'intervention en loisir et en santé mentale.
3. À l'aide d'expériences d'intervention vécues, dégager les composantes et structures essentielles qui facilitent la planification.

Ce mémoire se divise en trois parties. Le premier chapitre met en relief, dans une continuité historique, différents paramètres qui peuvent aider à saisir le contexte dans lequel devrait se développer la pratique du plan d'intervention en loisir auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

Le chapitre deux a comme objectifs d'identifier, puis de synthétiser, à partir des écrits des auteurs, les différentes composantes et structures d'un plan d'intervention.

Le troisième chapitre dégage un modèle de plan d'intervention individualisé propre à l'utilisation thérapeutique du loisir auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

Chapitre Un

Les fondements du plan d'intervention individualisé en loisir dans le domaine de la santé mentale

Les fondements du plan d'intervention individualisé en loisir

La recherche des fondements du plan d'intervention en loisir destiné aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants passe préalablement par la connaissance et la compréhension de différents concepts-clés, tels la santé mentale, le loisir thérapeutique et l'intervention. Cet essai tente de mettre en relief, dans une continuité historique, différents paramètres qui peuvent aider à saisir le contexte actuel dans lequel devrait se développer la pratique du plan d'intervention en loisir auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

Le premier chapitre, dresse un tableau des principaux événements qui ont marqué l'évolution québécoise de l'intervention en loisir en milieu institutionnel auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Les conceptions et les valeurs qui sous-tendent les interventions en milieu institutionnel ont été les repères principaux de ce découpage dans le temps. Les données qualitatives et les réflexions des historiens sont récentes et peu nombreuses. De plus, les données quantitatives relatives aux services et aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants sont difficilement accessibles. Toutefois plusieurs pistes permettent de croire que l'avenir offrira des statistiques plus justes et nombreuses; parmi celles-ci il est possible de dégager l'évolution de la conception de la maladie mentale, et plus particulièrement la précision de la clientèle-cible, les récentes préoccupations pour la recherche en santé mentale et la restructuration des services, tant institutionnels que communautaires.

Le découpage proposé divise en trois périodes distinctes le fil des événements: 1) la période de 1900 à 1960, période caractérisée par l'approche médicale prépondérante et l'internement des malades. 2) La période de 1960-1980 est caractérisée par l'utilisation généralisée des psychotropes, par d'importants changements tant législatifs qu'organisationnels, ainsi que par le mouvement de désinstitutionnalisation. 3) Finalement, de 1980 à aujourd'hui, une période durant laquelle se dégage une véritable politique sectorielle en santé mentale, une affirmation de la réadaptation psychosociale, une plus grande présence et reconnaissance de la famille et d'organismes communautaires dans le processus de réhabilitation, ainsi que l'utilisation plus systématique du loisir dans une approche thérapeutique et multidisciplinaire.

1.1 Période de 1900 à 1960: L'internat et la découverte des psychotropes

Le début du 20^e siècle se caractérise par des services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants qui ont recouru à l'internement dans des asiles et au retrait quasi complet de toute vie sociale et familiale. Souvent classifiées comme «démentes», «possédées du démon», «folles», ces personnes suscitent généralement la peur, la crainte et finalement le rejet social. Beudet (1976) résume ainsi les conditions de vie des personnes vivant dans des conditions asilaires:

L'asile traditionnel est avant tout un lieu de séquestration de malades jugés dangereux pour la société. Ce n'est pas un hôpital, ni un lieu de thérapie, mais un moyen de mettre à l'écart des gens qui enfreignent le code des rapports sociaux. Considérant a priori le malade comme dangereux, on crée autour de lui des conditions matérielles susceptibles de prévenir toute manifestation de violence que l'on présume exister potentiellement pour lui. (:40)

Boutet (1990) complète en identifiant la valeur négative accordée par l'ensemble de la communauté à l'asile, c'est-à-dire les hôpitaux psychiatriques de cette époque:

En prenant le chemin de l'asile, ces personnes sont coupées de leurs liens familiaux et communautaires. Paradoxalement, l'existence même de l'asile devient la preuve que ces personnes ne peuvent vivre dans la communauté: « elles sont sûrement dangereuses puisqu'on les enferme». Aussi, le fait d'être dans un milieu déshumanisant, impersonnel, conduit ces personnes à développer des comportements inadéquats. Ainsi se referme le cercle vicieux de l'inadaptation (:16).

L'expansion de la capacité d'accueil des asiles est fort perceptible dans les années '50. En 1953, le centre St-Michel-Archange, desservant l'Est du Québec, ajoute deux ailes comprenant 1200 lits chacune, en plus d'opérer quelques asiles satellites en région (Baie-St-Paul, Roberval, St-Ferdinand d'Halifax, le Sanatorium Bégin), (Comité de santé mentale du syndicat des employés du centre hospitalier Robert-Giffard, 1985). En 1961, avec une capacité d'accueil portée à 4400 lits, cet hôpital logeait 5061 personnes. Toutefois, la commission Bédard dénonça les conditions de vie et de santé dans lesquelles étaient confinées les personnes internées.

Au cours de cette période, le médecin entreprend des traitements, sans véritable participation du personnel qui joue encore un rôle de gardiennage. Comme il n'a reçu aucune formation spécifique, le personnel voit sa tâche limitée aux soins inhérents à l'hébergement, à la distribution de la nourriture et au maintien d'une certaine hygiène personnelle. Le comité de santé mentale du syndicat des employés du centre hospitalier Robert-Giffard (1985) traduit ainsi ce mode de fonctionnement,

Même si les médecins détenaient le contrôle médical, tout le fonctionnement de l'hôpital était donc sous l'entière responsabilité des religieuses. Aucun membre du personnel, ou presque, n'avait une quelconque formation pour comprendre la maladie mentale. Ce qui importait, c'était de sauver leur âme. (...) Les religieuses voulaient faire acquérir aux malades les vertus de la chasteté, de pauvreté et d'obéissance; telle était leur conception du traitement, compte tenu du contexte culturel et social qui prévalait au Québec à cette époque (:10).

Bien que le gardiennage semble être en grande partie le mode d'intervention le plus répandu, il est possible de recenser quelques données qui permettent de croire à l'utilisation d'interventions plus conformes aux besoins des personnes internées. Comme le fait remarquer Beudet, les données sont davantage liées à la doctrine préconisée par les canadiens anglais qui valorisaient une philosophie plus «matérialiste», que la vision «métaphysique» catholique des canadiens français, pour qui la maladie mentale était une manifestation de la volonté divine.

Se référant à l'adoption des valeurs dynamiques propres à l'idéologie capitaliste de l'ère de productivité qui commençait, Beudet (1976) résume la perception anglophone où «...la maladie était perçue comme un objet à combattre,...», «dans cette nouvelle société, les objectifs de réalisation de soi sont tournés vers la vie réelle et non vers «l'au-delà» (:42). Cette réalisation de soi se traduisait par la participation de chaque personne dans des activités propres à la vie active de la communauté. Toujours selon cette auteure, la vie active avait pris une importance si considérable dans les significations sociales québécoises

qu'il était «impératif que chaque individu s'adonne à une activité quelle qu'elle soit. Pour les malades mentaux, le jeu tiendra lieu d'occupation majeure» (:43).

La «thérapie occupationnelle» comptait notamment des activités de danse, de théâtre, de concerts et de sports (Beudet, 1976); une recherche plus exhaustive pourrait probablement permettre d'identifier quelques espaces dans lesquels les personnes pouvaient s'asseoir, lire un journal, fumer, «placotter», marcher, écrire et même pratiquer quelques jeux de plein air tels le cerf-volant, le crochet, et bien d'autres activités qui permettaient de contribuer à l'amélioration du «moral des malades» (Nightingale citée par Frye et Peters, 1972; Liberman, 1991:1) et «d'arracher» les malades à l'oisiveté, cette valeur jugée négative par le système capitaliste qui s'implantait. Il faut dire que les valeurs religieuses catholiques avaient aussi en horreur l'oisiveté « mère de tous les vices ».

Parallèlement à cette évolution de la mentalité qui considérait l'activité comme source de mieux-être chez le malade, donc de la valeur thérapeutique de l'activité, plusieurs découvertes médicales et pharmaceutiques viennent appuyer la conviction que les «les malades mentaux sont potentiellement guérissables». Ainsi, la période entre 1937 et 1960 fut marquée par le traitement à l'insuline, au métazol, par les électrochocs ou sismothérapie, la lobotomie et le largactil (Comité de santé mentale du syndicat des employés du centre hospitalier Robert-Giffard, 1985:10).

L'arrivée de ces traitements marque une évolution considérable dans les traitements de la maladie mentale. Le Comité de santé mentale du syndicat des employés du centre hospitalier Robert-Giffard résume ainsi la situation: «avec l'arrivée de ces nouvelles découvertes médicales, on en vient à considérer la folie comme une maladie, accessible à un traitement comme les autres maladies et éventuellement guérissable. La «folie» devient «maladie mentale» (1985:11)» .

L'impact le plus considérable est celui du chlorpromazine communément appelé largactil.

Beaudet résume ainsi:

Cette découverte extraordinaire devait provoquer un bouleversement complet du traitement de la maladie mentale. A partir du moment où l'on pouvait contrôler chimiquement le processus normal de la maladie mentale, la structure asilaire, conçue comme moyen physique pour protéger la société des individus asociaux devenait désuète. Cette nouvelle drogue, suivie d'une panoplie d'autres médicaments, allait permettre aux hôpitaux psychiatriques de mettre l'accent sur le rétablissement des patients et non plus sur la protection de la société. (1976:74)

Cette médication, intimement liée à la modification de la perception sociale accordée jusqu'ici à la personne ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants, a amorcé de nombreux changements, tant dans la modification des structures que dans la modification des rôles des intervenants. Ces modifications se caractérisent par une dimension plus respectueuse de la personne. À titre d'exemple, voici quelques uns des changements recensés par Beaudet (1976):

-En 1955, après un an d'usage du largactil, l'hôpital adopta une politique de porte ouverte, c'est à dire que désormais, plusieurs salles étaient ouvertes et que les patients pouvaient circuler librement sur le terrain de l'hôpital. Cette nouvelle politique entraîna une réorganisation complète des services récréatifs offerts aux patients. À partir du moment où les patients redevenaient socialisés par les médicaments, l'hôpital devait se charger de les occuper. La thérapie occupationnelle devint une réalité pressante. (: 74)

-Le très grand nombre de mises en congés qu'entraîna l'utilisation de médicaments efficaces obligea l'hôpital à créer des services de réhabilitation et à s'occuper activement de la réintégration des patients dans la société. En 1955, une clinique de service social fut créée pour s'occuper exclusivement de réintroduire les individus libérés dans un milieu productif (: 75).

-En 1959, le département de thérapie occupationnelle intégra dans son administration le département des activités récréatives. Les activités se multiplièrent pour faire face aux besoins d'occupation diversifiées des patients. Les patients encore trop malades pour travailler dans des ateliers étaient pris en charge par des thérapeutes, dans leurs salles où l'on organisait des cours de danse, des auditions musicales, ou des projections de films. Lorsque le patient atteignait le stade d'une réhabilitation plus active, on le dirigeait vers les différents ateliers de travail conçus pour favoriser sa réintégration sociale et son retour sur le marché du travail. (: 81).

Au cours de cette période, l'intervention connaît une évolution importante. De gardien² qui devait assurer la protection de la société, un changement profond qui inversait ce rôle s'est implanté. La perception de «crainte» et de «danger» attribuée à la personne s'est graduellement estompée pour faire place à une perception de la personne ayant besoin de soins et de thérapies. Ce changement majeur permet d'orienter des services et des ressources en fonction des besoins de la personne. Le développement de compétences par l'utilisation du loisir devient déterminant pour la réussite du retour en communauté des personnes qui ont vécu une période d'hospitalisation plus ou moins prolongée en institution psychiatrique.

1.2 Période de 1960 à 1980: L'État et l'évolution de la conscience sociale

La période située entre 1960 et 1980 est marquée surtout par l'évolution des conceptions en matière de santé et de maladie au Québec. À cet effet, Corin (1987) résume ce mouvement à partir de trois grands documents: les rapports rédigés par la Commission Castonguay-Nepveu en 1970; le rapport Lalonde en 1974 et Objectif Santé en 1984. Selon cette auteure une orientation commune parcourt l'ensemble de ces documents:

«... un désir d'élargir la notion de santé, et plus spécifiquement, de dépasser une conception organique de la santé et de la maladie. Ceci se traduit au niveau conceptuel par le fait que l'on considère la maladie comme une réalité biopsychosociale et au niveau pratique, par le fait que les interventions curatives sont insérées dans un ensemble plus large de services qui incluent en amont la prévention et en aval, la réadaptation» (:5).

À cette liste de documents, Piat (1992) ajoute La commission d'étude des hôpitaux psychiatriques dirigée par le Commissaire Bédard en 1962. Cette étude en proposant d'intégrer les services psychiatriques au mandat des hôpitaux de courts et longs termes, a implicitement amorcé le démantèlement des institutions psychiatriques et le début de la désinstitutionnalisation.

² Ce texte, écrit au masculin, se lit aussi au féminin là où le sens le propose.

Parallèlement, la reconnaissance des droits de la personne se fait plus insistante. Dans le même esprit que la Déclaration des droits de l'homme (1948) et la Déclaration des droits de l'enfant (1959), l'Organisation des Nations Unies promulgue la Déclaration des droits du déficient mental (1971) et la Déclaration des droits de la personne handicapée (1975). L'ensemble de ces déclarations reconnaît que tous les humains sont égaux en droits et en dignité et que la personne handicapée possède les mêmes droits que tous les autres membres de la collectivité. Elle a droit à la vie, à la liberté et à l'intégrité de sa personne (MSSS, 1988:13).

De plus, à la faveur de l'importance accordée à la reconnaissance des droits de la personne dans le monde, des groupes de pression, formés de personnes handicapées ou de parents, font valoir les droits de ces personnes à l'éducation, au travail, au logement, au transport, au loisir, aux prises de décisions, bref, les droits d'un citoyen à part entière (Gauthier, 1992; Hutchison et Lord, 1979:31;).

Dans le domaine du loisir au Québec, cette reconnaissance des droits est notamment promulguée dans le livre blanc, du Gouvernement du Québec, intitulé «On a un monde à récréer» qui reconnaît le loisir comme «une dimension de l'existence humaine présente à toutes les étapes de la vie comme un droit inaliénable dont il faut protéger et promouvoir l'exercice» (Service des communications du Haut-Commissariat, 1979). Bien qu'il soit possible de recenser, entre 1960 et 1980, des interventions de réadaptation, de réintégration et de réinsertion sociale se proclamant de cette reconnaissance des droits accordée au loisir, le domaine québécois de la santé mentale fait preuve d'un développement très lent et ardu. En fait une seule référence a pu être recensée. Elle concerne l'organisme communautaire «le Centre social de la Croix Blanche de Québec». Opérant depuis le début des années 1970, cet organisme fonctionne comme un club social et met l'accent sur le développement d'activités de loisir organisées pour, et par, de petits groupes de personnes «démunies psychologiquement» (Robitaille, 1990, Proulx, 1988). Le tiers de ses activités se réalise

dans les services communautaires (Robitaille, 1990). Les quilles, la natation, la marche en sont des exemples les plus fréquents.

Encore aujourd'hui, quelques intervenants de ce centre ont une formation en service social. Cette préoccupation du loisir pour les travailleurs sociaux prend racine dans les valeurs religieuses et cléricales véhiculées dans les années 50. Le clergé faisait appel à des travailleurs spécialisés pour dégager des fonctions du loisir des interventions qui permettront le «développement moral, intellectuel, la réhabilitation sociale, l'intégration familiale» des «populations spéciales» (assistés sociaux, chômeurs, délinquants, handicapés, malades mentaux et les personnes âgées) (Pronovost, 1983: 204). Autant de préoccupations encore actuelles dans les années 90.

Il fallu attendre les années 1975 pour voir la préoccupation d'utilisation du loisir à des fins thérapeutiques et éducatives être partagée par les premiers intervenants formés spécifiquement dans cette discipline. Progressivement intégrés dans les systèmes de santé et communautaires québécois, ces intervenants proviennent de l'Université du Québec de Trois-Rivières qui forme des récréologues depuis 1969 et des collèges de Rivière-du-Loup, Vieux-Montréal, Dawson et St-Laurent qui forment des techniciens en loisir depuis 1967. L'arrivée de ces nouveaux professionnels dans les institutions de santé a permis de consolider l'offre d'activités de loisir par des programmations d'activités, de créer les premières assises d'intervention par le développement de quelques instruments, et de favoriser des regroupements, tels les «Associations des Services de Loisir en Institution du Québec» (ASLIQ) (6 membres en 1978), la tenue, depuis 1983 de symposiums sur le loisir en institution, et la création de la «Fédération Québécoise du Loisir en Institution» en 1986 qui venaient offrir des lieux d'échanges et de formation en regroupant les institutions de santé, centres d'accueil et centres de jour.

Concernant l'intervention thérapeutique en loisir offerte dans les institutions psychiatriques, une recherche empirique plus approfondie s'impose, puisque peu de publications, recherches et autres données nécessaires à la reconstitution de son évolution sont disponibles, et ce tant pour la période 1970 à 1985 que pour les autres périodes couvertes par ce mémoire. Toutefois diverses sources permettent raisonnablement de penser que, dans la dispensation d'activités d'occupation du temps libre, l'institution psychiatrique avait tendance à être autosuffisante. L'institution était conceptrice et réalisatrice de l'ensemble de ses services qui incluent par exemples les ateliers de cuir, de bricolage. De plus, ces services de loisir étaient vécus quasi exclusivement à l'intérieur des murs de l'institution et occasionnellement sur des sites d'activités communautaires (ex. gymnase, piscine publique,...) dont la réservation permettait une utilisation exclusive.

La recherche de Letendre, Monast et Picotte (1988) permet de constater que l'intervention visait davantage le développement des compétences permettant d'adapter les personnes aux lieux, aux règles et aux services institutionnels plutôt que d'adapter et d'individualiser les programmes et services aux besoins réels à chaque personne particulière.

Se basant sur un échantillon de personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants âgées de 18 à 30 ans, ces auteurs ont mené une étude qui a la particularité de s'intéresser à l'expérience d'hospitalisation selon trois périodes (pré-hospitalisation, l'hospitalisation et la post-hospitalisation) et d'offrir des informations pertinentes quant aux répercussions de l'hospitalisation sur le vécu des personnes.

Letendre, Monast et Picotte (1988) font ressortir la dépendance grandissante face au réseau institutionnel comme cause de nombreuses difficultés que rencontrent les répondants lors de leur tentative de réintégration dans une vie communautaire intéressante. Voici quelques extraits, tirés de l'étude de Letendre et ses collègues, qui illustrent ce processus de dépendance:

Suite à des hospitalisations plus longues et plus nombreuses, les sujets éprouvent des difficultés d'adaptation à la vie à l'extérieur. La prise en charge par l'hôpital de tous les besoins des usagers et l'impossibilité lors de leurs séjours de réaliser leurs projets, font en sorte que les sujets peuvent se sentir marginaux et handicapés vis-à-vis l'organisation de leur vie quotidienne (: 504).

La vie à l'extérieur demeure difficile et ennuyante: elle se résume à quelques visites mensuelles ou bimensuelles en clinique externe, beaucoup d'heures de sommeil (effets des médicaments) et beaucoup d'ennui et de solitude. Tous ces répondants rencontrent des problèmes financiers majeurs; ils n'ont d'autres choix que de se loger dans de petites maisons de chambres souvent insalubres (:495-496).

Ces auteurs attribuent l'ennui et le désœuvrement des répondants à l'absence d'un réseau extérieur (due au fait que pour plusieurs la famille les a abandonnés ou que leur long séjour en psychiatrie leur a fait perdre leurs amis) et à l'absence de projets intéressants et réalisables, «qu'ils soient d'ordre thérapeutique ou d'un tout autre ordre».

Au cours de cette période, une idéologie connue sous le vocable de la normalisation qui visait l'atteinte d'une «existence aussi normale que possible» (Wolfensberger, 1972) représente une occasion pour les personnes dévalorisées socialement de réintégrer la société et de participer à l'ensemble de ses activités tant économiques, culturelles que familiales. Se fondant notamment sur la réduction des préjudices subis par le rejet social, les principes véhiculés par la normalisation représentent pour les intervenants une véritable base pour aider les personnes à s'intégrer comme membres à part entière dans leur communauté d'origine. Malheureusement, l'application des principes de normalisation et d'intégration n'ont pas été respectés.

Souvent effectué de façon rapide et massive, avec une réduction du nombre de lits de 50% entre 1962 et 1986 (Doré, 1987:147), le mouvement de désinstitutionnalisation a eu comme conséquence de libérer plusieurs lits d'hôpitaux et de réduire considérablement la durée du séjour de la personne en institution; l'hospitalisation à court terme accroît son nombre de lits en psychiatrie de 580 en 1962 à 2703 en 1986 (Doré, 1987: 145). En retour ce

mouvement a créé de nouvelles problématiques qui confrontent maintenant la communauté d'accueil, qui par ses ressources non institutionnelles (foyer de groupe, familles d'accueil, ...) voit sa capacité d'hébergement augmenter de 2013 places en 1970 à 6000 places en 1985 (Doré, 1987: 145). Parmi les problèmes, une constatation de l'incapacité de la communauté d'offrir à cette population des soins et des services adéquats (Picher et Ionescu, 1992:1) provoque notamment une certaine négation de la maladie mentale et rapidement des réactions de rejet de la part de la société (Deegan, 1994). Comme autres problématiques nous n'avons qu'à penser à la croissance importante du nombre de sans-abri, à l'augmentation des problèmes dus à la consommation de drogues et d'alcool, à l'accroissement de l'isolement social, à la perte de logement, à la malnutrition, au manque de travail, à la difficulté de composer avec les décisions de tous les jours, à la criminalité et au stress quotidien (Cohen et Solovsky, 1978; Herman et Smith, 1989; Lamb, 1980; Lamb et Goertzel, 1977; Reich et Siegel, 1973).

De nombreux chercheurs, gestionnaires et intervenants ont tenté d'identifier les facteurs de l'échec du processus de désinstitutionnalisation, dont voici les plus fréquents:

- Le premier facteur tient au fait que les psychotropes ne sont pas miraculeux et ne peuvent à eux seuls améliorer tous les aspects de la vie d'une personne (Alarie, 1989; Liberman, 1991; Harnois, 1991, Tessier et Clément, 1992).
- Le second facteur, que le comité Harnois (1987) a bien mis en lumière, est une conséquence du transfert de la personne sous un nouveau toit sans se préoccuper de ses besoins et du soutien nécessaire à la personne, à la famille et à la communauté.
- Un autre facteur reconnu par plusieurs auteurs concerne les programmes de soins conventionnels qui sont calqués sur les modèles d'intervention que nécessite la maladie infectieuse, qui considère le traitement comme un processus à court terme servant à restreindre ou à limiter un dérangement temporaire. Or, la maladie mentale est plutôt une maladie à long terme, du moins pour une majorité de personnes (Tessier et Clément, 1992).

Sur ces constatations, reliées aux facteurs d'échecs, s'amorcent les nouvelles décennies. Le mouvement de désinstitutionnalisation se poursuit, malgré tous les problèmes recensés, car, pour le ministère de la Santé et des Services Sociaux (1985), «nulle part dans la littérature il n'est question de retour aux formes traditionnelles de traitement des personnes atteintes de troubles mentaux graves» (: VII).

C'est davantage vers les types d'interventions fondées sur «un modèle différent de celui du modèle médical traditionnel» (Tessier et Clément, 1992) que convergent les réflexions. Les nouvelles approches doivent offrir la possibilité aux personnes de gérer leur vie, s'ouvrir sur la communauté, être centrées sur l'adaptation de la personne à son environnement plutôt que sur un traitement, offrir à l'intervenant une plus grande autonomie de planification, de réalisation et de suivi de son travail en fonction des besoins de chaque personne (Renou et al., 1986; Tessier et Clément, 1992; Hutchison et Mc Gill, 1992; Fraser et Labbé, 1993).

1.3 Période de 1980 à aujourd'hui: De l'intégration physique à l'intégration sociale.

1.3.1 La Politique en santé mentale, l'individualisation des services et la communautarisation

Il a fallu bien des décennies pour reconnaître que les problèmes de santé mentale nécessitaient une philosophie et une organisation des services spécifiques et distinctes de la santé physique.

En février 1989, la ministre Lavoie-Roux met en vigueur la «politique de santé mentale». Cette politique fait suite aux avis de divers comités ministériels en santé mentale. Plus particulièrement les axes retenus par cette politique sont tirés de l'avis sur «la notion de santé mentale» (MSSS, 1985), le projet de politique soumis par le comité Harnois sous le titre de «pour un partenariat élargi» (1987), le rapport de la Commission Rochon (1988) et l'enquête Santé Québec (1988). S'appuyant sur une conception de la santé comportant des dimensions à la fois biologique, psychologique et sociale, cette politique formule deux grands objectifs généraux:

1. Permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée, ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.
2. Favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population.

Ces deux objectifs s'articulent à partir de cinq orientations complémentaires et de nombreux moyens d'action dont nous proposons au Tableau 1 une présentation sommaire.

Tableau 1: Orientations et moyens proposés dans la politique de la santé mentale du Québec

Orientations	Moyen
1. Assurer la primauté de la personne:	1.1 Plan de services individualisé 1.2 Promotion, respect et protection des droits 1.3 Information
2. Accroître la qualité des services:	2.1 Formation de base et continue 2.2 Recherche 2.3 Évaluation
3. Favoriser l'équité:	3.1 Gamme de services 3.2 Accessibilité aux services 3.3 Complémentarité des services 3.4 Allocation des ressources
4. Rechercher des solutions dans le milieu de vie des personnes:	4.1 Organismes communautaires 4.2 Désinstitutionnalisation
5. Consolider le partenariat:	5.1 Plan régional d'organisation de services 5.2 Gestion régionale 5.3 Participation gouvernementale

La politique de santé mentale s'intègre dans une vaste réforme des services de santé et des services sociaux qui visent fondamentalement à recentrer les services sur la personne.

Cette réorganisation doit permettre de passer d'un système clos et institutionnel à un système ouvert et communautaire; d'un système dans lequel la personne joue un rôle passif, de dépendance à un système dans lequel la présence de la personne dans le processus de planification du traitement et de l'intervention est un pré-requis; d'un système fermé sur la communauté à un système ouvert sur les conditions de vie dans lesquelles se trouve une personne. Fraser et Labbé (1993) illustrent bien le changement en cours:

Il faut bien comprendre qu'à une époque encore récente, la vie des personnes et le travail des intervenants se passaient en vase clos à l'intérieur d'une organisation qui fonctionnait selon ses propres règles en étant peu influencée par les règles des sous-groupes tels la famille, la personne elle-même, la communauté, les partenaires sociaux, etc. Avec la désinstitutionnalisation et l'ouverture vers un modèle de distribution de services dans la communauté, il n'était plus possible de maintenir

cette vision réductrice des services et du rôle d'intervenant chargé d'assister ou d'accompagner la personne dans ce nouveau contexte fort différent et plus complexe (:98).

Comme le font remarquer Tessier et Clément (1992) «on est passé d'un processus d'amélioration de la compétence à un processus d'adaptation de la personne à l'environnement et d'adaptation de l'environnement à la personne à travers des interrelations dynamiques» (:17). Dans cette optique, l'intervention en santé mentale tend de plus en plus vers un équilibre entre la personne et son environnement, c'est à dire que l'intervention tient de plus en plus compte du milieu de vie de la personne mais aussi des nombreux liens qu'elle entretient avec cet environnement (Renou et al., 1986; Howe-Murphy et Charboneau, 1987; Fraser et Labbé, 1993).

Les éléments de ce cadre élargi exigent que l'on porte dorénavant l'accent sur le potentiel de la personne (Renou et al., 1986; Liberman, 1991; Tessier et Clément, 1992; Fraser et Labbé, 1993; Deegan, 1994) plutôt que sur ses incapacités, sur la participation maximale de la personne à toutes les décisions affectant son état de santé et de Bien-Être (MSSS, 1989), sur la continuité, la complémentarité et la qualité des services afin de contribuer à l'accroissement des compétences et des occasions pour la personne d'une prise en charge la plus globale possible de ces besoins (MSSS, 1989), sur les façons de permettre à la personne de s'approprier son projet de vie, au même titre que les autres citoyens de sa communauté (Boisvert, 1990), sur les facilités et les contraintes que présentent le milieu de vie de la personne (physiques et humaines) (Renou et al., 1986; Fraser et Labbé, 1993).

Cette nouvelle approche qui s'impose progressivement dans le domaine de la santé s'inspire d'une idéologie de type communautaire. Largement partagée par les instances gouvernementales québécoises, cette idéologie trouve une assise dans l'énoncé d'une politique de santé mentale (1989) et dans la loi réformée de la santé et des services sociaux (loi 120) qui sont l'aboutissement de longs processus amorcés par la Commission

Castonguay-Nepveu (1973). Fortes de ces racines, la politique de santé mentale et la nouvelle loi de la santé et des services sociaux visent à favoriser un rapprochement des populations des véritables zones de décisions qui concernent la planification de leurs services ou de leurs soins. De nouveaux mécanismes de décentralisation et de régionalisation et une participation des usagers et des travailleurs dans l'organisation des divers établissements du réseau de la santé ont vu le jour (Corin, 1987:6). Bien que quelques critiques qualifient cette réforme de fausse décentralisation ou «d'étatisation du tissu communautaire» (Caillouette, 1992: 120) ou encore d'une «privatisation de type communautaire» (Corin et al., 1990: 33) en se référant aux nombreux critères imposés par l'État pour reconnaître et financer les organismes partenaires, plusieurs auteurs reconnaissent un effort certain de démocratisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ces auteurs mettent l'accent sur la participation des usagers et groupes communautaires à la recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne, à l'association étroite avec ce milieu et à la recherche d'une adaptation aux caractéristiques spécifiques des communautés locales et de leurs membres (MSSS, 1989).

La trame de fond de la réforme en cours va donc au-delà de la régionalisation et de la reconnaissance des organismes communautaires; l'enjeu consiste désormais à placer les intérêts de l'utilisateur au coeur même du réseau de services.

1.3.2 De la réorganisation des services à l'intervention spécifique.

Fortes de ces lignes directrices et s'inscrivant dans un plan régional d'organisation de services (PROS), plusieurs institutions québécoises de santé ont entrepris une réorganisation de leur structure, ont redéployé leurs ressources et amorcé un remaniement dans la prestation de leurs services. C'est le cas notamment du Centre hospitalier Robert-Giffard, du Centre hospitalier Ste-Thérèse et du Centre hospitalier Malartic qui ont favorisé la mise en place d'un «fonctionnement par programme».

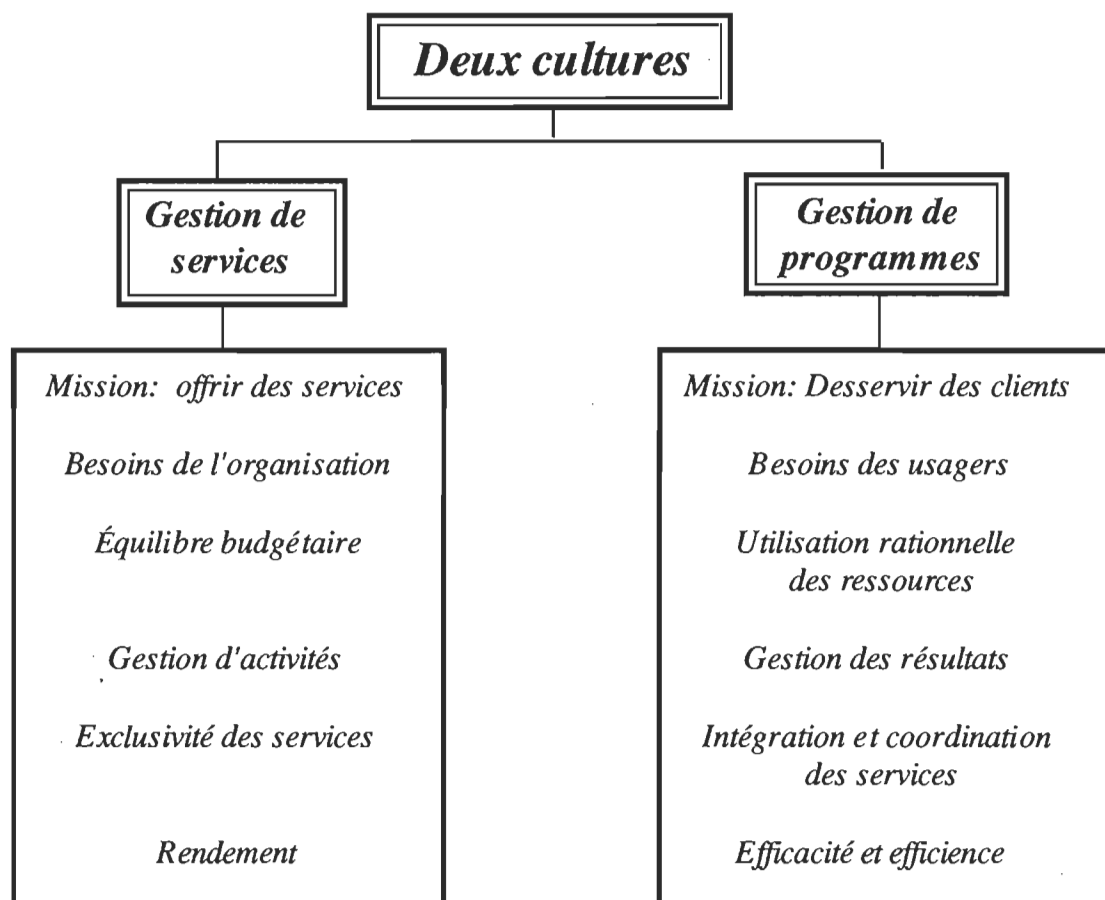
Le «fonctionnement par programme» est un mode de gestion centré sur les besoins de la personne et qui considère celle-ci comme «un sujet de traitement, un sujet actif de sa guérison ou de sa réadaptation». Son application présente un changement majeur en comparaison avec la gestion par services qui est centrée sur les besoins de l'organisation, et plus précisément qui est «centrée sur les performances administratives et «manageriales», sur la production d'activités, la distribution des services et l'utilisation des ressources», dans laquelle la clientèle est vue comme «un objet de traitement, un sujet passif de son traitement ou de sa réadaptation» (Morneau, 1993: 1-3).

Privilegié par la politique québécoise de la santé et du Bien-Être, le recours à la gestion par programme a pris un essor considérable au cours des dernières années (Conseil canadien d'agrément 1990: 1; Morneau, 1993:1). Ce changement de culture au niveau de la gestion des établissements présente plusieurs défis pour la direction, les cadres intermédiaires et le personnel syndiqué. La Figure 1 démontre les distinctions entre la gestion de services et la gestion de programmes.

Par exemple au Centre hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan, un premier défi a consisté pour la direction à revoir sa planification stratégique, c'est à dire, à établir son programme-cadre et la gamme des programmes-clientèles à partir de l'analyse de sa mission et de l'étude de la population à desservir.

Un deuxième défi, pour le cadre intermédiaire responsable d'un service, est d'élaborer son programme-clientèle, plus particulièrement de mettre en place les activités susceptibles de réaliser les objectifs généraux et spécifiques visés par le programme et conséquemment de répondre aux besoins de la clientèle-cible. Le Tableau 2 illustre des objectifs généraux et un extrait des objectifs spécifiques d'un programme clientèle élaboré au Centre hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan.

Figure 1: Gestion de services, gestions de programme: deux cultures



Tiré de Michèle Morneau, 1993

Tableau 2: Programme de réintégration sociale

But: Offrir aux personnes adultes souffrant de troubles mentaux sévères et souvent persistants, à évolution difficile et particulière, un milieu de vie ponctuel favorable au recouvrement de leur capacité à jouer un rôle social satisfaisant dans le milieu de vie de leur choix.	
Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
1. Augmenter la capacité de la personne à assurer sa stabilité mentale par une approche pharmacologique, environnementale et individualisée.	-Identifier les effets attendus et les effets indésirables de sa médication; -Identifier les signes précurseurs d'une crise.
2. Assurer un bon état de santé physique chez la personne par un régime de vie équilibré.	-Éviter les situations comportants des risques d'accidents; -Identifier les situations présentant un danger potentiel.
3. Maintenir et développer chez la personne les habiletés nécessaires aux activités quotidiennes et domestiques par l'approche psychoéducative.	-Soigner son apparence physique; -Maintenir une propreté corporelle optimale.
4. Maintenir et développer chez la personne des habiletés sociales nécessaires à l'établissement de relations interpersonnelles et à la création d'un réseau de support, par l'approche de valorisation des rôles sociaux et par l'approche du type communautaire.	-Utiliser les services et les ressources disponibles en vue de sa réintégration sociale; -Réagir adéquatement face aux abus de l'entourage.
5. Aider la personne à faire un usage significatif de son temps par la réalisation d'activités de son choix.	-Participer à des activités éducatives adaptées à sa condition; -Participer à des activités occupationnelles et de loisir.
6. Favoriser chez la personne sa prise en charge par l'approche de la «réalité-thérapie».	-Participer aux décisions qui la concernent; -Assumer ses responsabilités.

Extrait de CHST, 1994

Le défi, pour le cadre intermédiaire responsable d'un service, est aussi d'intégrer la personne et sa famille dans le processus de traitement et de réadaptation, ainsi que de favoriser la cohésion, la complémentarité et la continuité des soins et services par l'adoption d'un modèle d'organisation du travail qui tend vers la transdisciplinarité. Cette façon de

concevoir présuppose une influence mutuelle, un partage des savoirs et un décloisonnement des disciplines à l'intérieur duquel chaque membre du comité intègre dans ses activités les objectifs des autres membres impliqués auprès de la personne. Cette manière de procéder implique que les décisions se prennent en consensus, sans prépondérance d'une pratique corporative au détriment des autres spécialisations et des non-spécialistes. On transcende donc les disciplines professionnelles d'une part et on pondère plus équitablement les influences entre les spécialistes et les non-spécialistes d'autre part (Boisvert et Ouellet, 1990: 114; Pelletier, 1990:159, Samson-Saulnier, 1990:8).

Un troisième défi qui s'adresse aux employés d'un programme, et plus spécifiquement à l'intervenant en loisir. Il s'agit de définir sa contribution spécifique au sein de l'équipe du programme.

1.3.3 L'intervention spécifique en loisir et la problématique de recherche

Pour relever ce défi, les intervenants en loisir doivent recourir à un cadre de référence spécifique à l'intervention en loisir de façon à permettre la précision et l'adaptation des actions thérapeutiques, éducatives et récréatives, de même que l'utilisation des techniques d'interventions que requiert la satisfaction des besoins spécifiques de la clientèle cible qu'il dessert. Nous gardons à l'esprit la «Méthode Impact» (Tremblay, 1987) qui a l'honneur d'être une des toutes premières références québécoises en matière d'intervention éducative et thérapeutique en loisir. Ce modèle qui a suscité de très nombreuses réflexions et discussions n'a malheureusement pas su canaliser cette énergie de façon à améliorer ses fondements théoriques, ses principes et ses composantes d'interventions. La lecture de cette méthode permet notamment de constater la description fort vague de ces aspects.

Présentement le cadre de référence pour la prestation des services de loisir, pour la majorité (80%) des institutions affiliées à la Fédération Québécoise du Loisir en Institution (FQLI), s'articule autour de la notion du «loisir but», dont l'axe d'intervention consiste

essentiellement à l'animation du milieu de vie. Quant à l'évolution de l'intervention thérapeutique du loisir, celle-ci connaît un ralenti depuis plusieurs années. Toutefois, des données empiriques permettent d'entrevoir quelques pistes d'adaptation de cadre conceptuel d'intervention; parmi celles-ci, il est possible de trouver le développement de l'intervention éducative en loisir qui s'inspire du modèle de Gunn et Peterson (1984), alors que pour une autre institution, il s'agit d'un amalgame des modèles de Tremblay (1987) et de Gunn et Peterson (1984).

Une approche globale d'intervention en santé mentale a été présentée lors du colloque de la FQLI en 1992 par Boisvert, Pépin et St-Onge (1992). Cette approche, connue sous la dénomination de la valorisation des rôles sociaux, préconise la réduction des nombreuses barrières de toutes natures que le milieu oppose aux personnes qui ont un fonctionnement différent ou réduit. En loisir, l'application de cette approche trouve tout son sens lorsqu'elle est intégrée aux actions spécifiques du processus d'intervention utilisant les activités de loisir pour favoriser la participation de la personne à la vie et au développement de sa communauté. Cette approche constitue, à notre sens, une des pistes les plus intéressantes.

Cependant, le défi de développer (ou d'adapter) un modèle québécois d'intervention spécifique au loisir et à la santé mentale reste entier et s'impose pour permettre de mieux saisir et utiliser les fonctions du loisir, et ainsi, de jouer efficacement notre rôle dans le processus de réintégration et de maintien de la participation à la vie communautaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

D'autre part, l'insertion de l'intervenant en loisir comme membre actif de l'équipe multidisciplinaire, composée de la personne³, des gens qui lui sont significatifs et des

³ Lorsque le vocable « la personne » est utilisé, celui-ci désigne « la personne ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale ».

intervenants, se fait par le biais du cycle clinique défini par chaque établissement de santé. Généralement, ce cycle clinique précise les étapes (ex. accueil, soins et services), actions et délais de réalisation de ces actions offertes aux usagers des services de santé. Dans ce contexte le plan d'intervention individualisé revêt une importance toute particulière pour l'ensemble des intervenants en santé. En participant aux rencontres d'élaboration de ce plan, qui visent dans un premier temps à dégager une vision globale de la personne et notamment de ses forces et de ses besoins, puis à identifier les objectifs globaux d'intervention, l'intervenant est appelé à échanger selon les fondements de son champ d'intervention. C'est en précisant (toujours en favorisant la participation active de la personne) les objectifs spécifiques à atteindre, ainsi que les activités et les modalités d'intervention (niveau de support, critères d'évaluation,...) que l'intervenant en loisir contribue concrètement, en fonction de ses compétences, à favoriser la continuité et la complémentarité des services en réponses à des besoins diversifiés. L'opérationnalisation de cette démarche suscite une prise de conscience quant à l'importance de planifier, de coordonner et de circonscrire l'intervention de façon rationnelle et cohérente.

Conclusion du chapitre 1

Partant d'un rôle de gardien, puis passant celui de thérapeute occupationnel et d'animateur d'un milieu de vie et enfin à intervenant communautaire en loisir, voilà la trame de fond sur laquelle se dessine l'évolution du rôle de l'intervenant en loisir et en santé mentale au Québec. L'intervention en loisir, constamment interpellée par les valeurs sociales du moment, s'est progressivement adaptée à la conception de la maladie, à l'évolution des mentalités, au progrès de la médecine et au contexte politique et législatif. La voici maintenant appelée à se développer dans un contexte de communautarisation qui lui présente le défi de composer avec les multiples interactions et les différents niveaux d'organisation et d'interventions présents dans la communauté. Des grands axes sont identifiés, tels que favoriser la participation maximale de la personne à toutes les décisions affectant son état de santé et son bien-être, assurer la continuité et la complémentarité des services pour ainsi mieux répondre aux besoins de la personne.

Fonctionnant dans un modèle de services fondé sur une conception des besoins de la personne et de son interdépendance avec la communauté, la planification de l'intervention en loisir revêt une toute autre dimension. Dans pareille situation, l'organisation des actions s'inscrit dans un processus où l'arbitraire n'a plus sa place, dans lequel la concertation des intervenants, des familles et des organismes est essentielle, et dans lequel les interventions doivent être planifiées à l'avance. Celles-ci doivent être structurées sur une solide base rationnelle pour pouvoir supporter efficacement les efforts de la personne dans sa démarche qui l'amène à accroître et maintenir son autonomie et à adapter ses rôles sociaux valorisés par l'ensemble de la communauté. La recherche d'un modèle de plan d'intervention structuré apparaît donc comme une piste prometteuse pour soutenir l'action de l'intervenant et du loisir thérapeutique.

Dans le second chapitre, cette piste est explorée par une recension et une présentation des principaux modèles de plans d'intervention individualisés. Fondé sur cette recension, le troisième chapitre présente un modèle synthétique d'un plan individualisé.

Chapitre Deux

Les plans d'intervention individualisés

Introduction

Le premier chapitre a permis de comprendre, à partir d'un survol historique, le développement du rôle de l'intervenant en loisir au Québec travaillant en santé mentale. Il semble plus évident maintenant que cet intervenant soit appelé à planifier son intervention et à se référer à un cadre de référence conceptuel en tenant compte de paramètres communautaires. Pour se guider dans ce processus, la recherche d'un cadre de référence conceptuel, et des stratégies en découlant, devrait s'appuyer sur la pratique professionnelle existante interrogée à la lumière de la conception des besoins des personnes, des façons de les satisfaire et des objectifs thérapeutiques poursuivis avec des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale.

Le chapitre deux, consacré à une recension des écrits sur les plans d'intervention individualisés s'inscrit dans une démarche d'analyse qualitative s'appliquant à dégager leurs composantes et leurs structures. La recension des écrits puise ses sources parmi les banques d'information suivantes:

- la banque bibliographique informatisée de la Régie Régionale Mauricie-Bois-Franc a été interrogée plus particulièrement pour recenser les données statistiques. À l'aide des descripteurs: *Statistiques, santé mentale, psychiatrie*, 12 références ont pu être dégagées.
- la banque de données «BADADUQ» de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été interrogée avec les mots clefs suivants: *loisir, thérapeutique, psychiatrie, statistique, histoire, récréation*. Des 110 notices recensées, environ 25 ont été retenues et apparaissent en bibliographie.
- de plus, à l'aide des descripteurs: *plan, intervention, individualisé, loisir, rôle, social, normalisation, thérapeutique, traitement*, la banque BADADUQ a permis de recenser 108 notices, dont environ 25 ont été retenues et apparaissent en bibliographie.

Pour la période de 1982 à 1997, le système bibliographique informatisé ERIC a inventorié des articles, rapports thèses, mémoires et manuscrits et le système psycINFO a repéré d'autres articles, livres et chapitres. Les descripteurs suivants ont été retenus: *loisir, plan, intervention, traitement, soins, psychiatrie. (Mental illness, mental disorders, leisure, therapeutic recreation, treatment plan, individual program plan)*. Sur une totalité d'environ 135 entrées, une (quarantaine) d'articles, livres et rapports de recherche traitant de l'intervention thérapeutique dans le domaine du loisir ont été retenus et consultés. Cette recension a permis d'explorer plus attentivement les périodiques: THERAPEUTIC RECREATION JOURNAL, LOISIR ET SOCIÉTÉ, LEISURE SCIENCES, JOURNAL OF LEISURE RESEARCH, JOURNAL OF LEISURABILITY.

Environ 20 références ont été puisées auprès de la Bibliothèque médicale du Centre Hospitalier Sainte-Thérèse, de l'Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale (revue Le Partenaire), de la Fédération Québécoise du Loisir en Institution et des banques personnelles de quelques professeurs. Finalement, le syndicat CSN des employés du Centre hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan a fourni un document sur l'historique du Centre hospitalier Robert-Giffard.

La recension des écrits a permis d'identifier plus de 30 modèles de plans d'intervention individualisés utiles au domaine du loisir. De ce nombre, huit modèles de plans d'intervention ont été retenus pour leur pertinence au sujet de cette étude et pour leur structure correspondant aux spécifications minimales de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux à propos des plans d'intervention individualisés. Soit l'identification des:

- besoins de la personne
- objectifs poursuivis avec cette personne
- moyens à utiliser pour les atteindre et de la
- durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis.

Cette démarche d'analyse qualitative se caractérise par son caractère exploratoire et sa volonté de dégager des éléments convergents et spécifiques à l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé. En l'occurrence, l'intention de cette recherche n'est pas d'implanter ou même d'expérimenter un processus de planification, mais d'identifier la structure interne d'un plan d'intervention individualisé type en loisir à partir des modèles utilisés dans d'autres domaines d'intervention ainsi que dans le domaine du loisir. Il s'agit donc de recenser, d'analyser et d'organiser différentes sources d'informations (littéraires, empiriques) et d'événements (politiques, sociaux, médicaux) qui s'influencent, coagissent et constituent ce système dans lequel l'intervenant en loisir est appelé à planifier et à réaliser ses actions professionnelles.

Les informations recueillies ont été regroupées selon l'une ou l'autre des trois grandes catégories suivantes: l'approche de réadaptation physique et de nursing, l'approche de la réadaptation psychosociale et l'approche en loisir. Pour chaque catégorie, des modèles de planification sont présentés selon quatre dimensions. La première s'intéresse à la dimension philosophique de la conception de la personne et aux fondements de l'intervention qui en découlent. La seconde recense les mécanismes d'évaluation de besoins, et ce, dans une perspective centrée sur la personne et ses environnements. La troisième dimension recense les mécanismes de planification et d'élaboration des buts et objectifs, les stratégies et la procédure d'identification des ressources et moyens d'intervention. Finalement, la quatrième dimension est axée sur l'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation du plan d'intervention individualisé.

Le cadre descriptif et analytique se délimite par l'organisation rationnelle et logique propre à chaque modèle de plan d'intervention individualisé. Toutefois, il convient de rappeler que diverses sources (ex. conception de la personne, type de profession, auteurs) influencent les méthodes et les étapes de planification qui sont nécessaires pour élaborer des plans

d'intervention individualisés. Ainsi, une grille descriptive «souple et flexible», i.e. pouvant présenter des variances d'un modèle à l'autre, constitue la trame de fond de ce second chapitre.

Finalement, l'esprit de validation des données de cette recherche s'inspire d'une procédure de triangulation. Cette procédure, basée sur « divers indices bien indépendants, solides, de différents types et provenant de sources diverses et convergentes» (Huberman et Miles, 1984:426), se caractérise par sa nature d'analyse inductive. L'ensemble des données recueillies, dont la description et l'analyse sont fortement tributaires du degré d'interaction quantitatif (ex. convergences entre plusieurs auteurs) ou qualitatif (ex. facilite, rehausse la précision de la planification), est soumis à une série de sources de vérification que sont les divers modèles d'une même catégorie. Essentiellement, les sources de vérification convergentes corroborent une validité suffisante pour les résultats de cette recherche.

Trois différentes sources de vérification sont plus particulièrement retenues dans le cadre de ce mémoire. La première a trait à une revue de la littérature, concernant la planification d'intervention individualisé, qui couvre les domaines de la réadaptation physique, de la réadaptation psychosociale et du loisir. Les points de concordances et les spécificités de chaque auteur constituent les données qui conduisent la construction du plan d'intervention individualisé type en loisir. La deuxième provient des écrits des principaux ministères québécois concernés, dont celui de la santé. Sur le plan international, les politiques et les lois qui émanent de ces ministères sont parmi les plus avant-gardiste en ce qui a trait au développement de la santé et des services sociaux. La dernière source est puisée à même l'expérience empirique de l'auteur de cette recherche, qui à partir d'une analyse de ces expériences fait émerger certains liens entre les concepts.

2.1 Modèles de plans individualisés chez les intervenants en nursing et en réadaptation physique

Introduction aux modèles de plans d'intervention individualisés selon des approches nursing et de réadaptation physique

Le regroupement des modèles du domaine nursing et de la réadaptation physique inclut les disciplines telles que les soins infirmiers, l'ergothérapie et la physiothérapie.

De façon typique, le traitement selon de tels champs disciplinaires se centre sur la maladie, l'établissement d'un diagnostic, la réduction des symptômes et le rôle d'expert joué par le professionnel. La reconnaissance du champ psychosocial d'intervention pour les disciplines de cette catégorie n'est certes pas exclue. Toutefois, la formation académique et la pratique professionnelle font référence davantage aux techniques biomédicales qui impliquent plus particulièrement une spécialisation des rôles, une standardisation des interventions ainsi qu'une hiérarchisation du pouvoir concernant les décisions liées aux soins et aux services à donner à l'utilisateur.

Deux modèles de plans d'intervention individualisés selon la catégorisation des approches nursing et de réadaptation physique sont présentés. Le premier, celui de Nicole Bizier (1992), présente un modèle de planification qui s'adresse spécifiquement aux infirmières et infirmiers. Ce modèle inclut un processus systématique de planification d'une intervention individualisée dont le processus d'évaluation des besoins s'avère fort pragmatique.

Le second modèle s'inspire des travaux dégagés par le Réseau International du Processus de Production du Handicap (RIPPH) (1997). Le cadre conceptuel, qui vise à expliquer le processus de production du handicap, est prometteur. En ce sens, il propose une classification rigoureuse qui permet d'identifier avec précision des champs d'intervention prioritaire. De plus, sa structure s'avère suffisamment globale pour faciliter la démarche de planification d'intervention d'une équipe interdisciplinaire. L'actualisation de ce cadre s'effectue par un processus d'évaluation de besoins, de planification de stratégies et d'actions d'intervention ainsi que par la détermination des critères d'évaluation.

2.1.1 Une philosophie des soins infirmiers s'inspirant du modèle conceptuel de Virginia Henderson

A) Le cadre de référence

Nicole Bizier (1992), professeure au département de soins infirmiers au Collège de Sherbrooke, présente une démarche systématique de planification s'inspirant du cadre conceptuel de soins élaboré par Virginia Henderson. Bizier cite les postulats sous-jacents à ce modèle:

L'individu est un être qui tend vers l'indépendance et qui, lorsqu'il l'a acquise, fait tout en son pouvoir pour la conserver. Il désire l'indépendance et il a en lui toutes les ressources pour y accéder (:19).

L'individu est un être à plusieurs dimensions: biologique, psychologique et sociale. Ces dimensions de l'être forment un tout, elles sont indissociables et l'on ne peut agir sur l'une d'elles sans agir sur les deux autres (:19).

Quand un individu demeure insatisfait, l'individu n'est pas complet, entier, indépendant (:19).

Le rôle spécifique de l'infirmière est alors de suppléer aux besoins de santé qui sont problématiques jusqu'au moment où cette personne sera en mesure de se prendre en charge. La personne est vue comme une entité qui cherche l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins. Ces besoins fondamentaux, au nombre de 14, sont:

Tableau 3: Les 14 besoins fondamentaux selon Henderson

1. respirer	8. être propre et soigné et protéger ses vêtements
2. boire et manger	9. éviter les dangers
3. éliminer	10. communiquer avec ses semblables
4. se mouvoir et se maintenir dans une position convenable	11. agir selon ses croyances et valeurs
5. dormir et se reposer	12. s'occuper de façon à se réaliser
6. se vêtir et se dévêtir	13. se récréer
7. maintenir la température du corps dans les limites normales	14. apprendre

B) L'évaluation de besoins

L'évaluation des besoins cherche à identifier la présence d'un problème de santé ou à dépister des anomalies qui pourraient causer des problèmes de santé. Le processus d'évaluation des besoins se divise en deux grandes dimensions soit, la collecte de données et, dans un second temps, l'analyse et l'interprétation des données.

La collecte des données consiste à recueillir des informations permettant d'identifier si le client vit des problèmes spécifiques importants. Les principaux éléments d'information pour décrire le profil de la personne sont: 1) l'âge du client; 2) la raison de l'hospitalisation; 3) le déroulement de l'hospitalisation 4) les ressources et sources de difficulté du client 5) les informations recueillies auprès du personnel soignant 6) les informations provenant des besoins fondamentaux (en fonction des 14 besoins), ainsi que 7) les observations faites lors d'une entrevue ou de contacts avec le client.

Plusieurs sources fournissent l'information. D'abord l'individu, et ensuite ses proches, sont considérés comme les sources prioritaires. Les sources complémentaires sont le dossier médical, le plan médical, les ouvrages de références, les membres de l'équipe de soins et les connaissances de l'infirmière.

Les moyens recensés par Bizier pour recueillir les informations à la réponse des besoins de la personne sont principalement: l'observation des besoins fondamentaux; l'examen physique; la consultation du plan médical; la consultation des ouvrages de références et les connaissances de l'infirmière; la consultation des coéquipiers (l'équipe de soins); l'entrevue. Bizier recense deux types de problèmes de soins infirmiers soit le problème infirmier et le problème à être traité en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux. Les problèmes qui sont identifiés et traités par l'infirmière sont des problèmes reliés à la dépendance dans la satisfaction des besoins. Le problème à être traité

en collaboration avec d'autres professionnels, est typiquement un problème que l'infirmière sait reconnaître, mais pour lequel elle n'est pas formée, ni autorisée à traiter.

Les informations recueillies sont classées en fonction d'y relever des indices de problèmes et des hypothèses sur le problème du client. Le classement des informations se divise en deux grandes divisions: celles provenant du modèle de soins infirmiers (les 14 besoins fondamentaux) et celles provenant du problème de santé actuel ou passé (traitement prévu par le médecin).

Cette étape constitue la phase interprétative des données recueillies. Elle consiste essentiellement en l'identification des données significatives, ou indices de problème, en comparant les informations recueillies avec des normes. Les indices se rapportent à la dépendance dans la satisfaction des besoins fondamentaux. Les normes se réfèrent à ce qui est connu du fonctionnement «normal» de l'être humain.

À partir de ses connaissances, de son expérience, de son intuition et des informations recueillies, l'infirmière formule des déductions, des hypothèses, des conclusions, c'est-à-dire qu'elle donne une signification aux indices recueillis.

Pour être en mesure de tirer des conclusions et de faire des hypothèses précises, le regroupement de plusieurs indices s'avère essentiel. C'est ce regroupement qui permet d'identifier un problème. La validation et la justesse des hypothèses se fait en consultant le client, sa famille ou un autre intervenant et par la consultation des listes de diagnostics infirmiers ou d'autres références.

Pour McFarland, Wasli et Gerety (1996), le diagnostic infirmier se définit comme « un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité » (:52). Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte

des résultats dont l'infirmière est responsable. Cette responsabilité est liée à la fonction indépendante des soins infirmiers. La fonction dépendante de l'infirmière faisant référence aux interventions que l'infirmière ne peut prescrire, (ex. la médication), alors que la fonction indépendante fait référence aux intervention qu'une infirmière peut prescrire légalement (Reighley, 1992). À cet effet, une liste de diagnostics infirmiers est approuvée par l'Association Nord-Américaine des Diagnostics Infirmiers (ANADI). À titre d'exemples, cette liste permet à l'infirmière de diagnostiquer des problèmes reliés: aux excès ou déficit nutritionnel, à l'altération de la communication verbale, à la douleur chronique ou dans les perturbations des habitudes du sommeil (McFarland, Wasli et Gerety, 1996).

La rédaction du diagnostic infirmier respecte les conditions suivantes:

1. Est orientée vers l'individu;
2. Décrit les réactions de la personne face à la maladie;
3. Sert de guide aux interventions inhérentes aux fonctions autonomes de l'infirmière;
4. Se modifie selon l'état du client;
5. Est un complément au diagnostic médical.

Les règles de rédaction suivantes doivent aussi être respectées:

1. Rédiger le diagnostic en termes de réaction du client plutôt que de besoins;
2. Utiliser les termes relié à, associé à, plutôt que causé par;
3. Rédiger le diagnostic infirmier sans porter de jugement de valeur;
4. Rédiger le diagnostic infirmier en termes légaux;
5. Éviter d'inverser la première et la seconde partie du diagnostic;
6. Les deux parties de l'énoncé ne doivent pas être synonymes;
7. Le problème et les facteurs d'étiologie doivent être de la compétence de l'infirmière;
8. Le diagnostic médical ne doit pas faire partie de l'énoncé;
9. Les facteurs d'étiologie, ou facteurs explicatifs, doivent être rédigés en termes qui indiquent qu'un changement est possible.

C) La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention.

Le processus de planification du plan d'intervention individualisé selon le modèle proposé par Bizier se subdivise en trois étapes. La première s'intéresse à l'identification des priorités, la seconde à la formulation des objectifs et la troisième à l'identification des stratégies.

Dans la mesure du possible, Bizier préconise d'identifier les priorités en se basant sur l'individu lui-même sur ce qu'il dit ou sur ce qu'il vit comme situation problématique et sur ce qu'il indique comme sa priorité.

Une deuxième façon d'identifier la priorité sera de vérifier l'acuité du problème. C'est-à-dire d'identifier, parmi les problèmes recensés, les rapports cachés entretenus entre ceux-ci et de cibler lequel a un impact sur la satisfaction de plusieurs besoins.

Enfin, le recours à la hiérarchie des besoins telle que conçue par Abraham Maslow est complémentaire. Toujours selon cet auteur, parmi les cinq paliers de besoins, la priorité est accordée à la satisfaction des besoins fondamentaux (premier palier), puis aux besoins du second palier, et ainsi de suite. Une fois le diagnostic prioritaire identifié, la rédaction du plan de soins a comme première étape la formulation des objectifs qui doivent démontrer le niveau d'indépendance que le client devra atteindre. Les règles de rédaction suivantes sont alors observées:

1. L'objectif précise ce que doit manifester le comportement;
2. Le verbe utilisé doit décrire de façon précise ce que fera le sujet. Le verbe est formulé en terme d'indépendance à acquérir ou à maintenir. Le temps du verbe est au futur ou au subjonctif. Le comportement décrit est celui du client. Le verbe doit être concis et facile à comprendre;

3. L'objectif doit spécifier les conditions dans lesquelles le comportement doit se manifester (le comment);
4. L'objectif doit permettre d'évaluer facilement si le comportement désiré s'est manifesté.

De plus, une caractéristique portant sur le fond de cet exercice spécifie que la formulation des objectifs doit être réaliste, mesurable, évaluable et en relation avec le diagnostic infirmier.

Alors que l'objectif situe la problématique sur laquelle l'intervention sera axée, la formulation d'objectif d'intervention permet de cibler les actions qui seront entreprises par l'infirmière. Bizier propose des interventions dont l'action à entreprendre est basée sur la ou les sources de difficultés identifiées chez le client. Ces sources de difficultés sont, le manque de volonté, de connaissance et de force physique ou mentale. Selon le niveau de dépendance constaté, l'infirmière devra soit, ajouter, augmenter, compléter, remplacer, renforcer ou substituer les actions spécifiques qui permettent de répondre à ses besoins. Ces verbes d'action prennent tout leur sens lorsqu'ils sont situés sur un continuum d'intervention qui débute avec la dépendance et se termine par l'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins. Basée sur la collecte des données, et en accord avec le plan médical pour aider la personne à atteindre l'objectif fixé, la formulation des actions doit être aussi précise que la formulation des objectifs.

L'énoncé doit traduire le geste que posera l'infirmière en respectant les critères suivants:

1. L'énoncé commence par un verbe actif;
2. L'énoncé doit indiquer ce qui sera fait et qui le fera
3. L'énoncé doit indiquer quand cela devra être fait
4. L'énoncé doit différer de l'objectif.

Tableau 4: Exemple de planification des objectifs et interventions en soins infirmiers

Diagnostic infirmier: risques de violence envers soi ou envers les autres, associés à un comportement destructeur sur le plan physique.	
Objectif: Le sujet limitera ou mettra un terme à son comportement agressif.	
Actions de l'infirmière:	Établir des limites pour le comportement destructeur sur le plan physique et expliquer au sujet les raisons de cette démarche. Toujours préparer le sujet, tant physiquement que verbalement, aux activités que l'on doit entreprendre même s'il s'agit de tâches quotidiennes ou habituelles. Être sur ces gardes relativement à des signes verbaux ou non verbaux d'une agitation croissante, et intervenir avant que le sujet devienne incapable de réagir raisonnablement. (...)
Critères d'évaluation des résultats souhaités: le sujet: doit manifester moins d'épisodes de comportement agressif. (...)	

Le Tableau 4 est un exemple de planification des objectifs et des interventions tel que proposé par Reighley, (1992:11-12).

Pour la formulation des objectifs et l'identification des actions à entreprendre, Bizier préconise de toujours tenir compte du plan d'action des autres membres de l'équipe de soins et de permettre l'utilisation adéquate des ressources de la personne et de sa famille ainsi que de celles de son milieu. Pour Bizier, la collaboration et le souci de l'action des autres intervenants sont des éléments essentiels à l'atteinte des objectifs fixés.

La justification du choix des actions consiste à expliquer en quoi les actions choisies sont les mieux appropriées pour atteindre l'objectif fixé. Trois types de raisons motivent une action:

1. Le concept (ex. l'indépendance)
2. Le fait scientifique
3. L'approche spécifique utilisée, ou une théorie respectée dans le milieu.

L'atteinte de l'objectif sera conditionnée par un choix judicieux des interventions. À titre d'exemple, dans le cas d'une personne qui manifeste de l'agressivité, voici un objectif et quelques actions de l'infirmière:

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation

Selon le modèle de Bizier, cette étape doit permettre de vérifier si la démarche entreprise a permis d'augmenter l'indépendance de la personne, et par le fait même d'évaluer l'efficacité de l'intervention. Deux questions orientent ce processus d'évaluation. La première identifie le degré d'atteinte de l'objectif, la seconde l'expression du comportement attendu. L'observation des réactions de la personne est essentiellement le moyen d'évaluation préconisé pour documenter ce processus.

S'il n'y a pas eu augmentation de l'indépendance l'auteure propose de scruter les étapes suivantes afin d'identifier les causes de la non-atteinte de l'objectif et à quelle étape il y a eu lacune:

- L'action a-t-elle été posée en respectant les principes établis?
- Réviser la planification qui a été faite: les interventions étaient-elles pertinentes? ont-elles favorisées l'atteinte de l'objectif et, par le fait même, la résolution du problème de dépendance?
- L'objectif était-il réaliste, mesurable, évaluable?
- Le diagnostic infirmier a-t-il été validé auprès du client, d'autres infirmières et des sources de références? Le facteur d'étiologie avait-il été identifié?

Si l'objectif est atteint, Bizier propose deux avenues, soit de maintenir l'indépendance en gardant le même objectif, ou de l'augmenter en le remplaçant par un nouveau. L'ajout de d'autres objectifs peut-être aussi considéré.

Synthèse

Bizier présente une démarche systématique de planification. Cette démarche reconnaît la personne comme ayant 14 besoins fondamentaux. La personne doit démontrer une autonomie suffisante pour répondre à la manifestation de ses besoins, le cas échéant l'infirmière supplée à ces besoins. Les principales composantes du processus d'évaluation de besoins sont: la collecte de données qui est constituée de l'identification des sources d'informations et des moyens de cueillette. L'analyse et l'interprétation des données ont comme principales actions de classer les informations, de relever les indices de problèmes, de regrouper ces indices et de formuler des hypothèses ainsi qu'un diagnostic infirmier.

La démarche de planification de l'intervention est constituée de l'identification des priorités, de la formulation des objectifs, de l'identification des actions et de la rédaction du plan de soins. Une particularité caractérise ce modèle, elle a trait à la formulation en deux énoncés distincts des objectifs et des moyens d'actions.

L'évaluation des soins s'intéresse au degré d'atteinte de l'objectif et à la manifestation du comportement attendu.

2.1.2 Une conception de l'intervention en réadaptation physique

A) Le cadre conceptuel

Deux modèles de plans d'interventions individualisés, relevant de l'intervention en réadaptation physique, sont fusionnés. Le premier est utilisé à l'Institut de Réadaptation de Montréal (IRM, 1995). Le second est utilisé au Centre de Réadaptation InterVal de Trois-Rivières (1996). Ces établissements se spécialisent dans la réadaptation des personnes ayant des limitations physiques et vivant une situation de handicap.

Le cadre de référence qui appuie la planification et la réalisation de l'intervention s'inspire de la nomenclature caractérisant le processus de production et d'élimination des handicaps tel que proposé par le *Réseau international sur le Processus de production du handicap (1997)*. Cette classification, fondée sur les conséquences organiques, fonctionnelles et sociales des maladies et traumatismes, s'inscrit dans la perspective de changement social qui vise la modification des éléments provoquant la dépendance, l'exclusion sociale et l'inégalité des chances (Fougeyrollas, 1994). Présument que les situations de handicaps doivent toujours être considérées comme le résultat situationnel d'un processus interactif entre deux séries de causes ou de déterminants, cette classification vise à expliquer le processus d'apparition du handicap. Le modèle conceptuel de production des handicaps se compose des cinq éléments⁴ suivants:

- Une nomenclature des *facteurs de risques* qui peuvent devenir des causes ou des déterminants de l'apparition de maladies, traumatismes ou déficiences. Quatre grandes catégories regroupent ces facteurs soit: organisation sociale et environnementale; comportement individuel; accident et biologie.
- Une nomenclature des *systèmes organiques* pouvant présenter une *déficiences*. «La déficiences correspond à toute anomalie et à toute modification physiologique,

⁴ Les définitions sont tirées de Fougeyrollas et al, 1989, 1991 in Fougeyrollas (1994).

anatomique ou histologique ». À titre d'exemples le système nerveux, le système oculaire, le système digestif en sont de grandes catégories.

- Une nomenclature des *capacités*. « L'incapacité correspond à toute perturbation, résultant de la déficience, des activités physiques et mentales considérées comme normales pour un être humain (selon les caractéristiques biologiques) ». Les grandes catégories suivantes, entre autres, s'y retrouvent: capacités reliées aux activités intellectuelles, au langage, au comportement...
- Une nomenclature des *facteurs environnementaux*, c'est à dire de « l'ensemble des dimensions sociales, culturelles et écologiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société ». Ces facteurs peuvent devenir des obstacles au fonctionnement des personnes, dont les facteurs sociaux (ex. structure familiale, services éducatifs) et les facteurs écologiques (ex. climat, aménagement, technologie).
- Une nomenclature des *habitudes de vie*, soit: « celles qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. Ce sont des activités quotidiennes et domestiques ainsi que les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne selon son âge, son sexe, son identité sociale et personnelle ». « Une situation de handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitude de vies compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux ». À titre d'exemple, la nutrition, la communication, l'habitation, les responsabilités et le loisir en sont des grandes catégories.

L'influence d'un tel cadre conceptuel sur le développement des interventions concernant les personnes ayant des limitations fonctionnelles et rencontrant des obstacles dans leur participation sociale est indéniable. D'abord, par sa clarification d'un langage spécifique qui permet de mieux saisir le processus de formation des handicaps et par ses possibilités de cibler plus systématiquement les dimensions contribuant à éliminer les situations de handicap. De plus, il permet de visualiser l'ensemble du processus de réintégration sociale.

B) L'évaluation des besoins

Conforme à la proposition du RIPPH, le processus d'évaluation de besoins tient compte des déficiences, capacités et incapacités, facteurs environnementaux et du répertoire des situations des handicaps de la personne. Deux autres dimensions complètent ce processus, il s'agit d'identifier les attentes de la personne et des personnes qui lui sont significatives ainsi que le score de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'évaluation des déficiences, capacités et incapacités, facteurs environnementaux et du répertoire des situations des handicaps de la personne s'effectue par l'utilisation de diverses méthodes et mécanismes. L'identification des déficiences fait référence au diagnostic médical, aux causes et aux conditions associées pertinentes à la situation (ex. diabète, allergie).

L'évaluation des capacités et incapacités significatives est identifiée par les mécanismes d'évaluation propres à chaque discipline professionnelle. Ensuite lors d'une rencontre multidisciplinaire, un représentant de chaque discipline nomme les situations constatées selon les catégories des déficiences, capacités et incapacités, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie.

Les situations de handicap vécues par le bénéficiaire sont répertoriées selon les catégories proposées par la nomenclature portant sur les habitudes de vie (ex. communication, habitation, déplacements et loisir). La revue de toutes ces dimensions et celles qui posent problèmes sont notées avec vigilance par chacune des disciplines.

L'identification des attentes de la personne et des personnes qui lui sont significatives face au processus de réadaptation sont colligées au document qui permet d'identifier les besoins de la personne. Finalement, l'évaluation de la mesure d'indépendance fonctionnelle (M.I.F) complète le processus d'évaluation.

C) La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention

Le processus de planification fait référence essentiellement à la formulation des objectifs et à l'identification des interventions nécessaires pour en réaliser les objectifs. Pour l'IRM, l'objectif consiste en la description claire et précise du résultat spécifique et mesurable que l'on veut atteindre avec un usager à une date donnée. Plus particulièrement, un objectif correctement défini et pertinent répond aux sept critères de qualité suivants:

Tableau 5: Critères de rédaction des objectifs d'intervention

<i>Spécifique</i>	décrit un résultat spécifique
<i>Mesurable</i>	possible de décrire son degré de réalisation
<i>Réaliste et réalisable</i>	tient compte des contraintes personnelles, organisationnelles et de l'environnement; il implique un risque ni trop élevé ni trop faible.
<i>Contrôlable</i>	celui qui est responsable a toute la possibilité de le réaliser
<i>Motivant</i>	répond à un besoin d'accomplissement et présente des chances de réussite
<i>Utile et réalisable</i>	répond véritablement au besoin de l'utilisateur
<i>Comporte une date d'échéance</i>	fixe un délai de réalisation précis

La priorisation des objectifs s'effectue en équipe, dans laquelle la personne et des membres de sa famille sont invités à participer activement. Cette priorisation peut refléter:

- L'importance des objectifs les uns par rapport aux autres;
- les situations de handicap à régler avant d'autres;
- une stratégie d'intervention choisie par l'équipe

Les auteurs font une distinction entre les objectifs et les moyens-activités. Les moyens et activités peuvent être des approches utilisés par l'équipe, des démarches à entreprendre, des capacités à améliorer, des activités qui seront faites par la personne, des modes compensatoires à développer et des stratégies utilisées par l'équipe. Selon un consensus de

l'équipe, il s'agit de dégager les principaux moyens et activités mis en oeuvre pour atteindre les objectifs d'équipe.

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation.

Le processus d'évaluation consiste en la révision des objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé. L'atteinte ou la non atteinte des objectifs est discutée en équipe et lorsque nécessaire les interventions peuvent être poursuivies, modifiées ou cessées. Le processus reprend à l'élaboration de nouveaux objectifs si cela s'avère nécessaire.

Synthèse

L'utilisation du cadre conceptuel du RIPPH offre comme perspective un processus de réadaptation axée sur le retour en communauté de la personne. La recension des données, propre à la situation de la personne portant sur les cinq dimensions, offre des pistes d'interventions fort pertinentes pour contribuer à l'élimination des situations des handicaps vécues ou pouvant l'être par la personne. La seconde caractéristique qui se dégage de ce modèle de planification d'une intervention individualisée est l'intégration du travail multidisciplinaire dans les diverses étapes menant à l'élaboration du plan.

Le processus d'évaluation des besoins est structuré en fonction des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie. Les données, recueillies en fonction des méthodes et des instruments propres à chaque discipline professionnelle, sont présentées en fonction des échelles de gravité.

L'étape de planification porte une attention particulière à l'élaboration d'objectifs et à l'identification des ressources et des moyens qui optimiseront les probabilités d'atteindre avec succès les résultats escomptés. Finalement, l'évaluation des résultats consiste à évaluer, en équipe, le niveau d'atteinte des objectifs.

Synthèse des modèles de plans d'intervention selon les approches nursing et de réadaptation physique.

Le modèle présenté par Bizier (1992) ainsi que les modèles de planification d'une intervention individualisée de l'Institut de Réadaptation de Montréal (1995) et du Centre de Réadaptation l'InterVal sont discutés de façon à faire ressortir les points de convergences et les spécificités à chacun. Quatre aspects sont plus particulièrement synthétisés. Les premiers éléments de discussion portent sur le cadre conceptuel d'intervention, dont les fondements théoriques et pratiques, la conception de la personne et les rôles des intervenants en sont des composantes. L'évaluation des besoins, la planification de l'intervention et l'évaluation des résultats sont les étapes suivantes.

Deux cadres conceptuels d'intervention ont été présentés. Les deux présentent une conception de la personne comme un être bio-psycho-social. À titre de rappel, ces dimensions de l'être forment un tout et sont indissociables, c'est à dire que l'on ne peut agir sur l'une d'elle sans agir sur les deux autres. Une seconde valeur liée à la conception de la personne considère celle-ci comme « un être qui tend vers l'indépendance ». Cette maxime présume que la personne est un être compétent, capable de se développer et qu'elle a en elle le pouvoir d'accéder à son indépendance.

L'approche nursing, s'inspirant du cadre de référence de Virginia Henderson, présente la personne comme une « entité ayant 14 besoins fondamentaux ». Les interventions qui en découlent sont modulés selon un axe qui débute par la dépendance et qui se termine vers l'indépendance. Cet axe est centré essentiellement sur la suppléance des besoins de la personne jusqu'à ce que celle-ci soit en mesure de satisfaire ses besoins seule. Cette approche est exclusive à la profession d'infirmière.

Le Réseau International du Processus de Production du Handicap offre une perspective systémique qui prend en considération les facteurs de risque, les systèmes organiques, les aptitudes, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Ce modèle prend tout son sens lorsqu'il permet de cibler, de prévenir ou de diminuer les situations de handicaps de la personne. De plus, ce cadre de référence, de par sa segmentation et ses interactions conceptuelles (ex. liens entretenus entre les facteurs de risques et les facteurs environnementaux), permet de planifier et de coordonner la démarche d'intervention d'une équipe interdisciplinaire.

De façon plus opérationnelle, la planification et l'application de l'intervention selon ces cadres conceptuels s'effectuent par trois grandes étapes soit, l'évaluation des besoins, la planification des interventions et l'évaluation des résultats. La considération des points de convergences et de divergences permet de saisir les particularités de chaque modèle.

Dans les deux modèles retenus, les processus d'évaluation des besoins présentent la collecte de données, l'évaluation des besoins et le traitement de cette information. Toutefois le contenu de ceux-ci se distingue. La collecte des données en soins infirmiers s'effectue essentiellement sur la base des 14 besoins fondamentaux. Les indicateurs du RIPPH tiennent compte des facteurs organiques, des capacités et incapacités, des facteurs environnementaux et des handicaps de la personne selon des nomenclatures.

Le processus de planification présente comme étapes similaires l'identification des priorités, la formulation des objectifs et l'identification des moyens d'intervention. Pour établir la priorité parmi les informations recueillies par la cueillette des données, le modèle de Bizier s'inspire de la hiérarchie des besoins selon Maslow, l'acuité du problème et les priorités spécifiées par la personne elle-même. Le modèle de l'IRM invite la personne, sa famille et l'équipe multidisciplinaire à établir la priorité selon les situations de handicap, l'importance

des objectifs et selon les stratégies d'intervention. Ces deux façons de faire préconisent la présence active de la personne dans la sélection des priorités, ce qui est en accord avec la politique québécoise de la Santé et du Bien-Être. La réponse à l'acuité des problèmes est aussi partagée, celle-ci se manifeste en fonction de répondre à des problèmes -de santé ou de handicap- qui ont un impact sur la satisfaction de plusieurs besoins. La hiérarchie des besoins de Maslow, bénéficie d'une large diffusion dans la littérature scientifique et dont les principales critiques (.....) ont fait ressortir la « déficience » de la hiérarchie. Toutefois, celle-ci s'avère un guide efficace pour cibler et mettre en ordre de priorité des besoins.

Les deux modèles préconisent de formuler des objectifs selon des critères tels qu'être mesurables, contrôlables, réalistes et réalisables. Les deux modèles proposent de formuler des objectifs et de formuler les types d'intervention de façon séparée.

De façon générale l'identification des moyens d'intervention fait référence aux stratégies d'actions telles que les démarches à entreprendre, les stratégies utilisées par l'équipe pour répondre aux besoins prioritaires de la personne. Les distinctions font références aux modalités d'applications qui s'inspirent des cadres conceptuels auxquelles elles réfèrent. Ainsi pour Bizier, l'axe stratégique d'intervention est caractérisé par l'augmentation de « la capacité personnelle à répondre à un besoin spécifique » et pour l'IRM, cet axe correspond à l'augmentation des compétences personnelles et sociales ainsi que l'accroissement du support social et la diminution des « préjugés » pour permettre à la personne de se réintégrer dans la communauté.

L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation présentent une structure similaire dans les deux cas. Elle consiste à évaluer l'atteinte des objectifs fixés dans le plan d'intervention et prévoir la modification, la continuité ou la cessation de l'intervention.

2.2 Modèles de plans chez les intervenants en réadaptation psychosociale et en réintégration sociale

Introduction aux modèles de plans d'intervention individualisés selon des approches de réadaptation psychosociale et de réintégration sociale.

L'intervention auprès de personnes qui ont des problèmes chroniques de santé, tels des problèmes sévères et persistants de santé mentale, présente des défis qui impliquent de composer dans une perspective de développement de compétences personnelles.

Généralement, la philosophie d'intervention dans de telles situations repose sur la conviction que toute personne peut actualiser, à son rythme et selon ses motivations, son potentiel et réaliser ses rôles sociaux. Le rôle de l'intervenant, oeuvrant auprès d'une telle clientèle, consiste donc, dès l'apparition de symptômes ou du diagnostic, à aider la personne à identifier ses aptitudes, à développer ses capacités et à acquérir des habiletés lui permettant de réaliser ses activités de vie quotidienne et à assumer les rôles sociaux généralement attendus en raison de son âge et de son identité sociale. L'intervenant veille également à supporter cette personne, de même que son entourage immédiat, dans sa démarche d'autonomie et d'intégration à la société.

Les modèles de plans d'intervention individualisés selon des approches de réadaptation psychosociale et de réintégration sociale se caractérisent par leurs orientations qui visent à soutenir et à favoriser l'amélioration de la qualité de vie des personnes aux prises avec de tels problèmes, ainsi que leurs relations interpersonnelles et leur insertion dans un milieu de leur choix, afin qu'elles puissent éprouver du succès, du plaisir à vivre et satisfaire leurs aspirations (AQRP, 1995).

Trois modèles de planification d'une intervention individualisée sont présentés. Le premier regroupe les modèles de Côté et al. (1989) ainsi que de Montreuil et Magerotte (1994). Ce modèle s'inspire d'une approche centrée sur le développement et l'apprentissage de la

personne et de façon complémentaire en tenant compte des principes de valorisation des rôles sociaux tels que présentés par Wolfensberger et Thomas (1988).

Le second est une synthèse de trois modèles provenant de cinq auteurs, soit de Galambos et Wilson Whetstone (1991), de Goupil (1991) et de Fraser et Labbé (1993). Ces trois modèles se caractérisent par une conception humaniste et positive de la personne. Ces valeurs sont notamment liées à l'unicité et à la reconnaissance du potentiel de développement de chaque personne.

Le troisième modèle, de Liberman (1991), s'appuie sur une perspective qui prend en considération les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et environnementales de la personne pour dégager les stratégies d'intervention qui permettront d'augmenter les compétences adaptatives et de diminuer la vulnérabilité au stress. Ce modèle a la particularité de s'adresser spécifiquement à une clientèle de personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

2.2.1 Une approche centrée sur le développement et l'apprentissage

A) Cadre de référence

Le modèle proposé par Côté, Pilon, Dufour et Tremblay⁵ (1989) et par Montreuil et Magerotte⁶ (1994) s'inscrit dans le mouvement de la «Valorisation des Rôles Sociaux» tel que proposé par Wolfensberger et Thomas (1988). Montreuil et Magerotte (1994) spécifient un aspect de l'approche dont ils s'inspirent pour développer le «plan éducatif individualisé» auprès de personnes ayant un handicap mental:

Cette option implique une volonté de non-exclusion pour cause de handicap et des efforts persévérants et soutenus en vue du maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel, que ce soit la famille, l'école, l'entreprise, le groupe de loisir, etc. Cette non-exclusion signifie également la prise en compte de leurs besoins spécifiques et non, comme d'aucuns le pensent parfois, la négation de leurs difficultés et de leur(s) handicap(s) (:12).

Cette volonté d'intégration comme membre à part entière de la communauté et cette centration individualisée sur les forces et besoins de la personne se combine à une approche éducative dont le but est le développement et l'apprentissage optimal de la personne. Celle-ci se caractérise par une approche personnalisée qui vise notamment le développement cognitif et le recouvrement des savoir-faire comportementaux dans des domaines d'autonomie personnelle, professionnelle et sociale. S'inscrivant dans une vision résolument positive, cette approche, plutôt que de prioriser la diminution des comportements inadaptés de la personne, suggère l'enseignement à la personne d'un répertoire de compétences alternatives plus efficaces et plus acceptables socialement qui répondent davantage aux exigences et réalités de son environnement physique et social.

⁵ Tous ces auteurs travaillent dans la région de Québec dont ils sont respectivement dans l'ordre de présentation professeur, chercheur, consultant et psychologue consultant.

⁶ Professeurs en orthopédagogie de l'Université de Mons-Hainaut

B) L'identification des forces et des besoins de la personne

Le processus d'analyse des besoins de développement et d'apprentissage de la personne se compose de quatre grandes étapes: 1) l'identification du niveau de fonctionnement désiré, 2) l'identification du niveau de fonctionnement actuel, 3) l'identification des écarts entre les deux niveaux de fonctionnement et 4) la mise en priorité des besoins. Chaque étape est décrite et complétée par une présentation des mécanismes qui en permettent la mise en opération.

Les notions sous-jacentes à l'analyse des besoins de la personne s'inspire de la théorie de la hiérarchisation des besoins de Maslow tout en précisant deux types de besoins, les besoins innés (ex. la faim, la soif, le repos) et les besoins acquis (ex. posséder des objets personnels, avoir une activité valorisante durant la journée). Cette conception des besoins invite à faire une distinction, et à déterminer leur importance relative, entre l'expression du besoin et l'expression de moyens pour combler ce besoin.

La détermination du niveau de fonctionnement désiré consiste à identifier les aspects de la croissance et du développement qu'une personne doit manifester pour vivre dans une communauté et s'adapter au changement. Concrètement cette partie identifie une liste des apprentissages qu'une personne doit maîtriser pour vivre dans une communauté et donne un ordre relatif d'importance à ces besoins.

La détermination du niveau de fonctionnement actuel détermine, à l'aide d'instruments appropriés, jusqu'à quel point la personne, et son répertoire d'habiletés, atteint le statut d'autonomie désiré ou répond aux exigences de fonctionnement du milieu.

Les écarts entre les deux niveaux de fonctionnement sont déterminés par la comparaison entre les besoins désirés ou désirables à ce que la personne maîtrise dans son vécu actuellement. Les déficits pour répondre aux exigences d'une vie dans la communauté déterminent les apprentissages que la personne doit maîtriser. La détermination de l'ordre de priorité des besoins est établie par la personne elle-même, les gens significatifs de son entourage et les intervenants tout en tenant compte des forces, désirs, goûts, etc. de la personne.

Ce processus d'analyse des besoins inclut une identification des forces de la personne. Par « forces », Côté et al. ainsi que Montreuil et Magerotte font plus particulièrement référence à « ce que la personne aime faire et peut faire ».

Les sources d'informations, permettant d'identifier les besoins et les forces, se présentent essentiellement sous deux formes, les entrevues avec la personne elle-même, avec les personnes significatives de son entourage et avec les personnes ressources ainsi que la consultation de données pertinentes obtenus par les dossiers médicaux, résultats d'exams psychologiques et par l'observation.

Plusieurs mécanismes d'évaluation des forces et des besoins de la personne permettent de recueillir l'information nécessaire pour établir le profil de la situation actuelle ainsi que celui de la situation désirée ou désirable. Plus précisément, cette cueillette tient compte des grands secteurs d'activités de vie tels la santé physique, l'éducation, la vie résidentielle, le travail et les loisirs ou des domaines du développement tels le développement sensori-moteur, la communication, le développement affectif. Il s'agit ici de faire ressortir ou d'identifier les habiletés fonctionnelles et valorisantes acquises par la personne ainsi que celles à développer dans son environnement naturel. Les principaux mécanismes d'évaluation sont:

- *L'évaluation normative* mesure la performance d'une personne comparée à la performance d'un groupe d'individus. L'échelle de développement et les tests psychométriques (ex. le quotient intellectuel) sont les deux catégories d'instruments normatifs.
- *L'évaluation selon les étapes de développement normal*, cette évaluation se fonde sur les descriptions séquentielles des comportements manifestés par l'enfant normal à différentes phases de maturation.
- *L'évaluation par objectif* se fait à partir d'une analyse des séquences de comportements nécessaires à la réalisation d'une tâche définie.
- *L'inventaire écologique*, évalue les comportements correspondant aux habiletés requises pour fonctionner dans un milieu donné de la communauté. Une fois que la liste des habiletés requises par une tâche ou une activité du milieu a été établie, le répertoire des habiletés disponibles chez la personne est identifié pour voir si elles sont suffisantes pour réaliser la tâche ou l'activité. La différence entre les deux niveaux constitue le besoin qui sera le point de référence pour déterminer les buts à poursuivre.
- *L'observation du comportement* de la personne dans des situations courantes fournit diverses informations sur les forces et les besoins.

La quatrième étape du processus d'évaluation des besoins et des forces consiste à établir une priorité parmi les besoins recensés. Les auteurs font référence à neuf paramètres pour guider cette hiérarchisation et les choix que celle-ci impose. D'abord, les auteurs invitent à considérer en priorité les besoins qui seraient susceptibles de diminuer:

- La menace à la santé ou à la vie de la personne et des autres;
- Les crises d'agressivité verbale et physique.

Dans un second temps Montreuil et Magerotte invitent à choisir:

- des *comportements (ou activités) adaptés à l'âge chronologique* de la personne. Les auteurs font référence aux comportements et aux activités qu'une personne «sans handicap» et d'un âge similaire fait. Dans la mesure du possible, les auteurs suggèrent de couvrir chacun des domaines du développement humain (motricité globale et motricité fine, autonomie, communication/socialisation et activité de type cognitif) (1994:27);

- des *comportements fonctionnels*, de tels comportements sont pratiques et utiles pour la personne dans la vie de tous les jours (ex. se laver, s'habiller) (1994:28-29).
- des *comportements utiles*, c'est à dire à des comportements que la personne aura l'occasion d'utiliser dans plusieurs milieux. Pour déterminer l'utilité d'un comportement, trois aspects sont plus particulièrement envisagés: la fréquence d'utilisation, le potentiel de valorisation de la personne dans un rôle social et la pertinence d'enseignement de ce comportement (1994: 29).
- des *comportements importants pour la personne et pour ses proches*. Ce critère de sélection prend en compte les préférences et la pratique d'activités de la personne et de son environnement. Pour les auteurs, établir la priorité en tenant compte des ces aspects suscite une plus grande motivation qui peut être déterminante pour l'acquisition, le maintien et la généralisation des comportements visés. Le second impact appréhendé est de permettre à la personne vivant une situation de handicap de s'intégrer dans les activités des autres membres de la famille(1994: 29).
- des *compétences générales*. En fonction de son applicabilité dans une variété de situations (ex. ranger du matériel peut s'appliquer au matériel scolaire, aux jouets d'un enfant; le développement de compétences pour demander de l'aide peut servir en diverses occasions) (1994:29-30).
- des *activités plutôt que des comportements isolés*. Ce critère oriente la participation de la personne dans une activité (et dans l'ensemble des comportements qui y sont nécessaires) plutôt que de cibler sur un comportement isolé. Le postulat qui sous-tend ce critère prétend que par le biais de l'activité «la personne sera amenée à émettre l'ensemble des comportements nécessaires à la réalisation de celle-ci (y compris le comportement spécifique qui fait l'objet de l'apprentissage)» (1994: 30-31).
- des *comportements désirables*. Pour les auteurs il faut viser avant tout l'acquisition de comportements souhaitables (ce que l'on désire voir apparaître chez la personne) plutôt que la disparition de comportements non souhaitables. Un tel critère invite à établir la priorité sur un objectif envisagé sous sa forme positive (1994: 32-33).

De façon pratique, les auteurs proposent une liste de questions qui recouvrent les critères abordés: L'acquisition de cette compétence,

- rendra-t-elle l'apprenant plus indépendant?
- valorisera-t-elle son image sociale? est-elle critique pour son acceptation sociale?
- permettra à l'apprenant d'utiliser cette compétence,
 - lors d'activités dans son environnement actuel (et/ou futur)?
 - dans plusieurs endroits de son environnement?
 - avec des pairs non handicapés de même âge chronologique?

Pour établir la priorité d'un besoin par rapport à un autre, les auteurs se réfère d'abord à la personne concernée. Les divers intervenants (parents, éducateurs, thérapeutes,...), ainsi que certaines personnes qui ne sont pas directement concernées (voisin, amis,...), mais qui peuvent jouer un grand rôle sur le plan éducatif, peuvent aussi être sollicités dans cet exercice de hiérarchisation. La finalité de cet exercice sera alors d'établir une priorité et d'identifier l'orientation des objectifs à poursuivre, tout en assurant une coordination et une continuité entre les membres de cette rencontre.

C) La planification et l'élaboration des buts et objectifs, des stratégies et des techniques d'intervention et d'apprentissage

Deux grandes étapes constituent le processus de planification de l'intervention, la rédaction des buts et objectifs d'apprentissage ainsi que l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage.

La définition d'un «but» est stipulée comme étant un énoncé général qui indique l'intention et l'orientation des apprentissages et des aspects du développement visé. Tout comme pour les objectifs, les buts doivent correspondre aux besoins prioritaires de la personne et être formulés en utilisant un langage positif, viser le développement de compétences pour éliminer les problèmes de déviance et être réaliste et compréhensible. Les auteurs émettent une mise en garde invitant à limiter le nombre de buts.

La définition des comportements-cibles pertinents à la poursuite des buts d'apprentissage est nécessaire pour préciser les modalités d'intervention, ou en d'autres mots pour transformer un but en objectif. Plus précisément cet exercice de définition «spécifie l'ensemble des caractéristiques que doit posséder un comportement et qui servent de point de référence pour évaluer une performance et prendre une décision concernant la réalisation d'un apprentissage» (Côté et al., 1989:121). Le comportement-cible ainsi détaillé sert de point de référence pour préciser l'objectif et, suite à l'application de l'intervention visé par l'objectif, pour vérifier si un apprentissage a été réalisé.

Pour spécifier le changement ou les comportements attendus de la personne à la fin d'un plan d'intervention, Côté et ses collègues proposent de rédiger des objectifs d'apprentissage en fonction des critères descriptifs suivants, il s'agit de spécifier:

- le *comportement cible*, i.e. le comportement que la personne fera une fois l'intervention complétée, observable et mesurable (qui peut être perçu par nos sens). L'utilisation d'un verbe d'action s'avère une bonne façon de décrire de tels comportements;
- les *conditions de manifestation du comportement-cible*. Elle doit fournir des indications sur un ou plusieurs des aspects suivants: le temps, le lieu, le matériel, l'assistance ou l'aide fournie;
- le *seuil de réussite*, qui consiste en la spécification d'un indice quantitatif déterminant le «minimum» à partir duquel on peut assumer que la personne maîtrise le comportement attendu et de façon durable;
- un *échancier d'acquisition du comportement-cible*, c'est à dire la période de temps prévue pour que la personne maîtrise le comportement attendu en tenant compte de la complexité de l'apprentissage envisagé, du rythme d'apprentissage de la personne, et du temps disponible pour la formation.

Un autre aspect, soulevé par Montreuil et Magerotte, fait référence à la généralisation des compétences de la personne. C'est à dire permettre à la personne d'effectuer avec succès

ces comportements dans des conditions différentes de celle de l'apprentissage. Pour préparer la généralisation, il s'agit de faire varier les conditions lors de l'apprentissage.

Lorsqu'un objectif d'apprentissage est difficile à atteindre, il convient de formuler des sous-objectifs, le morcellement en une suite d'étapes adaptées aux capacités d'apprentissage et aux conditions de vie de la personne constitue la façon de faire.

Comme deuxième étape du processus de planification, l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage spécifient principalement ce que «l'intervenant doit faire et la tâche que la personne en situation de développement et d'apprentissage doit exécuter pour atteindre un objectif visé». Cette étape se résume par les questions suivantes: qui est responsable de quoi?, quand cela sera-t-il fait? et comment cela se fera?.

Avant de choisir les stratégies d'intervention et d'apprentissage, Côté et all. suggèrent de recenser les obstacles qui pourraient empêcher l'atteinte de l'objectif et de prévoir les solutions qui favorisent l'acquisition du comportement-cible visé. La pertinence de cette étape prend son sens dans l'acquisition des préalables à la poursuite de l'objectif visé. La considération des obstacles, réels ou potentiels, permet d'augmenter les probabilités de succès de la situation d'apprentissage.

L'élaboration du plan d'intervention s'inscrit dans un travail d'équipe et lorsque les orientations et la liste d'obstacles et de solutions sont déterminées, il convient d'identifier qui fera l'entraînement. Comme critères de sélection, les intervenants doivent pouvoir établir des contacts fréquents avec la personne et doivent posséder la disponibilité et les aptitudes nécessaires pour effectuer l'entraînement. Suite à l'identification des intervenants, ceux-ci déterminent le temps des séances d'entraînement (fréquence des interventions, horaire et durée) et les méthodes d'enseignement.

Pour identifier la méthode d'enseignement Côté et all. suggèrent de définir la tâche d'apprentissage et l'atteinte du comportement-cible en fonction d'un seuil de performance minimum. L'analyse des caractéristiques d'une tâche se détermine selon un des deux angles: la description de la tâche s'exécutant de façon globale (i.e. qui implique un ensemble d'opérations sans ordre prédéterminé) ou de façon séquentielle (i.e. qui implique une suite d'opération qui doivent être exécutées dans un ordre donné). La définition du comportement-cible et du seuil de performance minimum permet de définir le point à partir duquel la présomption d'un apprentissage est acquis. La description du comportement-cible concerne l'aspect qualitatif du comportement visé, alors que le seuil de réussite décrit la performance minimum exigée, c'est l'aspect quantitatif du comportement visé.

Finalement, la dernière étape du processus de planification consiste à sélectionner les méthodes d'enseignement d'une tâche d'apprentissage. Les étapes précédentes ont permis graduellement, tout en étant centrées sur les besoins et les forces de la personne, de préciser les orientations, les obstacles et solutions à l'apprentissage, le seuil d'atteinte des comportements-cibles et d'analyser la tâche inhérente à l'apprentissage du comportement-cible. À la lumière de ces informations, une technique d'enseignement, la forme de support et de confirmation de réponses doivent être sélectionnées.

La technique d'enseignement peut-être séquentielle ou globale. Dans la première situation elle implique un apprentissage selon un ordre d'exécution prédéterminé. La seconde s'inscrit dans un apprentissage de la tâche dans son ensemble qui peut se faire notamment par imitation d'un modèle ou par expérimentation. Ces techniques impliquent un support approprié de la part de l'intervenant. Ce support se caractérise par de nombreux niveaux de communication qui permettent d'informer la personne de ce qui est attendue d'elle. Plus précisément ces niveaux sont l'incitation physique, la démonstration, les directives verbales

et l'observation silencieuse. Comme lignes directrices l'intervenant doit offrir le support minimal approprié et doit retirer graduellement celui-ci de façon à favoriser l'acquisition de l'autonomie dans la performance du comportement-cible chez la personne qui apprend.

Le principe de renforcement positif se planifie dans le contexte qui confirme à la personne que sa façon d'effectuer la tâche est adéquate. Cette technique d'intervention, qui selon Montreuil et Magerotte s'adresse plus spécifiquement à des personnes qui sont déjà capables de produire les comportements attendus, mais avec une fréquence ou une durée trop peu importante, se subdivise en quatre catégories de renforçateurs, soit les:

- renforçateurs primaires (qui peut être utilisés ou consommés immédiatement);
- renforçateurs sociaux (commentaires positifs de l'entourage);
- activités intéressantes;
- renforçateurs intermédiaires (argent, bons points, jetons,...).

Certaines règles régissent l'utilisation des renforçateurs, celles-ci portent une attention plus particulière sur:

- le choix individuel;
- l'adaptation du renforçateur en fonction de chaque personne;
- la disparition progressive des renforçateurs externes;
- le renforcement immédiatement après l'émission du comportement.

Finalement, l'intervention dans le cas de comportements interférant avec la tâche d'apprentissage se planifie auprès de personnes dont les comportements, tels l'inattention, l'hyperactivité, l'agressivité interfèrent avec une tâche d'apprentissage. Pour solutionner de tels problèmes les auteurs suggèrent trois stratégies: soit en renforçant des comportements incompatibles au comportement non approprié, soit par l'ignorance ou l'extinction de ces comportements non appropriés, soit en dernier lieu par la punition.

D) La planification des critères et mécanismes d'évaluation

Les auteurs proposent une structure pour élaborer une stratégie d'évaluation des apprentissages et des interventions. Cette structure se compose de quatre étapes qui visent à identifier jusqu'à quel point un programme ou un enseignement a permis l'atteinte des objectifs d'apprentissage visés. L'évaluation vise aussi l'adaptation du plan d'intervention au rythme d'apprentissage de la personne et permet de modifier les stratégies d'intervention et d'apprentissage dès que l'on observe une difficulté ou un obstacle à l'apprentissage. Les quatre étapes de ce processus sont inhérentes aux observations et mesures du cheminement des apprentissages, à l'évaluation des progrès, à l'évaluation du processus d'intervention et aux prospectives du projet d'intervention.

L'étape d'observations et de mesures du cheminement des apprentissages se subdivise en deux parties soit, la sélection des méthodes d'observations et de mesures ainsi que la cueillette de données.

Les méthodes de mesure du cheminement de la personne réfèrent à trois moments précis. L'évaluation initiale se réfère au profil de la situation actuelle de la personne développé avant la conception du projet d'intervention et sert de point de référence et de comparaison pour apprécier tout changement survenu. L'évaluation formative, qui a lieu durant la période d'apprentissage, permet de recueillir des observations concernant le comportement de la personne ainsi que d'élaborer et de modifier des stratégies d'apprentissage et d'interventions de façon à obtenir le niveau d'efficacité optimal. Finalement, l'évaluation sommative, qui a lieu à la toute fin d'un programme d'intervention, indique l'effet global du programme en regard de l'atteinte des objectifs et l'effet des ressources utilisées.

La sélection d'une méthode d'évaluation des comportements fait référence, plus particulièrement, à l'une des dimensions suivantes, il s'agit d'observer:

- la *fréquence d'un comportement* est le nombre de fois qu'un comportement est émis durant une période de temps donnée;
- La *durée d'un comportement* évalue la période de temps consacrée à l'émission de ce comportement;
- La *latence d'un comportement* est la durée de temps écoulé entre la présentation d'un indice ou d'une consigne et la réponse de la personne à cet indice.

À ces techniques d'observation Montreuil et Magerotte ajoutent:

- le *produit permanent* (lorsque l'activité produit un résultat qui subsiste à la fin de l'activité).

Les auteurs soulignent trois qualités d'une bonne observation. La *validité* doit porter sur un ou des comportements qui traduisent ce que l'on désire mesurer. La *fidélité* permet de savoir si le comportement est bien défini (observations semblables au même moment par deux observateurs différents). La *représentativité* se constate suite à l'observation du comportement attendu sur un ensemble de plusieurs jours.

La cueillette des données fait suite à la sélection d'une méthode d'observation et de mesure. Essentiellement, celle-ci se réfère à la compilation continue des résultats d'apprentissage à l'aide d'un formulaire d'observation ou d'une méthode de représentation graphique. Dans les deux cas, Côté et al. ainsi que Montreuil et Magerotte se rapportent à des instruments qui existent déjà dans la littérature.

L'évaluation des progrès d'apprentissage réalisés et de l'efficacité des stratégies d'intervention et d'apprentissage constitue la deuxième grande étape du processus d'évaluation. La question ultime de cet exercice est de savoir si le comportement atteint l'objectif d'apprentissage visé au point de départ, incluant le seuil de réussite établi. Les formulaires et graphiques sont des indicateurs qui permettent de constater s'il y a eu un

changement dans la direction (ex. diminution d'un comportement préjudiciable ou augmentation de celui-ci) et la variabilité (ex. constance, instabilité) du comportement.

L'avant dernière étape se réfère aux décisions concernant la suite du programme d'intervention individualisé. À la suite de l'évaluation des progrès d'apprentissage, en fonction de l'objectif visé, différentes possibilités de décision se posent.

- Le *choix d'un nouvel objectif d'apprentissage* implique l'atteinte de l'objectif visé. Le choix d'un nouvel objectif doit viser l'utilisation de l'apprentissage réalisé dans un contexte plus complexe et le plus près possible de la réalité quotidienne.
- La *poursuite de l'objectif d'apprentissage* est une solution envisageable lorsque la personne démontre une progression vers l'objectif d'apprentissage visé et qu'il est possible de prévoir qu'elle l'atteigne dans un temps raisonnable.
- La *modification des stratégies d'intervention et d'apprentissage* est une solution qui peut permettre notamment à la personne de vivre une expérience de réussite le plus rapidement possible, de consolider le comportement-cible appris et éventuellement d'en assurer sa généralisation. Pour l'intervenant c'est aussi l'occasion d'adapter l'intervention et les méthodes d'apprentissages en fonction du rythme d'apprentissage et des difficultés rencontrées par la personne.
- Le *morcellement de l'objectif d'apprentissage* s'applique lorsque l'on juge que la personne manifeste des difficultés importantes dans la poursuite de l'objectif d'apprentissage et que la modification des stratégies d'intervention et d'apprentissage n'est pas suffisante pour favoriser rapidement le succès, il convient alors d'établir des sous-objectifs d'apprentissage.

Finalement, la quatrième étape s'avère une prospective concernant la suite du plan d'intervention individualisé. Cette étape se définit dans la mesure où une réelle contribution au cheminement d'apprentissage et au développement de la personne peut être atteinte et que cette contribution s'inscrit dans l'atteinte d'un rôle social valorisé par la personne.

Synthèse

Les approches de Côté et al. et de Montreuil et Magerotte considèrent la personne comme un être unique et global, c'est à dire, non seulement dans ses limites, mais aussi dans ses forces. Les principes de la VRS sont intégrés dans une approche de développement et d'apprentissage.

Le processus d'identification des forces et des besoins de la personne dégage le niveau de fonctionnement désiré, le niveau de fonctionnement actuel et l'écart entre les deux. Pour déterminer le niveau désiré et actuel, les auteurs se réfèrent à divers instruments de cueillette de données. L'écart entre les deux fait ressortir une série de besoins qui nécessitent, à des degrés variables, d'être comblés. La mise en priorité de ces besoins introduit différentes notions et critères.

Pour établir une première hiérarchie, les auteurs associent à la théorie de besoins de Maslow une notion de besoins qui distingue l'expression du besoin et l'expression de moyens pour combler ce besoin. D'autres principes, dont le respect des choix de la personne, la VRS et l'augmentation de compétences, complètent cet exercice qui vise à ordonner une série de besoins en fonction de les combler.

L'élaboration des buts et objectifs et l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage forment la deuxième grande étape qui mène à l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé. La définition des buts découle directement de la priorisation des besoins. Pour définir les objectifs, les auteurs préconisent d'identifier des comportements-cibles prioritaires. Le morcellement de ces comportements-cibles en caractéristiques sert de points de référence pour préciser le contenu et les critères d'atteintes de l'objectif. Des critères de rédaction ont été présentés pour la formulation des objectifs. Préalablement à l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage, les auteurs suggèrent de recenser les obstacles qui pourraient empêcher l'atteinte de l'objectif. Ces

obstacles connus, il est plus facile de prévoir les solutions qui favorisent le plus possible l'acquisition du comportement-cible visé.

Une seconde prémisse à l'identification des stratégies a trait à la sélection des intervenants. Certaines règles doivent être observées, telle que la sélection de l'intervenant doit tenir du support que celui-ci peut apporter et qui peut contribuer efficacement à combler les besoins qui ont été mis en ordre hiérarchique de priorité.

Les étapes précédentes ont permis graduellement de préciser les orientations, les obstacles et solutions à l'apprentissage, le seuil d'atteinte des comportements-cibles et d'analyser les tâches inhérentes à l'apprentissage du comportement-cible. La sélection d'une méthode d'enseignement d'une tâche d'apprentissage constitue la dernière étape du processus de planification. La technique d'enseignement peut-être séquentielle ou globale. La technique sélectionnée implique un support approprié de la part de l'intervenant, les auteurs suggèrent d'offrir le niveau de support minimal à la personne et de retirer graduellement celui-ci de façon à favoriser l'acquisition de l'autonomie dans la performance du comportement-cible visé. L'utilisation de techniques de renforcement complète la technique d'enseignement.

La révision du plan d'intervention s'assure de l'atteinte de l'objectif d'apprentissage retenu et vise à adapter le plan d'intervention au rythme d'apprentissage de la personne.

La sélection des méthodes d'observations et de mesures ainsi que la cueillette de données sont les premiers éléments de planification du processus d'évaluation des apprentissages et des interventions. Les méthodes de mesures du cheminement de la personne réfèrent à trois moments précis, l'évaluation initiale, l'évaluation formative et l'évaluation sommative. Les dimensions « fréquence », « durée » et « latence » d'un comportement servent de référence pour la sélection d'une méthode. La cueillette des données se rapporte aux exigences des instruments utilisés.

L'évaluation des progrès d'apprentissage réalisés et de l'efficacité des stratégies d'intervention et d'apprentissage constitue la seconde étape du processus d'évaluation. L'utilisation de formulaires et de graphiques sont des indicateurs qui permettent de constater s'il y a eu un changement dans la direction et la variabilité du comportement.

Les suites du programme d'intervention font références aux possibilités de choisir un nouvel objectif d'apprentissage, de poursuivre l'objectif d'apprentissage, de modifier les stratégies d'intervention et d'apprentissage ou de morceler l'objectif d'apprentissage.

2.2.2 Une approche fondée sur des valeurs humanistes

A) Le cadre de référence

Diane Galambos et Patti Wilson Whetstone⁷ (1991), Georgette Goupil⁸ (1991) ainsi que Denise Fraser et Lucien Labbé⁹ (1993) s'inspirent de valeurs humanistes pour développer leur modèle de plan d'intervention individualisé. L'articulation de cette conception se traduit par une approche d'intervention personnalisée dans laquelle la personne est considérée dans sa globalité et son unicité. C'est à dire que chaque personne est unique et qu'en plus de ses besoins primaires cette approche reconnaît les besoins fondamentaux tels que le sentiment d'être utile et d'épanouissement. La personne est avant tout considérée dans ses compétences et autres forces plutôt que dans ses faiblesses, dysfonctions et handicaps. Le but recherché étant de supporter la personne dans le développement de ses compétences ainsi que dans son intégration et le maintien de sa participation sociale.

Comme principes directeurs menant à l'élaboration des plans d'intervention individualisés les auteurs, favorisent la participation active de la personne, la participation de la famille et la concertation des différents intervenants. La considération de l'environnement physique et social ainsi que des préoccupations liées à la participation sociale des personnes sont aussi des aspects clefs retenus.

B) L'évaluation des besoins

Selon les modèles de planification d'une intervention individualisé proposés par les auteurs, le processus d'évaluation des besoins et des forces d'une personne se fragmente en cinq étapes. 1) L'identification du modèle d'évaluation, 2) la sélection des indicateurs

⁷ Professeures et consultantes au Collège Sheridan de l'Ontario

⁸ Professeure à l'Université du Québec à Montréal

⁹ Conseillers clinique aux Centres de réadaptation du Contrefort

nécessaires pour établir un profil pertinent de la personne, 3) l'identification des modalités pour recueillir de l'information, 4) la synthèse de la cueillette des données et 5) la hiérarchisation des besoins en sont les composantes.

Comme première étape, Galambos et Wilson Whetstone invitent à déterminer le type d'évaluation à entreprendre. Ces auteurs font plus particulièrement référence à trois catégories d'évaluation permettant de recueillir de l'information au sujet des caractéristiques personnelles et des expériences passées et présentes d'une personne. Ces modèles font référence:

- *Au diagnostic et à l'évaluation prédictive*¹⁰ qui axent la recherche d'information de façon à décrire les problèmes et les causes;
- *À l'évaluation globale*¹¹ qui permet d'établir rapidement un profil des compétences personnelles en fonction des différents domaines de développement. Des évaluations plus approfondies complètent cette étape;
- *À l'évaluation fonctionnelle*¹² qui identifie plus spécifiquement les comportements adaptatifs et les habiletés nécessaires pour rencontrer les standards d'indépendance propre à l'ensemble de la communauté.

La sélection d'une catégorie d'évaluation permet de cibler le champ d'information à recueillir. Pour Galambos et Wilson Whetstone divers indicateurs pour donner un profil fidèle de la personne peuvent être recensés, dont en voici les principaux:

- Les *caractéristiques personnelles* recensent les préférences, intérêts, passe-temps, croyances, perceptions personnelles (sur soi, les autres), les compétences significatives et expériences enrichissantes.

¹⁰En anglais, predictive assessments

¹¹En anglais, screening assessments

¹²En anglais, functional assessments

- Les *relations interpersonnelles* (ex. modes de communication, les liens, les rôles) sont considérées en fonction de la famille, des proches, et des habitudes de fréquentation de lieux publics.
- L'*identification des compétences liées à la communication* dégage les forces et les besoins de la personne dans ses contacts interpersonnels. Les critères d'évaluation portent plus spécifiquement sur l'utilisation d'un langage significatif et approprié aux normes sociales, sur les compétences pour initier et maintenir une conversation, sur la «réception» de l'environnement face aux tentatives de communication du client, sur les prises de décisions (ou non) de la personne.
- L'*identification des handicaps* décrit plus particulièrement les restrictions occasionnées par une limitation physique, mentale.
- L'*état de santé* dégage les conditions médicales qui caractérisent la personne (ex. médication, restrictions).
- Le recensement des *expériences antérieures* met l'accent sur les expériences de vie, événements significatifs, positifs ou négatifs de la personne (ex. travail, scolarité).
- L'*identification des expériences actuelles* permet de dresser le profil des routines et du rythme de vie qui caractérisent le vécu de la personne présentement. Cette partie d'évaluation tient compte, entre autres, de l'environnement de vie, des rôles sociaux significatifs joués par la personne et qui sont valorisés par l'ensemble de la communauté ainsi que des modes de transport accessibles à la personne.
- La *perspective du futur* de la personne complète la gamme d'informations susceptibles d'offrir un profil le plus exact de la personne. Cette étape d'évaluation met l'accent sur les rêves et espérances de la personne. Un second volet explore les craintes.

Divers instruments et techniques sont disponibles pour recueillir l'information qui correspond aux indicateurs sélectionnés dans le but de dresser le profil le plus exact de la personne. D'abord, les auteurs suggèrent de consulter les dossiers médicaux et éducatifs, les évaluations psychologiques et autres documents pertinents qui sont déjà produits. Lorsque

l'information recueillie par la consultation des documents précédents est insuffisante d'autres instruments et techniques sont privilégiés pour compiler de façon systématique ces données, parmi ceux-ci les auteurs recensent:

- L'*inventaire de 24 heures* qui permet de dégager le style de vie de la personne. L'information recueillie de plusieurs inventaires (ex. de journées de la semaine, de la fin de semaine, d'une période de fête) permet de cibler des domaines possibles d'intervention visant l'amélioration de la qualité de vie de la personne.
- L'*inventaire de 6 heures* cible des compétences et comportements spécifiques à une occupation de temps particulière (ex. à l'école, au travail).
- L'utilisation de *grilles de compilation concernant les domaines de développement humain*¹³ permet de recueillir de l'information en fonction des domaines physiques, psychomoteur, des habiletés de communication, émotionnelles, compétences sociales, des habiletés de vie quotidienne, des compétences liées au travail, à l'apprentissage scolaire et à la pratique d'activités de loisir.
- L'expérimentation *d'activités*¹⁴ permet d'identifier les habiletés de la personne par le biais d'un vécu d'une activité (ex. de loisir, de travail).
- L'*inventaire écologique* prend en considération l'environnement de vie de la personne. Ce mécanisme d'évaluation permet de produire un inventaire des activités qui composent l'environnement de vie de la personne et d'identifier les compétences nécessaires pour y vivre de façon autonome. L'écart entre les compétences actuelles de la personne et les compétences nécessaires peut faire l'objet d'une intervention spécifique.

Pour donner un portrait fidèle et cohérent des éléments significatifs recensés lors de la cueillette des données, Fraser et Labbé proposent une catégorisation. Plus spécifiquement les données recueillies sont distribuées sous forme de tableau, les grands thèmes de subdivision sont: *les secteurs de vie* tels la santé, la famille, le style de vie, le travail, le loisir; *les forces de la personne* tels les désirs, goûts, intérêts; *les besoins de la personne*; *les services prévus* et *les formes d'aide et d'accompagnement*.

¹³En anglais, developmental domains guidelines

¹⁴En anglais, activities catalog

Pour déterminer les besoins prioritaires qui contribueront à augmenter la qualité de vie de la personne, les auteurs consultés suggèrent d'identifier l'écart entre la situation actuelle de cette personne et la qualité de vie qui est typique de l'ensemble de la communauté. À partir des forces, besoins, environnement physique et social de la personne, cet écart fait ressortir, notamment, une série de besoins et situations qui nécessitent, avec l'aide d'un support extérieur, un changement.

L'écart déterminé, l'étape de priorisation invite la personne à établir l'ordre hiérarchique de ses besoins. La participation de l'équipe multidisciplinaire, de la famille et des proches permet de confirmer ou, lorsque les capacités de la personne sont trop restreintes, d'orienter les buts qui seront traités en priorités. Les principes directeurs suivants guident alors la priorisation, celle-ci doit considérer ce qui est unique et important pour la personne, contribuer à maximiser sa qualité de vie, permettre sa croissance personnelle, favoriser sa participation à la vie sociale et viser son bien-être.

C) La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et des moyens d'intervention.

Selon les modèles consultés, la présence, la participation et les prises de décisions de la personne font partie des valeurs centrales pour planifier un plan d'intervention. Cette participation se confirme dans la majorité des étapes du processus de planification qui, à partir des priorités préalablement identifiées, consiste à définir les buts et objectifs, analyser ces buts et tâches inhérentes, identifier les stratégies d'intervention, identifier les ressources nécessaires et finalement identifier les mécanismes d'évaluation et les échéanciers.

Le projet d'intervention individualisé se concrétise dès la formulation des orientations générales. La formulation des buts détermine le contexte global, quoique précis, des programmes et interventions qui sont nécessaires pour améliorer la condition de vie de la personne. Cette étape de rédaction préconise les conditions de rédaction suivantes:

- *Être centrées sur le client*, c'est à dire que les buts doivent refléter les besoins et forces de la personne;
- *Décrire les résultats espérés*. C'est à dire ce que la personne pourra normalement accomplir dans une période future;
- *Préciser le support accordé à la personne*. Ce support peut être d'ordre «personnel» (qui implique les membres de la familles, de la communauté propre à la personne), matériel (ex. équipement, argent) et de services (ex. support professionnel);
- Être basés sur les secteurs *d'interventions prioritaires*;
- Pouvoir à la fois inclure des *interventions dans les domaines cognitif, psychomoteur et affectif*;
- Promouvoir les *relations interpersonnelles*;
- Promouvoir les *relations significatives*.

L'orientation générale étant donnée, les étapes subséquentes doivent permettre de cibler le plus précisément possible la «destination» et les «façons de s'y rendre». Goupil reconnaît divers degré de précision qui peuvent être utilisés pour élaborer des objectifs soit, les objectifs généraux, objectifs spécifiques, objectifs intermédiaires. Cette auteure préconise une utilisation centrée sur les buts annuels et les objectifs spécifiques. Cette simplification évite une formation trop longue des intervenants sur la nature et la hiérarchisation des objectifs.

Galambos et Wilson-Whetstone préconisent deux exercices complémentaires pour préciser les objectifs spécifiques, il s'agit de l'analyse des buts et l'analyse des tâches. L'analyse

des buts décrit les composantes principales et secondaires qui caractérisent la réalisation de l'activité. D'un autre côté, l'analyse des tâches est une liste séquentielle qui décrit, selon leur ordre de réalisation, les comportements observables et les tâches qui mènent à l'atteinte du but fixé. Ces opérations permettent de personnaliser les actions en précisant, entre autres, les objectifs comportementaux et les stratégies d'intervention de la personne dans sa démarche.

Concernant les règles de rédaction des objectifs, celles-ci incluent préalablement les relations entre le but et les objectifs en découlant, plus particulièrement en démontrant qu'il y a des liens de contenu et de continuité entre eux. Quant aux autres règles, celles-ci respectent les caractéristiques suivantes. Les objectifs doivent être:

1. Définis en fonctions des besoins de l'utilisateur

En fonction de l'évaluation des forces, des faiblesses et des besoins de la personne. Fixés à partir de ses capacités et personnalisés. Être définis en fonction de la personne, et non de l'intervenant.

2. Décrits sous formes de comportements

Les comportements sont observables et mesurables. (faire distinction entre jugements et observations).

3. Décrits en termes clairs.

L'objectif doit spécifier:

- l'action, par un verbe, que devra faire la personne à la fin du programme;
- les critères de réussite, (ex. le nombre de temps pour réaliser la tâche, la fréquence, le nombre de fois). décrits de manière positive.
- le niveau de support (ex. avec aide, de façon autonome);
- le matériel nécessaire;
- les circonstances (quand, où);

Pour préciser, à l'aide de critères et de conditions de réussite, les comportements à atteindre, Goupil propose une démarche. Cette étape n'est pas requise dans toutes les situations. Lorsque les critères sont implicites dans l'énoncé des comportements attendus (Ex. Paul

sera capable de mettre son chandail), Goupil suggère de ne pas rendre la rédaction des objectifs trop fastidieuse. En contre partie, la précision des critères d'évaluation du comportement attendu est essentielle dans certaine situation, ex. alors que Paul prend au-delà de 10 minutes pour enfiler son chandail, la précision d'une durée de temps plus courte s'avère nécessaire.

Pour définir les critères de réussite, Goupil relève les caractéristiques du comportement suivantes: forme, intensité, fréquence, durée, conformité, temps de latence.

De plus, il peut être utile, et parfois nécessaire, de préciser les conditions de réussite dans lesquelles se produira le comportement. Pour Goupil ces conditions sont en quelque sorte les circonstances (ex. calculer *avec une calculatrice*; écrire un texte *sans un dictionnaire*,...) où il est possible de vérifier si la personne a bien atteint l'objectif.

Les forces et les besoins d'une personne ainsi que les possibilités d'acquisition, de maîtrise, de généralisation et de maintien de compétences déterminent l'orientation des stratégies. Celles-ci peuvent être de divers ordres tels les stratégies d'apprentissage, les méthodes éducatives, le niveau de support.

Pour Fraser et Labbé l'élaboration des stratégies d'intervention respecte trois dimensions. La première consiste à « l'instauration de la réciprocité et de l'interdépendance », cette étape consiste en un attachement mutuel, qui se caractérise notamment par la confiance, le respect et l'acceptation réciproque entre l'intervenant et la personne. Quant à l'interdépendance, elle consiste à la généralisation de cet attachement mutuel auprès de d'autres individus membres de la communauté.

La seconde dimension demande à être considérée dans un contexte contribuant à l'augmentation de la qualité de vie de la personne. Voici le regroupement des stratégies proposé:

- Favoriser l'expérimentation de situations nouvelles et variées dans différents domaines afin d'enrichir le style de vie de la personne.
- Inviter la personne à participer à diverses situations afin d'être impliquée aux événements de la vie quotidienne, sociale, récréative, culturelle et communautaire.

Aider la personne à réaliser des choix afin qu'elle puisse exercer un plus grand contrôle sur sa propre vie et ainsi répondre d'une façon plus juste à ses besoins et à ses désirs.

- Recourir à la méthode de «résolution de problème» afin d'aider la personne à faire des choix et à faire une évaluation personnelle des situations qu'elle rencontre.
- Enseigner à la personne des habiletés utiles et significatives qui donneront accès à une plus grande qualité de vie.
- Fournir à la personne des opportunités pour qu'elle puisse maintenir ou accroître ses liens avec les réseaux sociaux.
- Aménager l'environnement de telle sorte que la personne puisse y retrouver toutes les conditions pour y vivre des relations significatives, s'y épanouir, y découvrir un sentiment d'appartenance et y jouer un rôle actif.
- Voir à ce que la personne puisse exercer ses droits dans sa vie quotidienne.

La troisième dimension axe les stratégies d'interventions de façon à aider la personne qui présente un comportement considéré comme excessif à diminuer et cesser la manifestation de tels comportements. Les stratégies d'interventions s'appuient alors sur des actions préventives. Elles sont rédigées dans le plan d'intervention en cherchant à éliminer ou enrichir les situations telles qu'un environnement trop contrôlant, des relations sociales

pauvres, une vie affective et un climat de gratification insatisfaisants des difficultés de communication.

La méthode d'identification des ressources humaines retenues pour l'ensemble des auteurs consultés dans ce modèle fait référence aux rencontres d'équipes. Généralement, les gens qui portent le plus d'intérêt, qui ont de la disponibilité pour accompagner la personne dans tel ou tel secteur de besoins et les intervenants qui sont significatifs à la personne faisant l'objet du plan d'intervention sont sélectionnés. Ceux-ci sont nommés dans le plan d'intervention.

Finalement, les échéances, sous forme de dates, indiquent le début et le moment d'évaluation des résultats de l'intervention. D'autres dates peuvent être ajoutées ce sont par exemples: le début d'un service ou d'une intervention particulière; les dates de rencontres avec un spécialiste.

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation

Pour Galambos et Wilson-Whetstone, le processus d'évaluation se situe dans un contexte qui s'intéresse tant aux résultats et aux processus d'un programme d'intervention individualisé qu'aux ajustements et modifications à apporter aux services qui visent l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Trois étapes principales sont nécessaires. La première a trait à la sélection de méthodes d'évaluation, la deuxième à la cueillette de données et finalement à l'interprétation de ces données et aux suite à accorder au projet d'intervention.

Deux types d'évaluation sont recensés. D'une part, l'évaluation formative, s'applique de façon informelle tout au long des sessions qui composent le programme d'intervention auprès de la personne. Ce mode d'évaluation permet d'identifier les facteurs qui empêchent

le déroulement du programme de façon à contribuer à l'augmentation des progrès de la personne. Des actions qui visent la modification et la cessation d'une partie du programme peuvent découler de ce mode d'évaluation.

D'autre part, l'évaluation sommative, peut s'appliquer en fonction de deux périodes distinctes, de façon périodique et annuelle. L'évaluation périodique est prévue selon des intervalles de temps réguliers et porte essentiellement sur la révision des objectifs, les progrès enregistrés, sur l'aspect global des stratégies d'intervention. Cette évaluation s'effectue entre l'intervenant et la personne. La révision annuelle s'effectue avec tous les intervenants impliqués auprès de la personne. Les principaux sujets traités lors de cette rencontre sont la présentation d'une synthèse des progrès effectués par la personne et ses projets pour le futur.

Les résultats de ces types d'évaluation peuvent être mesurés de façon quantitative ou qualitative. L'évaluation quantitative est fondée sur un jugement objectif. Les buts et objectifs qui sont formulés en termes mesurables permettent d'effectuer facilement une évaluation quantitative. Quant à l'évaluation qualitative, ses dimensions mesurées concernent des aspects subjectifs du comportements de la personne (ex. ses perceptions par rapport à ce groupe de personnes) ou des aspects qualitatifs liés au programme.

Le processus de cueillette de données concernant l'évaluation peut s'effectuer de différentes façons telles par des graphiques, des données ponctuelles¹⁵ inscrites au dossier de la personne. Ces façons de faire ont été présentées notamment dans le modèle de Côté et al.

L'interprétation des données s'effectue dans un premier temps par le biais des graphiques et notes ponctuelles prises tout au long du déroulement du programme. De plus, les auteurs suggèrent de compléter l'évaluation des données en répondant aux questions suivantes:

¹⁵En anglais, Gathering anecdotal information

- Est-ce que la formulation des objectifs est suffisamment précise et spécifique?
- Est-ce que les ressources matérielles et les stratégies d'intervention sont appropriées?
- De quelle façon les personnes sont-elles engagées dans le programme?
- Est-ce que la personne démontre un niveau de motivation suffisante?

Les suites à donner au plan d'intervention ont trait à la modification, au maintien ou à la cessation de l'intervention.

Synthèse

L'approche préconisée par Galambos et Wilson Whetstone (1991), Goupil (1991) et Fraser et Labbé (1993) considère la personne dans sa globalité et son unicité. Les valeurs humanistes liées aux compétences, la participation sociale et l'implication de la personne et de ses proches caractérisent cette approche.

L'évaluation des besoins est composée de cinq parties. La première identifie le type d'évaluation à entreprendre. Le diagnostic ou l'évaluation prédictive; l'évaluation globale ou l'évaluation fonctionnelle sont parmi les choix préconisés par Galambos et Wilson Whetstone. La deuxième sélectionne les indicateurs pour établir le profil de la personne. Les caractéristiques personnelles, les relations interpersonnelles en sont des exemples. La troisième partie a trait à l'identification des modalités de cueillette de données et à la cueillette de l'information recherchée. Les dossiers médicaux, l'inventaire de 24 heures, l'expérimentation sont des exemples de sources de données. La synthèse des forces et des besoins de la personne s'effectue par des mécanismes tels les tableaux de compilation selon les domaines psychomoteur, cognitif et affectif. Finalement, la cinquième partie de ce processus invite la personne, sa famille et ses proches ainsi que l'équipe multidisciplinaire à

établir l'ordre hiérarchique des besoins. Ceux-ci sont fondés sur l'écart entre la situation actuelle de la personne et la qualité de vie qui est typique de l'ensemble de la communauté. Essentiellement, les besoins sont fondés sur l'écart entre la situation actuelle de la personne, établit à partir des différentes caractéristiques personnelles et environnementales propre à la personne, et à la qualité de vie telle que vécue par l'ensemble de la communauté. Une série de besoins et de situations qui nécessite un changement est ainsi dégagée. Ce qui est unique et important pour la personne, ce qui contribue à maximiser sa qualité de vie, sa croissance personnelle et sa participation à la vie sociale sont des principes fondamentaux qui guident cette hiérarchisation.

La formulation des buts, qui est centrée sur la personne, donne l'orientation générale à l'intervention. Diverses conditions de rédaction, telles les buts doivent être basés sur les secteurs d'intervention prioritaires, décrire les résultats attendus. Pour rendre opérationnel ces buts, deux exercices sont proposés, l'analyse des buts et l'analyse des tâches. Ces opérations permettent de personnaliser les actions en précisant, entre autres, les objectifs comportementaux et les stratégies d'intervention. La formulation des objectifs spécifiques doit spécifier, notamment, l'action, les conditions de réalisation. La sélection des stratégies tient compte des forces et des besoins de la personne ainsi que de critères tels la sélection d'activités appropriées à l'âge de la personne et des possibilités d'acquisition, de maîtrise, de généralisation et de maintien de compétences. Pour Fraser et Labbé, l'élaboration des stratégies d'intervention se subdivise en trois dimensions. L'instauration d'un lien de réciprocité et d'interdépendance, l'augmentation de la qualité de vie d'une personne et la cessation de comportements considérés comme excessif en sont les thématiques. La modification et l'adaptation de matériel, contenu ou ordre de séquence de réalisation; l'utilisation du niveau de support approprié et de techniques de renforcement sont parmi les stratégies utilisées par les auteurs. Finalement, des ressources et des échéances sont identifiés.

L'identification de critères et la planification des mécanismes d'évaluation s'intéresse à la fois aux résultats et au processus d'un programme et aux ajustements et modifications à apporter aux services qui visent l'amélioration de la qualité de vie de la personne. La sélection d'une méthode d'évaluation fait référence à l'évaluation formative et à l'évaluation sommative qui peut s'appliquer de façon périodique et annuelle. Les résultats de ces types d'évaluation peuvent être mesurés de façon quantitative ou qualitative. À cet effet, la cueillette de données évaluatives repose notamment sur des graphiques et des données ponctuelles inscrites au dossier médical ou éducatif de la personne. L'interprétation des données s'intéresse plus particulièrement à apporter des correctifs, ajustements, concernant la précision des objectifs, l'utilisation des ressources matérielles et les stratégies d'intervention. Les suites à donner au plan d'intervention ont trait à la modification, au maintien ou à la cessation de l'intervention.

2.2.3 Un modèle de compétences adaptatives et de vulnérabilité au stress

A) Le cadre de référence

René Paul Liberman (1991), professeur de psychiatrie à l'Université de Californie-Los-Angeles (UCLA) où il dirige le Centre de Recherche sur la schizophrénie, présente une approche qui s'inscrit dans une perspective de compréhension globale de la personne et de sa situation de vie afin d'en modifier les éléments provoquant la dépendance, l'exclusion sociale et l'inégalité des chances face, entre autres, aux possibilités de s'actualiser dans des activités ou de jouer des rôles semblables à ceux que l'on reconnaît aux personnes non-handicapées.

Le modèle d'intervention tel que proposé par Liberman (1991), prend son assise sur la vulnérabilité biopsychosociale des personnes atteintes de problèmes sévères et persistants de santé mentale. Cette vulnérabilité peut engendrer des symptômes psychotiques quand des événements de vie stressants ou des tensions ambiantes familiales ou professionnelles dépassent les compétences instrumentales et sociales de la personne.

L'auteur souligne notamment le rôle des interventions spécifiques qui favorisent le développement des compétences sociales et autres capacités adaptatives dans sa conception vulnérabilité-stress des maladies mentales. Ces compétences, considérées comme des facteurs de protection primordiales, peuvent compenser le stress et la vulnérabilité et, donc, diminuer le risque d'une rechute psychotique.

Le modèle de «vulnérabilité au stress et des compétences adaptatives» associe plus particulièrement, le traitement psychopharmacologique, des stratégies de modifications de l'environnement physique et socioculturel, ainsi qu'une approche éducative basée sur l'entraînement direct aux compétences et connaissances dont les personnes auront besoin pour vivre en société.

B) L'évaluation des besoins

Le cadre général d'évaluation de besoins présente deux grandes étapes. L'évaluation des symptômes et l'évaluation fonctionnelle sont les préliminaires nécessaires au traitement et à la rééducation de la personne ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale.

L'évaluation des symptômes permet d'établir le diagnostic et le choix d'un traitement médicamenteux en plus d'orienter considérablement les traitements psychosociaux appropriés. Le diagnostic psychiatrique est une tentative de classer les troubles mentaux en des groupes selon les similitudes des signes, des symptômes et des troubles du comportement. Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) sert alors de référence pour établir un diagnostic.

L'évaluation fonctionnelle des capacités et des déficits comportementaux est nécessaire pour déterminer les orientations d'intervention psychosociale qui visent à réduire les symptômes négatifs et les handicaps. Les principales étapes de cette phase d'évaluation impliquent l'inventaire multimodal des problèmes, l'analyse fonctionnelle des facteurs qui maintiennent les problèmes et l'identification des outils et méthodes d'évaluation.

L'inventaire des problèmes s'inscrit dans une approche multimodale dans laquelle tous les niveaux d'expression comportementale et d'expérience subjective sont examinés d'une manière globale, en portant attention à la fiabilité, la validité, la fréquence de recueil appropriée, l'incitations de l'environnement, et à l'utilité du procédé d'évaluation. Les dimensions multimodales comprennent la pensée et l'affect, les habiletés sociales interpersonnelles et les habiletés de la vie autonome.

Ces informations permettent d'identifier les comportements qui présentent des excès, déficits ou qui sont les forces caractéristiques de la personne. Plus précisément, les excès

comportementaux s'identifient par les comportements qui peuvent poser des problèmes, soit parce qu'il sont intrinsèquement inadaptés, soit parce qu'ils surviennent avec une intensité, une durée ou une fréquence trop élevée pour un environnement donné (ex. urine dans son pantalon). Les déficits comportementaux s'identifient par les comportements adaptés et souhaitables qui se produisent avec une fréquence ou une intensité trop faible, ou sous une forme non appropriée (ex. concentration insuffisante; ne répond pas aux questions). Les points forts comprennent les compétences sociales, les efforts d'adaptation et le soutien social que la personne a déjà lorsqu'elle commence le traitement (ex. bonnes aptitudes scolaires).

Une fois que les problèmes de la personne sont clairement définis, la procédure d'évaluation examine les facteurs biologiques et environnementaux qui interviennent dans le déclenchement, l'exacerbation, la rechute ou l'évolution chronique du trouble mental. Une analyse des facteurs qui maintiennent les problèmes découle de cette identification. Pour mettre au point un traitement psychosocial efficace, le repère des facteurs environnementaux qui interviennent dans le déclenchement du trouble mental s'avère nécessaire. Les informations sur les conditions environnementales qui précèdent le comportement-problème (ex. événements, personnes, situations, stimuli sensoriels) et les conséquences (ex. anxiété, inconfort) qui s'en suivent sont des indicateurs.

Afin de recueillir les déficits, excès ou atouts comportementaux nécessaires pour définir et classer par ordre de priorités les buts des interventions les auteurs décrivent plusieurs outils et méthodes pour aider les cliniciens à recueillir l'information relative aux domaines fonctionnels, dont:

- *L'entretien comportemental* consiste en des entretiens structurés avec la personne pour recueillir ses besoins fonctionnels (ex. son occupation de temps libre).

- L'*observation directe de comportement* utilise, notamment, des mesures pour cibler des déficits de compétences spécifiques et des excès de comportement nécessitant traitement et rééducation.
- Les approches d'*auto-observation* constituent une méthode d'obtention d'une vue fiable de la fréquence et du contexte des problèmes de la personne.
- Des *listes à cocher, questionnaires et échelles d'évaluation* sont reliés à l'identification des compétences et des habiletés spécifiques.
- Les *relevés de renforcement* s'effectuent par des entretiens, des questionnaires, des observations directe de comportement. Ces relevés servent de moyens de renforcement de la motivation intrinsèque de la personne et de maintenir des comportements améliorés dans la communauté.

C) La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention

La planification de l'intervention de rééducation tient compte essentiellement de trois étapes. La formulation des buts et objectifs, la sélection de tactiques thérapeutiques comportementales et la sélection des ressources.

Telle que précisée précédemment la présence de la personne et de ses proches est privilégiée dans les rencontres qui visent à structurer, coordonner le projet d'intervention. Dans le contexte de la planification, l'implication de la personne permet de savoir rapidement à quel point elle accepte le programme et de tester sa compréhension de chacun des buts et des activités proposées. De plus, son implication permet d'augmenter sa motivation et de contrecarrer une éventuelle mésentente. La participation de la personne dans la formulation des objectifs est facilitée en lui donnant des explications, en sollicitant son avis et ses suggestions, en utilisant des aides audiovisuelles, en vérifiant ce qu'elle comprend et ce qu'elle accepte.

De façon complémentaire, la participation des proches permet de vérifier la qualité des informations recueillies par les cliniciens auprès du patient et de requérir leur aide pour hiérarchiser les objectifs et pour participer activement à certaines parties du programme.

La formulation des buts globaux de rééducation est suffisamment précise pour identifier sans équivoque les orientations de l'intervention (ex. d'ici deux ans le patient vivra autonome dans son propre appartement). Par la suite, des buts à long terme (sur un mois, sur un an) et des objectifs à court terme (sur une journée, une semaine) sont élaborés en fonction des buts globaux. Fondée sur les points forts de la personne, plutôt que sur les symptômes et les déficits, la formulation des objectifs de réhabilitation doit respecter les caractéristiques suivantes. Les objectifs doivent être:

- précis et clairs;
- choisis ou approuvés par la personne et ses proches;
- établis de telle sorte que les objectifs à court terme mènent aux objectifs à long terme;
- planifiés à intervalles rapprochés;
- réalistes;
- écrits en terme positif;

Les buts et objectifs s'actualisent à partir de tactiques de thérapie comportementale dont en voici les principales. Pour Liberman et ses collègues, il s'agit de:

- Établir une relation thérapeutique confiante, chaleureuse et pleine de respect mutuel qui servira de fondation aux tactiques comportementales;
- Utiliser des programmes de traitement à durée fixe;
- Utiliser le jeu de rôle et la répétition comportementale pour stimuler les situations rencontrées dans l'environnement naturel de la personne;
- Encourager, diriger, stimuler et superviser la personne pour l'aider à s'améliorer;
- Donner à la personne des exercices à faire entre les séances;
- Renforcer les plus petits progrès vers une meilleure adaptation;
- Utiliser des prescriptions thérapeutiques et créer des attentes optimistes;
- Faire répéter à la personne des comportements désirés;

- Donner des informations en retour au patient sur les changements de son comportement et réévaluer périodiquement les progrès en établissant de nouveaux objectifs;
- Renforcer les progrès, ne pas insister sur les échecs;
- Provoquer la généralisation des succès en impliquant les membres de la famille et les autres éléments de l'environnement naturel de la personne.

Les ressources sont définies comme le temps, l'argent, les gens, les lieux, les organismes, les matériaux, le transport, les moyens de communication et d'autres apports tangibles communautaires et familiaux qui permettraient d'atteindre des buts. L'identification des ressources fait suite, et sont en liens direct, à l'évaluation et à l'élaboration des buts fonctionnels et comportementaux. L'inventaire des ressources s'effectue selon les questions suivantes:

-Quelles sont les ressources qui peuvent aider la personne à:

- développer des compétences;
- les utiliser;
- compenser celles qui lui manquent;
- gérer ses symptômes et prévenir des rechutes.

-Ces ressources sont-elles disponibles et mobilisables?

-Quelles sont les caractéristiques (points forts et faibles) des ressources présentes et facilitantes dans son environnement en terme de succès de la réhabilitation?

-Quelles ressources peuvent être créées ou développées pour motiver la personne et favoriser ses progrès?

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation.

Les auteurs réfèrent à deux méthodes particulières pour évaluer les progrès d'une personne dans son programme de rééducation. Il s'agit du suivi continu et de l'évaluation périodique.

Le suivi continu se caractérise par des évaluations répétées, menées sur des bases quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles. Ce suivi peut être effectué par diverses méthodes telles, des entretiens, l'observation directe, l'auto-contrôle du comportement ou des listes et questionnaires.

L'évaluation périodique est perçue par les auteurs comme l'une des manières les plus pratiques de suivre les progrès et l'atteinte des buts préalablement fixés. Dans les deux les renseignements recueillis peuvent être utilisés pour déterminer si la personne est prête pour de nouveaux buts, pour une poursuite du travail vers les buts actuels ou pour une nouvelle intervention thérapeutique.

Synthèse

Le modèle suggéré par Liberman (1991) fait ressortir une perspective d'intervention propre au domaine de la santé mentale. Reposant sur une compréhension globale de la personne et sur la recherche optimale d'actualisation et de possibilités de jouer des rôles actifs et reconnus positivement dans la communauté, ce modèle se caractérise par sa conception de la vulnérabilité au stress et de développements de compétences adaptatives.

Le processus d'évaluation des besoins se subdivise en deux étapes. La première est de nature médicale puisqu'elle vise principalement à établir un diagnostic et le choix d'un traitement médicamenteux. La deuxième s'intéresse à l'évaluation fonctionnelle des capacités

et des déficits comportementaux. Une série d'étapes d'évaluation et d'analyse permettent de cibler les orientations en intervention psychosociale. Quelques méthodes et outils pour recueillir l'information pertinente sur les caractéristiques de la personne sont décrites. La considération de facteurs environnementaux qui ont une influence directe ou indirecte dans le déclenchement du trouble mentale complète cette étape.

La planification de l'intervention tient compte, dans un premier temps, de la formulation des buts et objectifs. Développés en fonction des données et orientations dégagées dans l'étape précédente, les buts et objectifs doivent respecter diverses caractéristiques de planification et de rédaction impliquant l'engagement maximal de la personne, des ses proches et des intervenants de la santé. Dans un second temps, l'actualisation de ces buts et de ces objectifs s'effectue par le biais de diverses techniques d'intervention. Ces techniques couvrent un large éventail de possibilités qui reposent sur l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique basée sur la confiance mutuelle, sur le renforcement des progrès et sur la généralisation des succès. Comme dernière étape de planification, la gestion des ressources humaines et matérielle s'effectue en fonction de sa contribution d'aide réelle et pertinente offerte à la personne. Ces ressources doivent pouvoir soutenir efficacement la personne dans son apprentissage qui l'amène à devenir plus habile dans la gestion de ses situations de stress et du stress en découlant. Ce qui aura comme conséquence attendue de prévenir les rechutes psychotiques.

L'évaluation des progrès d'une personne s'effectue de deux façons, il s'agit du suivi continu et de l'évaluation périodique.

Synthèse des modèles de plans d'intervention selon des approches de réadaptation psychosociale et de réintégration sociale.

De façon générale, l'approche privilégiée par l'ensemble des modèles étudiés dans cette catégorie repose sur une reconnaissance de la personne comme étant un être global unique et compétent. Cette approche se définit à partir de sa réalité biopsychosociale, de ses besoins spécifiques, de ses différences, de son potentiel d'évolution et de sa responsabilité dans la résolution des difficultés auxquelles elle est confrontée. Les orientations thérapeutiques et éducatives qui en découlent sont mises en opération par des interventions qui s'appuient sur des principes de la relation d'aide et des notions de base de la psychothérapie et de psychopharmacologie. L'intervention privilégiée auprès de la personne prend en compte l'augmentation de sa qualité de vie et cherche à optimiser sa participation sociale.

L'application du processus d'évaluation des besoins peut se subdiviser en cinq étapes, soit la sélection d'une méthode d'évaluation en fonction des indicateurs recherchés, la cueillette de données, la compilation et l'analyse de ces données et la priorisation des besoins. Divers cadres d'évaluation des besoins sont utilisés. Toutefois, l'ensemble des modèles étudiés dans cette catégorie font référence à l'évaluation d'une situation désirée, d'une situation actuelle et à l'identification de l'écart entre ces deux situations. Liberman (1991), s'adressant spécifiquement à une clientèle de personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale, tient compte de deux catégories d'évaluation. L'évaluation des symptômes fait référence à l'établissement d'un diagnostic médical et à un traitement médicamenteux. L'évaluation fonctionnelle des capacités et des déficits comportementaux constitue le deuxième axe. Celui-ci est essentiellement le champ d'information évalué par les autres auteurs de cette catégorie d'approches. Les indicateurs et les mécanismes de compilations des données recueillies pour établir le profil de la personne font généralement référence aux domaines cognitifs, affectifs et psychomoteur du développement humain. Finalement la cinquième étape de ce processus invite la personne, ses proches ainsi que

l'équipe multidisciplinaire à établir l'ordre hiérarchique des besoins. L'écart entre la situation désirée et la situation actuelle dégage la série de besoins. Pour Côté et al.(1989), la théorie des besoins de Maslow permet une première hiérarchie parmi les besoins. Ce qui est unique et important pour la personne, ce qui contribue à maximiser sa qualité de vie, sa croissance personnelle et sa participation à la vie sociale sont les autres principes fondamentaux qui guident cette hiérarchisation.

L'élaboration des buts et des objectifs ainsi que l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage forment la deuxième grande étape qui mène à l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé. Diverses conditions de rédaction sont recensés. Pour rendre opérationnel ces buts, deux exercices sont proposés par Galambos et Wilson Whetstone (1991), il s'agit de l'analyse des buts et l'analyse des tâches. Le morcellement de ces buts sert de point de référence pour définir les objectifs spécifiques, et plus précisément pour la majorité des auteurs, les objectifs comportementaux. Pour Côté et al. (1989), la recension des obstacles qui pourraient empêcher l'atteinte de l'objectif visé est un préalable à l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage. Pour Fraser et Labbé (1993), les stratégies d'intervention se subdivisent en trois dimensions. L'instauration d'un lien de réciprocité et d'interdépendance, l'augmentation de la qualité de vie d'une personne et la cessation de comportements considérés comme excessif en sont les thématiques. Ces dimensions s'insèrent dans les deux grandes catégories proposées par Côté et al. (1989), soit l'identification des stratégies d'intervention et d'apprentissage. Les stratégies d'interventions sont, plus particulièrement, précisées par les orientations, les obstacles et les solutions à l'apprentissage, les critères de réussite ainsi que l'analyse des tâches. Les stratégies d'apprentissage font références aux méthodes d'enseignement, deux techniques sont alors sollicitées, la technique d'apprentissage d'une tâche séquentielle et la technique d'apprentissage globale. Un autre axe stratégique d'intervention est décrit par Liberman. Le modèle de compétences adaptatives et de vulnérabilité au stress qu'il propose s'actualise

par l'évaluation des symptômes et l'évaluation fonctionnelle des capacités et déficits comportementaux de la personne. Deux types de traitements en découlent, le traitement médicamenteux et le traitement psychosocial. L'intervention psychosociale se fonde sur des stratégies dont les principes sont partagés par l'ensemble des modèles étudiés dans cette catégorie d'approche. Le traitement médicamenteux est assumé par les intervenants de formation biomédicale, dont les médecins et psychiatres en sont les responsables.

L'identification de critères et la planification de mécanismes d'évaluation se situent dans un contexte qui s'intéresse tant aux résultats et au processus d'un programme qu'aux ajustements et modifications à apporter aux services qui visent l'augmentation de la qualité de vie de la personne. La sélection des méthodes d'observations et de mesures ainsi que la cueillette de données font références à deux modes d'évaluation soit, l'évaluation formative et l'évaluation sommative. Les résultats de ces types d'évaluation peuvent être mesurés de façon quantitative ou qualitative. La compilation des données s'effectue par l'intermédiaire d'instruments tels des grilles d'observations et des graphiques. L'interprétation des données s'intéresse plus particulièrement aux possibilités de choisir un nouvel objectif d'apprentissage, de poursuivre l'objectif, de modifier les stratégies d'intervention et d'apprentissage, de morceler ou de cesser l'objectif d'apprentissage.

2.3 Modèles de plans individualisés chez les intervenants en loisir

*Introduction aux modèles de plans d'intervention individualisés
selon des approches en loisir*

Trois modèles de plans d'intervention individualisés en loisir sont présentés. Tel que promulgué par la société américaine d'intervention thérapeutique en loisir (National Therapeutic Recreation Society), l'objectif ultime recherché par l'ensemble des modèles présentés est de «*faciliter le développement, l'expression et le maintien d'un style de vie en loisir approprié pour les personnes qui sont atteintes de limitations physiques, mentales, sociales ou émotionnelles*» (NTRS, 1982; Gunn et Peterson: 1984:5). L'atteinte de cet objectif ultime apparente les modèles de plan d'intervention en loisir aux modèles basés sur des approches de réadaptation psychosociale et de réintégration sociale présentés précédemment. Comme élément distinctif entre ces deux catégories, les modèles en loisir s'adressent plus spécifiquement à un secteur de vie comme domaine auquel s'adresse la réadaptation.

Le premier modèle de planification d'une intervention individualisée, de Witt, Ellis et Niles (1982) décrit une intervention fondée sur une perspective psychologique du loisir. Le second, de Gunn et Peterson (1984), est un modèle de référence fort répandu en Amérique du Nord et vise notamment l'acquisition optimale d'habiletés en loisir. Finalement, Howe-Murphy et Charboneau (1987) proposent un modèle s'inspirant des courants de l'écologie humaine et des notions du système social.

2.3.1 Une approche psychologique du loisir comme cadre d'intervention

A) Le cadre de référence

Peter A. Witt¹⁶ et Gary D. Ellis ont entrepris, depuis 1979, l'élaboration et la validation d'une série d'instruments d'évaluation qui permettent d'établir un diagnostic en loisir et d'orienter les services qui visent à répondre aux besoins «diagnostiqués». La caractéristique de leur recherche s'avère une démarche d'actualisation des dimensions théoriques les plus importantes produites jusqu'alors relativement à l'expérience de loisir.

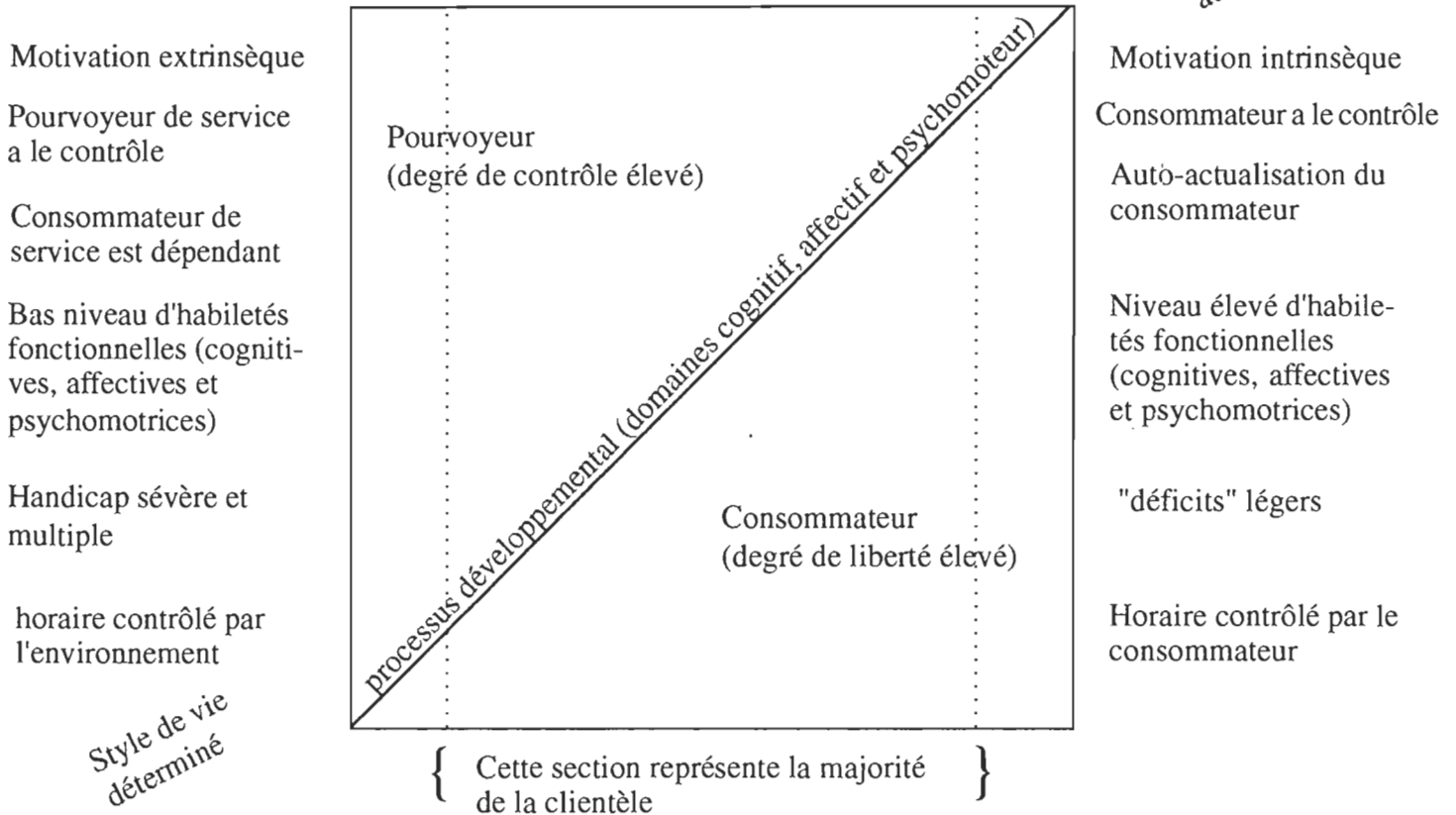
After a thorough review of the literature related to the social psychology of leisure... play theory..., and peak experiences... a hypothesis describing the nature of perceived freedom was posited. This hypothesis stated that perceived freedom in leisure consist of four elements: perceived competence, perceived control, intrinsic motivation, and a behavioral manifestation of these, playfulness (1989: 112).

S'inspirant des travaux de chercheurs tels que Ellis (1973), Neulinger (1974), Mannel (1980) et Iso-Ahola (1980) décrivant le loisir comme un état psychologique (un état mental), les auteurs Peter A. Witt et Gary D. Ellis (1982; 1984; 1989) concentrent leurs travaux sur l'atteinte de cet «état d'esprit» caractéristique du loisir.

Pour Witt, Ellis et Niles (1982), la perspective d'intervention en loisir basée essentiellement sur le temps libre ou les activités guident les actions d'évaluation et d'intervention de façon à combler essentiellement le manque de compétences sociales et psychomotrices requises pour la pratique d'activités de loisir. Pour ces auteurs, il devient prioritaire d'intervenir de façon à viser le fonctionnement optimal en loisir de la personne (1989:4). Le «*fonctionnement en loisir*» réfère dans ce contexte à l'engagement par motivation intrinsèque, aux compétences et à la perception d'être compétent, au contrôle et à la perception d'être en contrôle face aux activités et aux événements inhérents à la réalisation d'une activité et à l'enjouement que la personne dégage et vit lors de sa pratique d'activités de loisir (1982:1; 1989). Cette conceptualisation est caractérisée par le concept catalyseur de liberté.

¹⁶ Respectivement professeur et directeur au « Recreation, Park, and Tourism Sciences Department at Texas A & M University », et professeur au « Department of Recreation and Leisure, University of Utah

Tableau 6: Modèle d'intervention de Witt et Compton



<i>Services offerts:</i> Intervention thérapeutique	Éducation au loisir	Activités récréatives
<i>Rôles:</i> Clinicien/ thérapeute	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Facilitateur</div> ↓ Counselling Éducateur Motivateur </div>	Défenseur de droits/ Concepteur de programmes
<i>Fonctions:</i> Diagnostiquer les besoins individuels en loisir Évaluer les fonctions cognitives, affectives et psychomotrices dans ses relations avec le fonctionnement maximal en loisir Prescrire et spécifier les interventions de traitements Traiter les comportements spécifiques qui dressent une contraintes au fonctionnement en loisir Évaluer les succès de l'application des traitements	Assister la personne dans ses décisions inhérentes au loisir Faciliter le développement de valeurs et d'attitudes en loisir Assister dans le raffinement des habiletés nécessaires à un engagement et à la poursuite d'une pratique en loisir significative Assister la personne dans le transfert d'habiletés, de connaissances et de valeurs dans l'organisation d'activité. Assister la personne dans l'identification et les actions pour réduire les contraintes qui restreignent l'engagement en loisir	Promouvoir les besoins et les droits de la personne de l'accessibilité au loisir Réduire les barrières (architecturales, économiques) qui restreignent la participation au loisir Promouvoir l'acceptation sociale. Fournir des occasions de participation en loisir qui répondent aux intérêts manifestés par les personnes

Adapté de Witt et Compton in Witt et Ellis, 1989:5

Pour comprendre les bénéfices qu'apporte un haut niveau de perception de liberté en loisir, il faut se référer au Tableau 6. À l'extrême droite du modèle sont représentées les personnes qui manifestent un degré de liberté et de motivation intrinsèque élevé dans leur pratique d'activités de loisir. Cette participation mène à différentes conséquences positives telles une plus grande flexibilité cognitive, un meilleur apprentissage conceptuel, un plus grand intérêt, à des émotions positives et à un estime de soi plus positif. À l'opposé du continuum on retrouve les personnes qui perçoivent un bas niveau de liberté. Pour ces personnes leur participation est davantage une réponse aux pressions extérieures faites par l'intervenant. Ces personnes se retrouvent dans une zone de dépendance qui mène bien souvent à la dépression, à l'apathie, à un sentiment d'échec.

Ainsi, l'individu qui améliore sa capacité de vivre une expérience subjective de loisir se donne des possibilités de trouver un grand nombre de bénéfices psychologiques et en l'occurrence de maximiser ses chances de participer à la vie sociale en se réalisant par le biais d'une activité de loisir significative et valorisante.

B) L'évaluation des besoins

L'évaluation des besoins est certes la dimension du processus d'intervention la plus développée du modèle proposé par Witt, Ellis et Niles (1982). Cette première étape se subdivise en trois sous-étapes soit, la partie diagnostique, l'évaluation complémentaire et la consultation.

Pour établir un diagnostic Witt et Ellis et Niles ont élaboré une série d'instruments de mesure visant à évaluer la perception qu'un individu peut avoir de sa liberté en termes de loisir. Ces tests se catégorisent en deux sections. La première est composée d'une série de cinq tests. La seconde est composée de tests complémentaires qui permettent de documenter avec plus de précision le diagnostic et d'offrir des pistes précises pour orienter

l'intervention. Plus spécifiquement, voici les dimensions couvertes par les cinq premiers tests.

- La compétence en matière de loisir. Cette échelle représente la perception que la personne a de ses compétences en rapport avec celles qui sont nécessaires lors de sa pratique d'activités de loisir. Quatre domaines de compétences sont particulièrement évalués, soit, les compétences cognitives, compétences physiques, compétences sociales et les compétences générales.
- Le contrôle en matière de loisir. L'échelle de contrôle perçu mesure le degré d'internalité de contrôle sur les événements et les résultats que la personne perçoit et manifeste lors de sa pratique d'activité de loisir.
- Les besoins en loisir. Mesure les habiletés de la personne à satisfaire ses besoins intrinsèques par l'utilisation d'activités de loisir.
- Le degré d'engagement (d'immersion) en loisir. Mesure l'absorption de la personne dans son activité, et l'atteinte d'un «flow» lors de l'activité.
- L'enjouement. Mesure du degré d'enjouement de la personne lors de sa pratique d'activités de loisir.

La somme de ces échelles de mesure offre un indice global du degré de liberté en loisir caractéristique à chaque personne. Suite à un diagnostic du peu de liberté perçue par la personne lors de sa pratique d'activités de loisir, l'intervenant est invité à approfondir chacun des cinq éléments présentés précédemment pour en dégager des indices concernant l'origine de la problématique.

Suite à cette première évaluation, deux situations tributaires des informations recueillies sont dégagées par les auteurs. La première situation est fonction d'une information suffisamment précise du profil de la personne pour orienter l'intervention en fonction de ses besoins. L'étape de consultation peut être évitée et ainsi passer directement à l'étape du développement des buts de l'intervention.

La deuxième situation a trait à la cueillette d'informations complémentaires inhérentes aux « facteurs inhibiteurs » qui peuvent avoir un effet négatif sur le mode de fonctionnement en loisir de la personne. Les auteurs ont élaboré une série de tests dont les thématiques sont:

- Échelle de connaissances des occasions de loisir
Mesure les connaissances selon quatre domaines, qui peut participer; quelles activités sont disponibles, à quels endroits ces activités sont-elles offertes, et quels sont les coûts inhérents à leurs pratique.
- Échelle de contraintes en loisir
Cette échelle identifie les sources de contraintes qui sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la participation de la personne dans l'activité de loisir dans laquelle elle aimerait s'engager. Plus particulièrement ces contraintes sont: les contraintes financières, le manque de temps, le manque d'occasions, la non disponibilité de mode de transport, le manque de motivation, un état de santé incompatible, l'inaccessibilité des ressources.
- Inventaire de préférences
Cet inventaire identifie les préférences de la personne pour cinq domaines d'activités. incluant le sport, l'artisanat et le bricolage, la musique, les activités de pleine nature ainsi que les activités intellectuelles. Cet inventaire évalue de plus les styles de participation pour des activités actives/passives, individuelle/groupe et avec des risques ou non.

La consultation avec la personne peut prendre plusieurs formes. Déterminée en fonction de l'information à recueillir, l'intervenant peut convoquer la personne dans une rencontre formelle de type counselling, avoir plusieurs rencontres courtes, ou tout simplement observer la personne lors de sa pratique d'activité de loisir. La rencontre de personnes significatives s'avère aussi une source d'évaluation préconisée par les auteurs, ainsi la famille, les proches, les intervenants peuvent être sollicités dans cette recherche d'informations qui permet de valider ou de compléter l'information recueillie préalablement.

Ces démarches complètent la cueillette d'information et dessinent progressivement les objectifs d'intervention qui s'actualiseront par le biais de sessions d'éducation et de counselling au loisir.

C) La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention

Lorsque l'information recueillie semble offrir une perspective juste des besoins de la personne, l'intervenant est en mesure d'élaborer des buts et objectifs pour les interventions qu'il entend proposer à cette personne.

Le but est défini comme un résultat général à atteindre. Celui-ci n'est habituellement pas évaluable, quoique suffisamment précis pour décrire hors de tout doute l'orientation des résultats attendus. Ex. Le client doit pouvoir vivre une perception de liberté dans son fonctionnement en loisir.

L'objectif est une tâche spécifique, mesurable qui découle directement du but poursuivi. Selon les auteurs, trois composantes doivent décrire les objectifs.

- L'action qui doit être faite
- Les conditions dans lesquelles le comportement ou les actions doivent être réalisées.
- Les critères dans lesquels les actions ou comportements vont être jugés. Ex. «offrir une période de temps dans laquelle le client est libre de choisir ses activités récréatives, le client doit identifier au minimum trois alternatives».

Pour mettre en opération les objectifs, les auteurs préconisent d'identifier une activité préférée dans laquelle la personne désire s'engager. Cette activité permet, notamment, de travailler directement avec les compétences, motivations propre à la personne.

Lorsque les objectifs d'intervention et que la préférence d'activités ou d'expériences recherchées par la personne ont été établis, la tâche de l'intervenant est de déterminer et de mettre en action les stratégies d'intervention. Witt, Ellis et Niles préconisent l'approche

individualisée qui met l'emphase sur les besoins, les préférences en terme d'activités et de style de participation pour chaque personne.

Tableau 7: Stratégies d'intervention en loisir selon Witt, Ellis et Niles

<p>1. <u>Créer un environnement qui contribue à soutenir positivement l'intervention</u></p> <p>Être un défenseur des droits de la personne, construire un système de communication ayant des effets positifs sur les croyances, individualiser le contenu du programme.</p>
<p>2. <u>Créer un environnement d'engagement</u></p> <p>Planifier un attrait significatif susceptible d'attirer l'attention, proposer un «défi optimal» adapté au client, s'assurer que les stimulus sont restreints et éliminer les distractions environnementales, s'assurer que les récompenses extrinsèques ne sont pas les sources primaires de motivation à l'engagement. Dans la mesure du possible, planifier les expériences qui offre une rétroaction immédiate. S'assurer que les conséquences de perdre ou de gagner sont minimisées.</p>
<p>3. <u>Initier une participation «libre» en loisir</u></p> <p>Gagner la confiance du participant et graduellement l'intégrer à l'activité, amener le client à sélectionner des activités, amener le client à diriger certaines parties de déroulement de l'activité.</p>
<p>4. <u>Construire, adapter, ajuster les interactions avec le client lors de l'activité de loisir.</u></p> <p>Mettre l'emphase sur la capacité à faire des choix lors de l'activité, utiliser des renforçateurs qui consolident la participation au loisir, composer avec les lacunes de façon à faciliter la participation aux activités de loisir.</p>
<p>5. <u>Diriger une évaluation continue de la liberté du client</u></p> <p>Observer les indices d'un accroissement du «sens de liberté», porter une attention sur les sources de biais qui peuvent survenir lorsque nous observons le fonctionnement en loisir de la personne, refléter les progrès et communiquer les attentes au client.</p>

Le Tableau 7 décrit les stratégies d'intervention recensés. Les trois premières s'intéressent plus particulièrement à créer une relation de confiance et d'engagement entre la personne et

l'intervenant. L'étape suivante vise la mise en valeur de l'autonomie de la personne. Finalement, la dernière étape cible l'atteinte de l'expérience optimale en loisir. Des actions et des rôles spécifiques découlent de ces stratégies.

Comme mécanismes d'intervention, ce modèle préconise des sessions d'éducation et de counselling au loisir. Ces sessions se déroulent soit par des rencontres individuelles de counselling, soit par des sessions de groupe dans lequel des interventions de types éducatives sont présentées. Witt et Ellis (1984) proposent de former des groupes homogènes en fonction des résultats obtenus par les échelles de mesures de la liberté perçue.

Aucun mécanisme d'intervention utilisant ou modifiant l'environnement n'a pu être recensé.

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation

Le processus d'évaluation fait référence aux méthodes d'observation et la rencontre avec les personnes. Les repères suivants sont suggérés pour déterminer si les objectifs préalablement fixés ont été atteints. La personne a-t-elle une augmentation de ses compétences? La personne participe-t-elle avec plus de vigueur et plus d'enthousiasme aux activités? Est-ce que les interactions avec les autres sont plus fréquentes et significatives?.

La dernière étape du processus d'intervention développée par Witt, Ellis et Niles est l'évaluation post-traitement. Cette étape d'évaluation est entreprise plusieurs semaines, voire plusieurs mois après le diagnostic initial et consiste à repasser la série de tests et à comparer les résultats avec le premier test. Les résultats obtenus deviennent les nouvelles données qui font en sorte de reprendre ou non, d'ajuster ou de modifier les interventions auprès de la personne.

Synthèse

Witt, Ellis et Niles (1982) ont élaboré un processus d'intervention qui est fondé sur une approche psychologique du loisir. Cette approche est un essai qui vise l'actualisation, dans un contexte d'intervention de type éducatif, des dimensions théoriques relatives à l'expérience subjective du loisir. En plus de viser le développement de certaines compétences sociales et psychomotrices requises pour la pratique d'activités de loisir, les axes d'intervention visent l'atteinte d'un mode de fonctionnement « optimal » en loisir. Un continuum démontrant les bénéfices qu'apportent un haut niveau de perception de liberté en loisir est illustré.

L'évaluation des besoins est caractérisée par une série de mesures qui permettent d'établir un diagnostic en loisir. Des instruments complémentaires permettent de recueillir des informations supplémentaires relatives aux facteurs qui peuvent avoir un effet négatif ou positif sur le mode de fonctionnement en loisir de la personne. Une troisième sous-étape, facultative, consiste à rencontrer la personne, ses proches ou des intervenants pour valider, préciser, augmenter ou hiérarchiser les données recueillies.

La première étape du processus de planification de l'intervention précise, en fonction du diagnostic, des contraintes et préférences de la personne ainsi que les orientations de l'intervention. La formulation des buts et objectifs réfèrent à des critères qui ont été présentés. Cinq niveaux de stratégies, qui allient à la fois des interventions sur l'environnement et des interventions directes auprès de la personne, ont été présentés. Ces niveaux permettent de personnaliser, en termes de besoins et préférences, l'intervention et de cibler les efforts qui contribueront à l'atteinte des objectifs fixés, en l'occurrence d'un mode de fonctionnement optimal en loisir. Le counselling et l'éducation au loisir sont deux axes d'intervention privilégiés par les auteurs.

Le processus d'évaluation fait référence aux méthodes d'observations et de rencontres avec la personne. Les résultats de l'intervention sont évalués en fonction de l'atteinte ou non des objectifs. La planification d'une évaluation post-traitement, qui consiste à refaire la batterie de tests diagnostiques, complète l'ensemble de cette démarche de planification.

2.3.2 Une approche d'intervention basée sur l'acquisition d'habiletés en loisir.

A) Le cadre de référence

Le modèle d'intervention thérapeutique en loisir de Carol Ann Peterson et de Scout Lee Gunn est certes le plus connu sur le continent nord-américain. En effet, celui-ci est essentiellement le modèle de référence promulgué par l'organisme national qui représente les professionnels de l'intervention thérapeutique en loisir aux États-Unis (National Therapeutic Recreation Society).

Le modèle d'acquisition d'habiletés vise à *«faciliter le développement, l'expression et le maintien d'un style de vie en loisir approprié pour les personnes qui sont atteintes de limitations physiques, mentales, sociales ou émotionnelles»* (Gunn et Peterson: 1984:5). Les habiletés qui relèvent du domaine du développement humain (cognitif, physique, social,) sont des préalable pour l'engagement de la personne dans un style significatif de vie en loisir. L'acquisition de ces habiletés s'effectue selon un continuum de services, soit l'intervention thérapeutique, l'éducation au loisir, et la participation récréative (tableau 2.3). Ces services sont synthétisés au point B.

À ce modèle se greffe le processus de planification de Barbara C. Wilhite et Jean M. Keller (1992). Reprenant le cadre conceptuel développé par Gunn et Peterson (1984), Wilhite et Keller précisent quelques aspects du processus d'évaluation et de planification menant à la rédaction d'un plan d'intervention individualisé.

B) L'évaluation des besoins

Le processus d'évaluation de besoins proposé par les auteurs se subdivise en quatre étapes, il s'agit de la spécification de l'objectif et du contenu de l'évaluation, la sélection des instruments d'évaluation, la cueillette de données, la compilation et l'interprétation des résultats.

Pour recueillir les données nécessaires au développement d'un plan d'intervention et afin d'éviter la duplication d'information, les auteurs recommandent d'utiliser l'information déjà existante. Dans la mesure où l'information recherchée est inexistante, les auteurs suggèrent de spécifier l'objectif d'évaluation et le «contenu» d'évaluation. Wilhite et Keller précisent trois grands objectifs d'évaluation soit, évaluer le mode de fonctionnement de la personne dans divers environnements, identifier ce que la personne recherche dans son engagement en loisir et quelles sont les habiletés requises pour faciliter une participation active et autonome de la personne.

Pour Gunn et Peterson, le contenu relevant du domaine du loisir permet d'identifier plus spécifiquement:

Les habiletés fonctionnelles et les habiletés spécifiques requises lors de la pratique d'activités de loisir; l'information plus spécifique sur le mode de fonctionnement physique, social, cognitif, et émotionnel; les connaissances sur le loisir et sur la connaissance de soi; les compétences sociales pour interagir avec différentes personnes; les intérêts, les habiletés utilisées couramment, les aptitudes et attitudes en loisir, les talents, les besoins, l'expérience de vie, les capacités et déficiences; les croyances, les motivations, les attitudes (1984).

L'objectif d'évaluation des besoins est sélectionné en fonction des dimensions de la personne à documenter. Plusieurs sources pour recueillir l'information pertinente peuvent être consultées, la source principale étant la personne. Les autres sources sont essentiellement les méthodes d'observations, informelles et formelles (sur des aspects très précis), l'interview de la famille, ainsi que par le biais d'instruments d'évaluation, tels que la liste inventoriée¹⁷, les questionnaires d'intérêts, l'inventaire d'habiletés, les modes d'évaluation standardisée, et les documents officiels tels que l'histoire sociale ou médicale et les notes d'observation des professionnels.

¹⁷En anglais, checklist

La sélection d'un instrument d'évaluation doit respecter les critères de qualité qui déterminent si la méthode et les instruments permettent de recueillir l'information requises, tout en respectant la personne (ex. dans ses limites, résistance physique, mentale) et en étant pratique d'utilisation.

Pour effectuer la compilation et l'interprétation des résultats, les auteurs réfèrent aux procédures établies par la méthode ou l'instrument d'évaluation sélectionné. L'interprétation et les décisions concernant l'orientation de l'intervention sont fondées sur les résultats d'évaluation et le type de programme (thérapeutique, éducatif ou récréatif) tel que proposé par le modèle de Gunn et Peterson.

C) La planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention

Cette étape de planification comporte quatre sous-étapes, qui sont: la rédaction de buts et d'objectifs; la sélection d'un programme d'intervention; l'analyse, la sélection et la modification d'une activité et quatrièmement la gestion des ressources. À ces étapes, Wilhite et Keller ajoutent un processus pour établir des priorités parmi les besoins recensés.

Ces auteurs proposent d'analyser l'information recueillie précédemment pour déterminer les besoins qui sont à combler en priorité et pour identifier les intérêts et les forces qui peuvent contribuer à l'amélioration de cette situation. Pour établir les priorités, les auteurs se basent sur des niveaux de perceptions et de fonctionnements personnels ainsi que sur des consultations auprès des proches et de divers intervenants, plus particulièrement il s'agit:

- D'identifier les perceptions et les désirs de la personne.
- De mettre l'emphase sur les «limites de la personne» qui sont un préalable pour l'atteinte des autres compétences visées.

De rechercher une concertation auprès d'une équipe multidisciplinaire de professionnel de la santé et de la réadaptation, cette équipe inclut, dans la mesure du possible, des membres de la communauté (famille, amis,...).

La formulation des buts et des objectifs est l'étape qui confirme l'orientation de l'intervention. Trois catégories de buts et d'objectifs sont présentées par Gunn et Peterson. D'abord, la formulation de buts généraux qui par la précision d'un critère mesurable donne l'orientation générale à l'intervention.

La formulation d'objectifs à court et à long terme demeure une question propre à chaque établissement, puisque dans un établissement la norme pour du long terme sera de quatre mois alors que dans un autre centre elle sera d'un an. Selon les auteurs, le professionnel en loisir est davantage impliqué auprès des personnes qui poursuivent des objectifs à long terme. Une certaine précision est apportée pour les personnes dont les progrès sont à peine perceptibles, les auteurs conseillent de formuler des objectifs à court terme (objectif comportemental). Les qualités à rechercher dans la formulation des buts et objectifs sont:

- Les buts doivent être mesurables;
- Les objectifs à long terme sont séparés des objectifs à court terme (obj. comportementaux);
- Les objectifs comportementaux sont habituellement très spécifiques et décrivent les conditions ou critères requis pour transformer le but en un objectif comportemental mesurable;
- décrire les critères qui permettront d'évaluer les progrès de la personne (le temps, la forme, ...).

Les auteurs préconisent la présence de la personne comme membre actif et décisionnel dans l'élaboration des objectifs et des étapes de planification suivantes.

Suite à la formulation des objectifs, des activités et des stratégies d'intervention doivent être sélectionnées. La sélection des activités réfère à une activité spécifique ou à une série d'activités qui sont nécessaires pour l'atteinte de l'objectif visé. La sélection des stratégies réfère au style de leadership, d'intervention et de techniques d'intervention qui seront

utilisés. La sélection de ces stratégies s'effectue entre le traitement thérapeutique, des sessions d'éducation au loisir et une participation récréative. Voici une synthèse de chacun de ces programmes et des principaux rôles et stratégies de l'intervenant:

L'intervention thérapeutique concentre ses efforts sur l'acquisition d'habiletés fonctionnelles de base (ex. augmentation de l'attention et de la concentration pour une personne ayant de la difficulté à garder le contact avec la réalité, augmentation des compétences sociales pour une personne ayant des difficultés à entrer en contact avec autrui,...) qui sont essentielles à l'engagement de la personne en loisir et à la construction d'un style de vie significatif en loisir. Dans ce type de programme, le rôle de l'intervenant est véhiculé comme étant avant tout un thérapeute dont la tâche principale consiste à aider les personnes à acquérir les habiletés de base requises. Devant composer avec les limitations fonctionnelles restreintes qui sont une caractéristique des personnes se situant à ce niveau d'intervention, le «thérapeute en loisir» doit utiliser un niveau élevé de contrôle sur l'activité et offrir un degré de liberté restreint par rapport au choix de l'activité.

L'éducation au loisir axe plus particulièrement l'intervention sur le développement et l'acquisition d'une variété d'habiletés (skills), attitudes et connaissances qui sont susceptibles de contribuer à un engagement significatif de la personne dans la pratique d'activités de loisir de son choix. Favorisant la responsabilité et la participation active de la personne dans le processus d'éducation au loisir, les auteurs proposent quatre thématiques, soit,

- La connaissance du loisir dans son vécu (ex. bénéfices retirés de sa participation à des activités de loisir; capacité de faire des choix satisfaisants, attitudes positives dans son vécu en loisir...);
- Les habiletés liées aux interactions sociales (ex. coopération, formulation appropriés de requêtes, demandes, ...);

- Les habiletés liées à la pratique d'activités de loisir (ex. compétences nécessaires pour pratiquer diverses activités de loisir et pour sélectionner les types d'activités qui sont significatives,...);
- La connaissance des ressources offertes en loisir (ex. la connaissance des ressources communautaires disponibles), et en identifier l'accessibilité (ex. coûts, transport, heures d'ouverture).

Les auteurs, qui considèrent l'éducation au loisir comme la plus importante étape de l'ensemble du processus d'intervention en loisir, définissent les principaux rôles de l'intervenant en loisir comme ayant trait d'une part à l'éducation et à l'enseignement en ce qui se rapporte à l'apprentissage des habiletés en loisir et des compétences sociales. Un second rôle s'apparente au counselling puisqu'il consiste à assister la personne dans l'amélioration de sa compréhension du phénomène loisir dans son vécu et à accroître ses connaissances quant aux ressources en loisir.

La supervision d'une pratique autonome se caractérise par les objectifs qui visent en priorité l'atteinte d'une source de plaisir, l'expression de soi et la participation libre aux activités de loisir. Cette dernière phase du processus d'intervention thérapeutique telle que proposée par Gunn et Peterson illustre bien l'approche d'intervention qui se module en fonction des besoins de la personne et de sa situation. Les auteurs font ressortir le transfert de prise de décisions et des actions qui en découlent vers la prise en charge maximale des décisions et des actions par la personne.

Intimement liés à ce transfert, il est possible de déduire la modification des rôles de l'intervenant. Du thérapeute, à l'éducateur et au superviseur, ces rôles s'articulent de façon à promouvoir les compétences de la personne liées à son libre choix de participation et au contrôle inhérent à la nature et à l'intensité de sa participation. Lors de la participation de la personne dans les activités de loisir de son choix, le rôle de l'intervenant alterne entre un rôle

de «leader» qui encourage, supporte et renforce la participation de la personne et un rôle de superviseur qui oriente et motive la personne dans ses faits et gestes.

Wilhite et Keller précisent diverses techniques d'intervention qui facilitent le développement de compétences de la personne. Voici les principales auxquelles le professionnel en loisir se réfère:

- La *gestion du comportement*¹⁸ est fondé sur les théories d'apprentissage et engage l'utilisation systématique de stratégies et techniques variées pour changer les comportements indésirables de la personne. Les techniques font références, par exemples, au contrat comportemental, à l'utilisation de jetons, à l'analyse de tâches et d'habiletés, aux consignes verbales ainsi qu'à l'incitation physique;
- La stimulation *sensorielle*¹⁹ implique l'utilisation d'activités pour augmenter les perceptions sensorielles d'une personne. Dans ce types d'activités les cinq sens sont sollicités. Selon les auteurs, les clientèles visées par ce type d'activité font surtout référence aux personnes atteintes de problèmes de déficiences intellectuelles lourdes et aux personnes âgées;
- La *remotivation, la resocialisation et l'orientation dans la réalité*²⁰ sont des techniques d'intervention utilisées auprès de plusieurs types de clientèles comme les personnes qui ont des problèmes cérébro-vasculaire, les personnes qui sont en processus de transition entre l'institution et la communauté. Les techniques de remotivation et de resocialisation vise à promouvoir et à renouveler les champs d'intérêts de la personne et à créer des liens interpersonnels avec divers groupes de personnes. L'orientation dans la réalité axe surtout sur les dimensions espace, temps, objets de l'environnement;
- Les techniques de *relaxation* sont utilisées pour contribuer à la diminution du stress chez la personne;
- Les sessions d'*affirmation de soi*²¹ consiste à l'apprentissage de techniques qui mettent en valeur sa personnalité. Elles sont utilisées notamment auprès des personnes qui ont des problèmes de dépression, d'agressivité ou d'anxiété.

¹⁸En anglais, behavior management.

¹⁹En anglais, sensory training.

²⁰En anglais, remotivation, resocialization, and reality orientation.

²¹En anglais, assertiveness training.

La troisième étape du processus de planification qui permet mettre en opération le plan d'intervention individualisé s'avère une méthode systématique pour analyser, sélectionner, et, lorsque nécessaire, modifier une activité.

L'analyse de l'activité permet d'identifier les habiletés qui sont nécessaires pour optimiser les probabilités de succès liés à la participation de la personne aux activités de loisir. Pour Gunn et Peterson l'analyse de l'activité s'effectue par le biais de quatre dimensions du comportement humain, soit des domaines psychomoteur, cognitif, social et affectif. Wilhite et Keller complètent en ajoutant le domaine spirituel. Voici une synthèse des aspects plus spécifiquement analysés par les auteurs:

- Le *domaine psychomoteur* détermine le type de manipulation requis, le degré de mobilité, le degré de coordination des membres du corps et des yeux et finalement les niveaux de résistance, d'endurance, de force, de flexibilité qui sont requis pour la réalisation de l'activité.
- Le *domaine cognitif* considère le type de mémoire, le degré de concentration, les habiletés scolaires (lire, compter, écrire) qui sont sollicités lors de la réalisation de l'activité.
- Le *domaine social* analyse le degré de coopération ou de compétition, les occasions d'interaction entre les participants de sexe opposé et non handicapés. Détermine le degré de communication requis et les principaux types d'interactions qui sont susceptible d'intervenir (avec les participants, les responsables, l'environnement,...). L'analyse de ce domaine offre la possibilité de mieux comprendre les interactions sociales qui sont nécessaires pour assurer une participation avec un haut niveau de probabilité de succès.
- Le *domaine émotionnel (affectif)* est évalué à partir de six émotions de base. Essentiellement ce processus d'analyse porte sur l'identification des occasions que procure l'activité de générer de la joie, du plaisir et de l'amusement. Les autres aspects émotifs aussi pris en considération analysent le potentiel de culpabilité, la peine, la colère, la peur et les probabilités de frustration qui peuvent être présents dans le vécu d'une activité.
- Le *domaine spirituel* n'identifie pas seulement les croyances religieuses, mais aussi les occasions de prendre soin des autres, des possibilités de vivre des

expériences de beauté, de grandeur,... (expériences esthétiques) et d'atteindre une harmonie intérieure.

La sélection d'une activité spécifique ou d'une série d'activités est basée, non seulement sur l'analyse du potentiel de l'activité (étape précédente) en fonction de sa contribution à l'atteinte des objectifs, mais aussi sur les intérêts et compétences de la personne et ainsi que sur certaines caractéristiques de l'environnement de vie de cette personne. Pour sélectionner l'activité, les auteurs suggèrent de prendre en considération les aspects suivants :

- L'activité doit être appropriée à *l'âge* chronologique de la personne, de façon à être correspondant au cycle de vie de cette personne;
- L'intervenant doit porter une attention particulière au *nombre de clients* nécessaires pour la réalisation de l'activité et pour conserver un «ratio» d'encadrement adéquat;
- Les ressources, équipements et matériel requis à la réalisation doivent être disponibles et en bon état;
- La sélection de l'activité doit tenir compte des habiletés et compétences des intervenants;
- Finalement, l'évaluation de la possibilité que procure l'activité de transporter sur une longue période de temps les valeurs²² liées au style de vie en loisir que recherche la personne est considérée.

Pour les auteurs, les limites personnelles (manque de compétences, ...) et les contraintes (ex. manque matériel) présentées dans l'environnement ne sont pas des justifications suffisantes pour rejeter une activité. La reconnaissance de ces limites et contraintes permet de valider les besoins dégagés précédemment et les intérêts et compétences à développer.

Avant de rejeter une activité, les auteurs proposent un processus pour modifier l'activité sélectionnée. Cette étape peut prendre différentes formes, entre autres en modifiant:

²²En anglais, Carry over value.

- l'équipement ou le matériel (ex. modification d'une pièce d'équipement);
- les procédures et règles de l'activité (ex. allégeant une règle, le temps alloué);
- l'environnement (ex. rampe d'accès).

Dans les situations dont la modification de l'activité s'avère nécessaire, les auteurs suggèrent de respecter certaines règles dont voici les principales:

- Conserver le déroulement de l'activité et des actions le plus près possible des façons de faire originales.
- Modifier que les aspects de l'activité qui nécessitent des adaptations.
- Individualiser les modifications.

Comme dernière étape de planification les auteurs proposent d'identifier le nombre d'intervenants et le matériel requis pour la réalisation de l'activité. Cette étape s'effectue par des échanges lors des rencontres multidisciplinaires.

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation

Le chapitre traitant de l'évaluation de programme proposé dans le modèle de Gunn et Peterson est élaboré par Peg Connelly. Cette auteure propose un processus systématique de quatre étapes soit la sélection d'un modèle d'évaluation, l'analyse et l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport et finalement les suites à apporter au programme d'intervention. Ces étapes, présentées comme un « système continu » par Wilhite et Keller, visent à déterminer les progrès de la personne et le développement de son style de vie autonome en loisir.

Les auteurs distinguent deux types d'évaluation, l'évaluation formative et sommative. L'évaluation formative réfère à l'efficacité du processus et des efforts qui sont déployés lors

de la réalisation d'un programme d'intervention (thérapeutique ou éducatif). Celle-ci est utilisée en cours de réalisation du plan d'intervention pour modifier, ajuster et améliorer les services offerts à la clientèle. L'évaluation sommative évalue l'ensemble du programme, lorsque celui-ci est terminé. Les auteurs s'y réfèrent pour prendre les décisions concernant la continuité de l'intervention, les modifications à apporter au programme et pour décider de la cessation du programme. Dans les deux types d'évaluation les informations recueillies peuvent être quantitatives ou qualitatives. Ces deux types d'évaluation sont mis en opération par le biais de plusieurs modèles d'évaluation. Les professionnels en loisir sont conviés à sélectionner les modèles les plus pertinents aux types d'interventions et aux résultats escomptés. Voici une brève présentation de ces modèles:

- *L'évaluation comparative*²³ prend en considération la situation avant l'intervention et la situation à la fin de l'intervention. L'écart entre les deux détermine les indicateurs qui permettront d'établir un constat sur les acquis et forces de la personne ainsi que sur les faiblesses qui sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle intervention.
- *L'évaluation par focus*²⁴ se caractérise par son caractère «formatif», plutôt que «sommatif». Elle est utilisée plus particulièrement dans le programme d'intervention individualisé. Ce mécanisme fait ressortir et cible des données descriptives précises qui permettent d'identifier les forces et faiblesses les plus pertinentes au programme ainsi que d'apporter rapidement les mesures correctives qui s'imposent.
- *L'évaluation du processus*²⁵ et du contenu du programme d'intervention est utilisée pour évaluer les forces et les faiblesses du programme dans les opérations quotidiennes, puis d'y apporter les corrections qui vont permettre de l'améliorer. Les critères suivants sont plus spécifiquement considérés: la pertinence du contenu des activités, le processus d'intervention et d'interaction entretenu par les intervenants et les clients, la séquence des activités, la durée de temps, la disponibilité des ressources, le ratio d'intervenants en fonction du groupe de clients, les résultats et événements non planifiés et non anticipés.

²³En anglais, Discrepancy evaluation.

²⁴ En anglais, Utilization-focused evaluation.

²⁵En anglais, Evaluating program operations.

- *L'évaluation des performances de la personne* est l'élément clef du processus d'évaluation puisque celle-ci détermine la poursuite et la modification (s'il y a lieu) des stratégies d'intervention de façon à aider la personne à atteindre les changements de comportements et d'accroître les habiletés fonctionnelles ainsi que l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés escomptés par le support et sa participation à un programme de loisir. Connelly décrit deux façons pour recueillir les informations pertinentes d'évaluation. La première mesure les progrès du client par rapport à son vécu tout au long du déroulement de l'ensemble des sessions du programme. La seconde concerne les performances générales du client. Les informations concernant les mesures du progrès sont recueillies à partir des critères inclus dans les objectifs.

La cueillette de l'information est effectuée selon les paramètres exigés par les méthodes retenus. Par la suite, le processus d'analyse des données recueillies consiste essentiellement à regrouper et à synthétiser les données de façon à faciliter le déroulement de l'étape suivante, soit l'interprétation des données et les prises de décisions concernant l'amélioration ou la modification du programme.

Pour faciliter l'analyse du *mode de fonctionnement du programme*, les auteurs décrivent deux instruments spécifiques qui permettent de regrouper les données recueillies. Le premier instrument, sous forme de tableau, permet de compiler des données quantitatives telles les dates de rencontre, le nombre de personnes inscrites et le nombre de personnes absentes. Le second instrument compile des données qualitatives, essentiellement ces informations sont recueillies sur un tableau sous forme de notes d'observations portant sur des aspects tels les éléments problématiques rencontrés lors de l'application du programme et les modifications qui ont du être apportées. L'analyse des données recueillies pour ces deux instruments s'effectue à partir de données dégagées d'une échelle de mesure de Likert cotée de 1 à 5. La cote moyenne de chacun des aspects spécifiques du programme présente les forces et faiblesses. En fonction de la moyenne recueillie, d'autres analyses plus approfondies peuvent être entreprises.

Pour analyser *les performances du client*, résultant de sa participation à un programme thérapeutique ou éducatif en loisir, les auteurs préconisent l'utilisation d'une *grille établissant le profil du client*²⁶. Cette grille permet de compiler essentiellement les données concernant les performances du client selon les trois paramètres suivants: 1) la compilation du niveau d'habiletés acquises en fonction des objectifs du programme; 2) les résultats concernant l'atteinte des objectifs; 3) les progrès enregistrés face à l'amélioration des performances par le client lors de sa participation au programme de loisir.

Les données étant organisées et analysées, l'étape d'interprétation s'enchaîne de façon à prendre en compte spécifiquement les deux grandes dimensions évaluées. Cet exercice est complété par une interprétation amalgamant ces deux dimensions.

Dans une première étape d'interprétation, le *mode de fonctionnement du programme* tient compte de chaque aspect spécifique du programme (ex. nombre de participants (présences et absences), modifications apportées) pour en dégager les forces et les faiblesses. Les questions suivantes donnent l'orientation à cette partie du processus d'interprétation.

- Quelles sont les modifications qui ont dûes être apportées en cours d'application de ce programme? Quelle est la pertinence des modifications apportées lors de l'application du programme en fonction des orientations du programme initial?
- Lors de l'application, quel est le niveau de satisfaction concernant le programme d'activités, du processus et des ressources qui ont été retenus? Quelles sont les forces et faiblesses qui peuvent être dégagées concernant le contenu, le processus et l'utilisation des ressources de ce programme?
- Quelle est la nature de l'engagement du client et de l'intervenant dans ce programme? Quelles sont les forces et les faiblesses des résultats, événements qui ont été planifiés ou non?

²⁶En anglais, Client Profil Form.

La seconde étape du processus d'interprétation a trait aux *performances du client*. Une série de questions, respectant les paramètres énumérés dans la partie d'analyse, délimite l'orientation de ce processus. Voici ces questions et leur piste d'interprétation:

- Combien d'objectifs personnels poursuivis par le client ont été atteints? Combien de ces objectifs ont été atteints plus spécifiquement par le biais de ce programme?

Ce premier aspect interprète les objectifs qui démontrent peu ou aucun résultats positifs. Les objectifs qui démontrent plusieurs résultats non atteints démontrent une faiblesse du programme et orientent les mesures correctives à être entreprises.

- Quels sont les résultats et les progrès du clients dans sa participation à ce programme spécifique en loisir?

Le deuxième aspect concerne les résultats (ex. acquis d'habiletés) obtenus par le client. Ces résultats s'interprètent à l'aide du profil descriptif du client et par comparaison avec ses pairs en tenant compte de diverses caractéristiques (ex. l'âge, le handicap).

- Quelle est la contribution (forces et faiblesses; pertinence) du programme dans l'atteinte des résultats escomptés.

Le troisième aspect d'interprétation lié aux *performances du client* porte sur la planification des objectifs et des interventions en fonction de l'atteinte des objectifs et en l'occurrence des résultats escomptés. La précision ou l'ajout de d'autres objectifs doit alors être considérés en fonction des résultats obtenus. La considération des événements et résultats non-anticipés peut aussi permettre de réviser et de planifier les objectifs.

Finalement, le processus d'interprétation combine le mode de fonctionnement du programme et les performances du client. La vision globale qu'offre cette étape permet d'identifier les forces qui servent d'appui au programme d'intervention ainsi que les faiblesses auxquelles il s'avère prioritaire d'apporter des correctifs. La priorité est

accordée en fonction de sa contribution réelle à l'amélioration du programme, l'offre d'une réponse aux besoins de la personne et à la suite d'une concertation d'équipe.

Un rapport synthèse est rédigé à la suite de la réalisation des opérations d'évaluation décrites précédemment. Trois parties subdivisent ce rapport. La première partie introduit les motifs visés par cette évaluation et un bref historique du programme évalué. La deuxième partie propose une brève description des procédures utilisées, de la façon dont le programme a été mis en opération, de la période de temps couvertes et toutes autres informations concernant la mise en opération du programme. La suite de ce rapport est une interprétation des données d'évaluation recueillies et la formulation des priorités pour la modification du programme, s'il y a lieu.

La modification, s'il y a lieu, du programme est l'étape finale du processus d'évaluation. La modification est faite en fonction des conclusions dégagées par l'ensemble du processus d'évaluation et par les priorités retenues à la suite de l'interprétation des données évaluatives du plan d'intervention.

Synthèse

Pour « faciliter le développement, l'expression et le maintien d'un style de vie approprié », Gunn et Peterson (1984) proposent une approche d'intervention basée sur l'acquisition d'habiletés. Les habiletés relèvent des domaines du développement humain (cognitif, physique et social). Pour adapter l'intervention en fonction des besoins de chaque personne, un continuum de services est présenté. Les services thérapeutiques, éducatifs et de supervision d'une pratique autonome sont les étapes de ce continuum.

Le processus d'évaluation de besoins présente quatre étapes. La formulation d'un objectif d'évaluation permet de cibler les indicateurs qui devront être recueillis. La deuxième étape consiste à la sélection, à l'aide de critères de qualité, de mécanismes qui vont permettre de

recueillir l'information recherchée. La cueillette de données fait référence aux techniques d'interview, tests standardisés et approches d'observation. Divers instruments de compilation sont présentés. Finalement l'interprétation des résultats et les décisions en découlant font référence aux types de programmes tels que proposés par le modèle.

Pour planifier les orientations de l'intervention, trois catégories de buts et d'objectifs sont présentées. Les buts généraux et la formulation d'objectifs à court et moyen terme ainsi que des critères de formulation ont été proposés. La sélection de stratégies d'intervention et d'apprentissage fait référence aux trois programmes du modèle. Les stratégies et les rôles de l'intervenant sont présentés pour chaque programme. L'analyse, la sélection et, lorsque nécessaire, la modification d'une activité prend une dimension importante dans l'intervention en loisir. La sélection d'une activité est basée, non seulement sur l'analyse du potentiel de l'activité en fonction de sa contribution à l'atteinte des objectifs, mais aussi sur les intérêts et compétences ainsi que de certaines caractéristiques de l'environnement de la personne.

Cinq étapes composent le processus d'évaluation. La sélection d'un modèle d'évaluation fait référence à l'évaluation formative et à l'évaluation sommative. Ces deux types d'évaluation sont mis en opération par le biais de plusieurs modèles qui ont fait l'objet d'une présentation. Le processus d'analyse des données recueillies consiste essentiellement à regrouper et synthétiser les données de façon à faciliter l'interprétation des données et les prises de décisions concernant l'amélioration ou la modification du programme. Des instruments spécifiques permettent de regrouper les données ont été présentés. L'interprétation des performances du client s'évalue par l'atteinte ou non de l'objectif, par l'acquisition de nouvelles habiletés et par la précision des objectifs. L'interprétation du programme combine le mode de fonctionnement du programme aux performances du client. L'ensemble de cette étape permet d'apporter les correctifs nécessaires. La rédaction d'un rapport doit aussi être planifiée.

2.3.3 Une approche d'intervention en loisir basée sur une perspective sociale et d'écologie humaine.

A) Le cadre de référence

Le modèle d'intervention en loisir tel que proposé par Roxanne Howe-Murphy, professeur à l'Université de San Jose en Californie, et Becky G. Charboneau vise essentiellement à «maximiser la qualité de vie de la personne; à améliorer le fonctionnement en loisir de la personne ainsi qu'à promouvoir l'acceptation d'une personne ayant un handicap dans la communauté». Ces auteurs ont développé leur cadre d'intervention en loisir à partir de deux tendances, soit des grands principes de l'écologie humaine et des notions du système social.

Cette perspective d'intervention porte une attention spéciale sur la personne comme être global et unique, sur son environnement et sur les relations complexes d'interdépendances que cette dernière entretient avec son environnement. Pour guider l'application de ces principes les auteures font références aux fondements de la «normalisation». L'utilisation des critères de la normalisation et la considération des facteurs environnementaux qui composent le milieu de vie permettent, entre autres, de sélectionner des activités, services et d'orienter l'intervention de façon à favoriser l'intégration sociale des personnes dévalorisées.

Les programmes d'intervention individualisée en loisir sont élaborés en fonction d'un continuum de quatre phases de services. Les services spécialisés offerts dans le milieu clinique; les services spécialisés offerts dans les ressources de la communauté; les services partiellement intégrés offerts dans les ressources de la communauté et un support occasionnel auprès des personnes qui sont pleinement intégrées dans les ressources communautaires forment ces quatre phases.

B) L'évaluation de besoins

Pour les auteures, la personne et son environnement sont intimement liés. Le processus d'évaluation tel que proposé par Howe-Murphy et Charboneau (1987) se subdivise en trois parties, il s'agit d'évaluer les caractéristiques de la personne, de son environnement et les liens qui sont tissés entre les deux.

L'évaluation des besoins et des forces de la personne implique l'identification des intérêts face à la pratique d'activités spécifiques; l'identification de l'écart entre le niveau d'habiletés présent et désiré nécessaire à la pratique d'activités de loisir; la façon dont la personne occupe son temps libre; l'identification des motivations qui incitent la personne à s'engager dans un type d'activités spécifiques ainsi que l'observation des interactions sociales que la personne entretient avec son entourage.

Pour évaluer les besoins et les forces de la personne, diverses sources d'informations sont nécessaires. La consultation d'intervenants provenant de disciplines connexes, telles l'ergothérapie, l'éducation spécialisée peut permettre des échanges fort pertinents sur les caractéristiques de la personne, comme, par exemple, l'identification du niveau d'habiletés motrices de la personne, le niveau de développement comportemental (cognitif,...) et portant sur le niveau d'autonomie pour satisfaire les besoins de base (ex. manger, se laver).

Les auteures suggèrent l'utilisation des instruments de mesures développés par Witt et Ellis pour compléter la liste d'informations concernant l'évaluation de la personne. Ces instruments ont été présentés précédemment.

La seconde partie du processus d'évaluation identifie les caractéristiques de l'environnement les plus représentatives et significatives qui ont un impact direct sur la personne et qui sont nécessaires pour élaborer et soutenir l'intervention. L'identification de certaines contraintes

en loisir (ex. manque de mode de transport), la qualité du réseau social, les exigences du milieu (habiletés requises,...), en sont des exemples.

Pour recueillir les informations concernant le milieu familial les auteures suggèrent de rencontrer les intervenants de disciplines connexes, tels les travailleurs sociaux.

Des instruments sont proposés, il s'agit du PASS²⁷ qui, basé sur les principes de la normalisation, évalue la qualité de l'environnement. L'évaluation avec le AEBLE²⁸ évalue plus spécifiquement la façon dont un consommateur de services perçoit son environnement.

C) La planification et la formulation des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention.

Cette étape comprend deux sections de planification. La formulation des buts et objectifs et la planification des stratégies et techniques d'intervention.

Les buts sont rédigés de façon globale en fonction de résultats à atteindre sur une longue période de temps. Les objectifs découlent directement des buts. Plus spécifiquement, l'objectif est rédigé en terme de comportement à atteindre et doit préciser la durée de temps spécifique et les conditions particulières nécessaires à sa réalisation.

Le rôle actif de la personne dans le processus d'élaboration des objectifs est un préalable pour les auteures. Sa présence permet, notamment d'individualiser les buts et objectifs; de partager et clarifier les buts et objectifs avec le participant; d'identifier les objectifs à poursuivre qui sont acceptables mutuellement.

²⁷Program Analysis of Service Systems.

²⁸Assessment of Environmental Barriers to Leisure Experience.

Le mode de planification des stratégies proposé par Howe-Murphy et Charboneau repose sur trois dimensions spécifiques soit la personne, l'environnement physique et l'environnement social.

La planification des stratégies tenant compte de la personne vise principalement à assurer la continuité de l'intervention et de servir de moyen de communication entre l'intervenant et la personne et entre les autres intervenants. La planification tient compte des particularités de chaque personne, telles, son âge, ses croyances religieuses, sa culture, son ethnie, son niveau d'éducation, son statut socio-économique, son style de vie, et les valeurs de la communauté dans laquelle vit la personne. Quant aux modalités qui sont précisées c'est essentiellement l'identification de la fréquence des activités, de la durée, de l'adaptation du support, et des lieux de déroulement.

La prise en compte des caractéristiques physiques (ex. esthétique, sécuritaire) dans la planification d'une intervention individualisée vise à rendre ou à sélectionner des environnements aussi confortable, fonctionnel, satisfaisant, et positif que possible.

La considération et l'aménagement de l'environnement physique concernent tant la chambre à coucher de la personne (ex. en y disposant des photos de familles et autres objets significatifs pour la personne), le lieu de résidence (ex. un aménagement des lieux qui projette une image sociale valorisée par l'ensemble de la communauté), que la sélection de milieux de pratique d'activités qui favorisent notamment des relations sociales harmonieuses entre les participants et la communauté, ainsi que le développement de certaines compétences personnelles.

Pour les auteures, la participation active de la personne dans les activités communautaires doit se faire dans un environnement social qui favorise et supporte le développement des

comportements sociaux (ex. communication) ainsi que dans un atmosphère entraînant quant à la pratique d'activités.

Les auteurs proposent diverses stratégies d'intervention qui sont élaborées à partir des thématiques suivantes:

- Les stratégies liées à l'*équipe multidisciplinaire* repose sur la présomption que toute personne est dynamique, un tout, que le traitement doit être dynamique, continu et coordonné. La contribution des diverses disciplines est dans un contexte de complémentarité et de prise en charge partagée des interventions, cet aspect est d'une très grande importance pour les personnes dont les besoins sont multiples et complexes. La spécificité des disciplines oriente les stratégies.
- La *connaissance de soi* explore et augmente la compréhension des attitudes et ouvertures personnelles face au loisir, examine les relations importantes que la personne entretient avec son réseau social. Identifie les motivations et facteurs sociaux qui sont impliqués dans le choix, ou non, de la participation. Propose les critères pour reconnaître les comportements personnels et sociaux adéquats. Cet axe d'intervention vise l'exploration de la perception de soi et des attributions personnelles de succès et d'insuccès.
- La *prise de décisions* est directement reliée aux compétences personnelles qui favorisent l'acquisition de l'autonomie. Les auteures déterminent les paramètres suivants pour contribuer au succès des stratégies qui amènent la personne à prendre des décisions: connaître les occasions de loisir, avoir les compétences sociales de base pour vivre des activités de groupe; avoir un bon degré de connaissance de soi; connaître les résultats probables pouvant être obtenus par diverses options.
- Le *développement d'habiletés en loisir* implique l'engagement de la personne dans une activité. Cette activité doit être sélectionnée en fonction du désir de la personne; de sa valorisation par un groupe social ou de la communauté; de ses possibilités de valoriser l'image sociale de la personne; augmenter les sentiments de savoir-faire de la personne, augmenter ses compétences personnelles.

Les auteurs font références aux grands principes d'intervention qui sous-tendent les stratégies de généralisation des habiletés acquises, en voici l'essentiel:

- Plus les activités sont significatives pour la personne, plus les possibilités de transfert sont augmentées. (liberté de choix)

- Les activités qui sont vécues de façon ségréguée doivent présenter l'environnement le plus similaire possible de l'environnement de réalisation d'une telle activité se déroulant dans un milieu non-ségrégué.
- Effectuer la généralisation des compétences dans un vécu global, plutôt qu'en ciblant la généralisation d'une compétence spécifique.
- Offrir un programme d'activités qui maximise les possibilités d'accroître la confiance et les compétences de la personne.
- Offrir un programme de généralisation de compétences qui augmente graduellement les niveau de difficultés des tâches à effectuer.

Pour rejoindre ces grands principes, les auteures considèrent les possibilités de modifier les activités sélectionnées. Les principes proposés sont similaires aux principes décrits précédemment dans le modèle de Gunn et Peterson.

Les stratégies pour développer les *habiletés sociales* de la personne proposées par les auteurs sont essentiellement centrées sur les approches comportementale. Approches qui utilisent, entre autres, les consignes verbales et l'imitation de comportements.

Howe-Murphy et Charboneau décrivent divers éléments qui doivent être pris en considération dans l'élaboration des stratégies qui visent à faciliter l'*intégration et les interactions sociales* de la personne. Ces éléments sont:

L'environnement physique, l'environnement social, la structure et les buts du programme, les prédispositions de la personne, la prédisposition des parents, la terminologie liée à l'identification des participants, le contenu du programme et les attitudes du personnel

D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation

Trois étapes composent le processus d'évaluation, soit, l'évaluation formative, sommative et le suivi des participants. L'évaluation formative permet d'effectuer des ajustements concernant, notamment, l'efficacité, la relation d'aide et les lieux de pratique qui pourront mieux soutenir l'intervention lors de son actualisation.

L'évaluation sommative s'effectue à la fin de la période de temps prédéterminée pour l'ensemble des interventions. Les objectifs sont fondamentalement les critères d'évaluation. L'évaluation de l'intervention vise dans un premier temps à identifier les progrès de la personne dans son mode de fonctionnement en loisir. Les comportements sociaux, les sensations personnelles, l'augmentation de la compétence et du contrôle perçus, la motivation intrinsèque en sont des indicateurs de premier plan.

Comme second aspect de l'évaluation sommative les résultats, processus de l'ensemble de la démarche individualisée sont analysés. Finalement, les auteures accordent une grande importance dans le suivi des services accordés à la personne. Dans le modèle proposé, il est possible de recenser les situations suivantes:

- Offrir un suivi de la personne lors de sa transition entre les services qui lui sont offerts.
- Assister la personne à faire la généralisation de ses compétences dans divers milieux.
- Offrir un suivi dans le transfert d'un programme individualisé vers un programme tenant compte de l'environnement du milieu de vie de la personne et impliquant diverses personnes.
- Assister la personne dans son insertion aux ressources disponibles dans son milieu de vie.

Synthèse

Howe-Murphy et Charboneau (1987) ont développé un cadre d'intervention à partir de principes de l'écologie humaine et des notions du système social. Les fondements, du type d'intervention que préconisent ces auteures, reposent sur une conception de la personne comme étant un être unique et global qui entretient des liens complexes d'interdépendances avec son environnement. Fondés sur l'amélioration des compétences et l'augmentation de l'image sociale de la personne, les principes de la « normalisation » guident l'application de ces principes. Plus particulièrement, ceux-ci sont utilisés pour sélectionner des stratégies d'interventions, des types d'activités et des lieux de pratique d'activités qui sont valorisés par l'ensemble de la communauté.

Le processus d'évaluation propose de déterminer les caractéristiques de la personne, de son environnement et des liens qui sont tissés entre les deux. Diverses sources d'information sont recensées.

En fonction des données recueillies des buts et objectifs sont rédigés, des critères sont présentés. La participation de la personne est préconisée. La planification des stratégies tient compte de trois paramètres. D'abord, les stratégies tenant compte de la personne visent à assurer la continuité de l'intervention et la coordination entre les différentes personnes impliquées. Puis, la prise en compte des caractéristiques physiques visent à rendre l'environnement adéquat et satisfaisant. Finalement, l'environnement social est considéré sous l'angle du développement de comportements sociaux valorisés. Diverses stratégies sont présentées. Parmi celles-ci la généralisation des compétences revêt une importance toute particulière car elle facilite, entre autres, l'interaction et l'intégration sociale.

L'évaluation formative, sommative et le suivi des participants permet d'effectuer les ajustements concernant les orientations et stratégies d'intervention.

Synthèse des plans d'intervention individualisés en loisir.

Cette revue de la littérature concernant les plans d'intervention individualisés en loisir s'est appuyée sur trois modèles. De ces modèles se dégagent quelques constantes. D'abord, tous les modèles s'inspirent du mandat prioritaire du professionnel en loisir comme étant celui d'aider la personne à développer, exprimer et maintenir un style de vie personnalisé, autonome et significatif en loisir. Howe-Murphy et Charboneau (1987) précise une seconde finalité qui s'intéresse à éliminer ou à minimiser les contraintes qui restreignent l'atteinte de ce but. Cette orientation générale d'intervention en loisir peut permettre au professionnel en loisir de s'intégrer dans les efforts déployés par la personne et par son réseau de support immédiat (ex. professionnels, famille) pour atteindre une intégration dans la vie sociale et économique de tous les jours.

Le processus d'évaluation de besoins s'articule autour de cinq grandes étapes. Gunn et Peterson (1984) précisent les quatre premières comme la spécification des objectifs et du contenu de l'évaluation, la sélection d'instruments d'évaluation, la cueillette des données ainsi que la compilation et l'interprétation des données. Witt, Ellis et Niles (1982) suggèrent comme étape complémentaire de rédiger un diagnostic en loisir.

Divers objectifs d'évaluation peuvent être recensés. D'abord, Wilhite et Keller (1992) en précisent trois soit d'évaluer le mode de fonctionnement de la personne dans divers environnements, identifier ce que la personne recherche dans son engagement en loisir et quelles sont les habiletés requises pour faciliter une participation active et autonome de la personne. Howe-Murphy et Charboneau proposent aussi de déterminer les caractéristiques de la personne, mais ces auteures portent une attention toute particulière à l'environnement physique et social de la personne et ainsi qu'aux modes d'interaction qui sont entretenus entre les deux. Selon les axes sélectionnés plusieurs indicateurs (ex. intérêts, motivation, occupation de temps, ...) peuvent être recensés. Diverses sources d'information peuvent être consultées, la personne étant la source principale, ses proches, divers dossiers médicaux

en sont des exemples. Différents instruments sont recensés. Parmi ceux-ci, Witt et Ellis ont présenté des instruments « diagnostiques » fondés sur la liberté perçue. Les procédures de compilation et d'interprétation font référence aux instruments sélectionnés. La dernière composante de cette étape est proposée par Witt et Ellis. Ces auteurs recommandent de formuler un diagnostic en loisir. Différent du diagnostic médical, tout en pouvant lui être relié, le diagnostic en loisir est spécifique aux problèmes qui peuvent être diagnostiqués et traités par un professionnel formé en loisir. À titre d'exemple, le diagnostic en loisir peut déterminer certaines incapacités concernant les habiletés fonctionnelles, le fonctionnement social et les habiletés de communication nécessaires à la pratique d'activités de loisir.

Les processus de planification proposés dans cette catégorie de modèle de plan d'intervention individualisé peuvent se ramener à quatre étapes. Dans un premier temps, la hiérarchisation de besoins fait références à divers processus menant parfois à une certaine confusion. Pour Witt et Ellis, leurs instruments d'évaluation permet de dégager « les faiblesses de la personne » et inviter à les approfondir. Pour ce même exercice, Wilhite et Keller se basent sur divers niveaux, tels que les limites ou les perceptions et désirs de la personne. Et finalement, pour Howe-Murphy et Charboneau la hiérarchisation des besoins s'effectue implicitement selon les résultats obtenus par la cueillette d'information. La seconde étape a trait à la formulation des buts et objectifs. Celle-ci fait référence à plusieurs critères qui ont été recensés. Pour Howe-Murphy et Charboneau, les stratégies d'intervention sont planifiées en fonction de trois paramètres, soit la personne, l'environnement physique et social de celle-ci et selon la perspective globale de ces deux niveaux réunis. Le premier axe tient compte des particularités de chaque personne, le deuxième vise à rendre l'environnement confortable, sécuritaire, engageant. La considération de l'environnement social a trait, entre autres, aux relations sociales harmonieuses et au développement de certaines compétences pour les personnes. Les deux premiers axes sont plus particulièrement partagés par l'ensemble des auteurs consultés. Les éléments stratégiques pour Gunn et Peterson font référence à un des trois programmes qui caractérise

leur approche, soit l'intervention thérapeutique, éducative ou le support à la pratique récréative. Ces programmes ont été présentés. L'analyse d'une activité complète ce processus d'identification des stratégies. Tous les modèles de plan d'intervention individualisé en loisir consultés dans cette recension font référence au processus de Gunn et Peterson. L'analyse de l'activité permet, notamment, d'identifier les habiletés qui sont nécessaires pour optimiser les probabilités de succès, liés à la participation de la personne aux activités de loisir. Les dimensions du comportement humain, soit les domaines psychomoteur, cognitif, social et affectif servent de références de base pour structurer cette analyse. Finalement l'identification des ressources complète l'ensemble du processus de planification.

L'identification de critères et la planification des mécanismes d'évaluation se situent dans un contexte qui s'intéresse tant aux résultats et au processus d'un programme qu'aux ajustements et modifications à apporter aux services. Comme première étape de ce processus, les modèles de Gunn et Peterson et Howe-Murphy et Charboneau proposent de sélectionner un modèle d'évaluation, soit, l'évaluation formative ou l'évaluation sommative. Des techniques et procédures découlent de cette sélection. Celles-ci ont été présentées. La cueillette de l'information est compilée sur des grilles ou autres tableaux d'observation. Trois niveaux d'analyse et d'interprétation sont retenus par Gunn et Peterson. D'abord il s'agit d'analyser le mode de fonctionnement du plan d'intervention individualisé, puis dans un second temps les performances du client. Le troisième niveau combine les deux niveaux précédents et dégage une vision globale qui permet d'identifier les forces qui servent d'appui au programme d'intervention ainsi que les faiblesses auxquelles il s'avère nécessaire d'apporter des correctifs. Les suites à donner au plan ont trait à la modification, la continuation ou à cesser les interventions. La rédaction d'un rapport officialise l'ensemble de cette démarche et favorise l'actualisation des ajustements concernant les orientations et stratégies d'intervention.

Chapitre Trois

Les composantes d'un plan d'intervention individualisé en loisir pour le milieu de la santé mentale

Introduction

Le second chapitre a présenté huit modèles de plans d'intervention individualisés dégagés des écrits de 27 auteurs. Les modèles sont présentés selon trois regroupements: des approches de réadaptation physique incluant le nursing, de réadaptation psychosociale incluant la réintégration sociale, et finalement d'intervention thérapeutique en loisir. Pour chacun de ces regroupements, des modèles de plans d'intervention individualisés sont présentés selon quatre dimensions, soit A) les cadres de références des modèles de plan d'intervention individualisé, B) l'évaluation de la personne et de son environnement, C) la planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention et D) l'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation.

Le chapitre trois poursuit deux objectifs. Le premier consiste à effectuer une synthèse analytique de l'ensemble des modèles présentés dans le second chapitre. Le second objectif vise à présenter un modèle de plan d'intervention individualisé en loisir pouvant être utilisé dans le domaine de la santé mentale.

3.1 Synthèse et analyse des modèles de plan d'intervention individualisé

A) Les cadres de référence des modèles de plans d'intervention individualisés

La conception de la personne et les fondements de l'intervention sont les composantes du cadre de référence qui permettent notamment de définir les priorités d'intervention, les modes d'intervention et les responsabilités des partenaires impliqués. Dans cette partie, ces composantes sont synthétisées, puis analysées.

Une approche globale de la personne et de son environnement

Pour chaque dimension, les principales composantes des modèles de plans d'intervention sont illustrées sur des tableaux.

Tableau 8: Présentation des auteurs selon les regroupements de modèles de plan d'intervention

<i>Réadaptation physique et nursing</i>	<i>Réadaptation psychosociale et réintégration sociale</i>	<i>Loisir</i>
A) Bizier (1992)	C) Côté, Pilon, Dufour, Tremblay (1989) et Montreuil et Magerotte (1994)	F) Witt, Ellis et Niles (1982)
B) L'Institut de Réadaptation de Montréal (1995) et Le Centre de réadaptation InterVal (1997)	D) Fraser et Labbé (1993) et et Wilson-Whetstone (1991) et Goupil (1991)	G) Gunn et Peterson (1984) et Wilhite et Keller (1992)
	E) Liberman (1991)	H) Howe-Murphy et Charboneau (1987)

Le Tableau 8 propose l'appartenance des auteurs aux types d'intervention. Les lettres, de A à H, inscrites dans la partie droite de l'en-tête correspondent aux auteurs.

Le chapitre deux a présenté diverses façons de concevoir la personne qui reçoit des soins de santé ou qui est accompagnée dans sa démarche d'intégration sociale. Le Tableau 9 synthétise les principaux fondements qui caractérisent ces conceptions de la personne.

Tableau 9: Conception de la personne qui reçoit des soins de santé ou qui est accompagnée dans sa démarche d'intégration sociale

<i>Conception de la personne</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
Être ayant des dimensions biopsychosociales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Être avec son individualité.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Être qui tend vers l'indépendance, l'autonomie.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Être ayant un potentiel de développement.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Être en interdépendance avec son environnement.	✓	✓	✓	✓				✓
Être ayant le droit de participer activement à la vie sociale et économique de la communauté.			✓	✓				✓

Ce tableau montre que les auteurs partagent une certaine vision de la personne. La considération de la personne comme un être unique, multidimensionnel ayant un potentiel de développement pour tendre vers son indépendance sont les éléments qui font consensus. La reconnaissance du droit de la personne de participer activement à la vie sociale et économique de la communauté caractérise les modèles d'inspiration de réadaptation psychosociale. Cette reconnaissance permet d'envisager des perspectives d'intervention centrées sur l'intégration et le maintien de la personne dans les activités partagées et valorisées par l'ensemble de la communauté.

Dans tous les modèles retenus, la personne est considérée par rapport à ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Un des impacts majeurs d'une telle approche est

d'élargir les visions généralement stratifiées, compartimentées et réductionnistes des approches qui focalisent plus particulièrement sur une seule dimension de la personne. La considération des liens intimes entretenus entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales tient compte d'une réalité plus systémique et englobante des niveaux d'organisation de la personne et de son environnement. Par une telle approche, la personne peut donc être considérée tant dans ces dimensions neurophysiologiques que dans la signification socioculturelle de son comportement.

Dans le système des soins et services en santé mentale, la conception de la personne qui tient compte des dimensions biopsychosociales revêt une importance toute particulière puisqu'elle est à la base de l'évaluation diagnostique de laquelle découle les traitements psychopharmacologiques et l'intervention en réadaptation psychosociale. Toutefois, cette conception doit être resituée dans une vision « plus appliquée » pour être en mesure de planifier et de réaliser l'intervention. Divers postulats ont pu être recensés.

Le premier a trait à l'unicité de la personne. Ce postulat situe au premier plan les besoins individuels et permet de centrer les interventions de façon à personnaliser les services en fonction des besoins, intérêts et autres forces de chaque personne. Ce postulat, reconnu par la Politique de Santé Mentale (MSSS, 1989) et la Politique de Santé et de bien-être (MSSS, 1992), revêt une signification bien actuelle dans les préoccupations qui visent à offrir une réponse adaptée aux personnes. Pour la majorité des auteurs consultés, miser sur l'unicité fait aussi référence au respect de la personnalité, à la façon de vivre et aux liens que chaque personne entretient avec son environnement. C'est également miser sur les capacités de la personne d'offrir son point de vue, ainsi que de favoriser sa participation et celle de ses proches, dans la définition des services requis pour le recouvrement de son état de santé ou pour faciliter son intégration à la vie communautaire.

D'autres postulats, partagés par l'ensemble des modèles consultés, considèrent la personne comme un être qui tend vers l'indépendance et l'autonomie. Ces postulats présument que la personne est un être compétent ayant la capacité d'améliorer, à son rythme, son niveau de fonctionnement. Les auteurs s'accordent à dire que le développement ou le maintien des capacités et des responsabilités de la personne nécessitent parfois un soutien et des encouragements des professionnels ou des proches de la personne pour permettre à celle-ci de prendre l'initiative de sa propre réadaptation et pour améliorer sa condition de vie.

Ces postulats sont consolidés par la reconnaissance des droits de la personne. La considération de la personne comme un être ayant des droits est relativement nouvelle en santé mentale. Telle que présentée au chapitre un, cette considération fait suite à une évolution de la conscience sociale, à l'évolution des traitements psychopharmacologiques et d'intervention en réadaptation psychosociale, à la sensibilisation et aux revendications des mouvements communautaires et des sympathisants à la cause des personnes ayant des incapacités et déficits importants (ex. déficience intellectuelle, en santé mentale avec des problèmes sévères et persistants) ainsi qu'aux politiques et aux lois, notamment, celle issue du Ministère québécois de la Santé et des Services Sociaux (1992).

L'intégration de ces postulats dans une conception de la personne agit sur différents plans. Faisant référence à une vision globale qui tient compte de l'interaction des différentes dimensions de la personne, Gariépy (1993) résume ainsi un changement profond de culture organisationnelle dans le domaine de la santé. En regardant « la personne dans sa globalité et plus spécifiquement, en fonction de son bagage diversifié de compétences, cette approche nous permet de transcender la maladie pour situer l'individu dans un rôle actif, ne le restreignant pas à être simple usager d'un établissement » (:114). La personne est alors considérée non pas comme un sujet sur qui on intervient, mais comme un individu associé, et même responsable de la démarche de recouvrement de son état de santé ou d'intégration sociale. Cette orientation reconnaît notamment le droit de la personne et de ses proches à

participer dans les décisions qui la concernent. Le plan d'intervention individualisé est un mécanisme privilégié de concertation et de participation. La reconnaissance des droits, et ce peu importe le degré ou la sévérité des déficits ou incapacités de la personne, implique aussi une reconnaissance du «... droit à une vie sociale qui lui permet (à la personne) de sauvegarder un sens de la dignité, une autonomie, une estime de soi et les moyens de développer ses talents » (Tessier et Clément, 1992:13). Pour le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1992, art.1) comme pour bon nombre d'approches dans le domaine de la réintégration sociale et de la réadaptation psychosociale, cette reconnaissance des droits doit de façon ultime permettre à la personne de jouer des rôles sociaux valorisés par l'ensemble de la société.

Le cinquième postulat, exprimé par quelques auteurs, évoque une conception de la personne comme étant un être en interdépendance avec la collectivité. La focalisation portant sur les interactions de la personne avec son environnement offre une perspective nouvelle de compréhension de la personne et d'intervention auprès de celle-ci et de son environnement. Pour le RIPPH (1997), la notion de handicap, généralement attribuée à la personne, demande à être reconsidérée dans une perspective qui perçoit le handicap comme n'étant plus la conséquence directe et inéluctable des déficiences ou d'incapacités caractéristiques de la personne. Pour le RIPPH (1997), il faut considérer « la situation de handicap comme la réduction de la réalisation des habitudes de vie (activité quotidienne ou rôle social valorisé) résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles) » (:26).

Cette focalisation portant sur l'interaction des facteurs personnels et des facteurs environnementaux remet en question la pertinence d'intervenir uniquement sur la personne présentant des incapacités ou déficits importants pour l'aider à devenir autonome et à s'intégrer socialement (Rocque, Langevin et Belley, 1996). La considération de cette

interaction constitue une piste prometteuse pour soutenir l'intervention dans les défis de réintégration sociale des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale. En effet, quand les éléments environnementaux susceptibles d'être des facteurs d'obstacles sont bien identifiés, il est possible d'intervenir pour les éviter ou pour les contourner. En agissant ainsi, les situations de handicap sont réduites, voire éliminées (Rocque, Langevin et Belley, 1996).

Fondements de l'intervention

La conception de la personne ne peut orienter à elle seule le processus de planification, de réalisation et d'évaluation de l'intervention. Chaque profession ayant ses champs d'intervention spécifiques et par le fait même ses champs d'intervention prioritaires, il est possible de dénoter des spécificités dans les fondements d'intervention.

Tableau 10: Fondements de l'intervention

Fondements de l'intervention	Réintégr. physique		Réadaptation psychosociale			Loisir		
	A	B	C	D	E	F	G	H
Atteinte d'une qualité de vie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Valorisation des Rôles Sociaux, Intégration sociale, Habitudes de vie		✓	✓	✓	✓			✓
Atteinte d'une expérience optimale (loisir)						✓		✓
Autonomie personnelle (dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux)	✓							
La diminution de la vulnérabilité au stress					✓			

Le Tableau 10 montre que les auteurs font tous référence à l'atteinte d'une qualité de vie. Toutefois, il est possible de constater que l'atteinte d'une qualité de vie revêt plusieurs significations qui se modulent selon la spécificité des champs d'intervention. L'atteinte, par la personne, d'un rôle valorisé par l'ensemble de la communauté et la reprise ou le maintien

des habitudes de vie constituent une cible privilégiée par les auteurs en réadaptation psychosociale. Dans le domaine de l'intervention thérapeutique en loisir, les finalités de l'intervention recherchent l'atteinte et le maintien d'un état de santé optimal ainsi de contribuer à l'atteinte d'une expérience subjective optimale, caractérisée notamment par un haut niveau d'enjouement et d'engagement dans l'activité. Quant au modèle nursing, le but est d'assurer l'atteinte de l'indépendance personnelle dans la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux. Finalement, pour Liberman (1991) la finalité de l'intervention est de permettre le développement de compétences qui vont agir comme facteurs protecteurs nécessaires pour diminuer la vulnérabilité au stress de la personne.

Poursuivant un même but, l'atteinte d'une qualité de vie, les modèles de plans d'intervention individualisés démontrent une organisation différente des actions et des rôles. Pour les modèles relevant de l'approche de la réadaptation physique, l'intervention se focalise de façon à répondre principalement à des besoins physiologiques et de sécurité de la personne. La réponse à de tels besoins implique des actions rapides et souvent prioritaires et ce dans le plus court délais de temps possible. Cette perspective référant principalement aux besoins d'assistance et aux besoins de soins, impliquant des rôles de soignants et d'experts pour les intervenants et un rôle de bénéficiaire de services pour les « personnes soignées ». En contre partie, les buts poursuivis par les modèles d'inspiration de la réadaptation psychosociale s'intéressent plus particulièrement à l'amélioration ou au maintien des relations interpersonnelles, des compétences liées aux activités de la vie quotidienne (ex. manger, soins personnels), de sa pratique d'activités de loisir et des autres habitudes de vie. De tels buts commandent une vision à long terme de l'intervention impliquant plus précisément des rôles d'accompagnateurs qui supportent la personne dans son cheminement.

Privilégiant des buts qui visent à faciliter le « développement, l'expression et le maintien d'un style de vie significatif en loisir », les modèles en loisir s'inscrivent dans le champ de la réadaptation psychosociale.

L'ensemble de ces buts doit pouvoir assurer la continuité et la complémentarité de l'intervention. Le modèle de Liberman (1991) offre un apport intéressant dans le contexte de la réadaptation psychosociale puisqu'il crée un rapprochement et une complémentarité entre le traitement médical et l'intervention destinés à soutenir les personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale.

B) L'évaluation des facteurs personnels et environnementaux

La démarche d'élaboration du plan d'intervention individualisé est tributaire de la conception de la personne puisque cette conception déterminera le sort qui lui sera réservée dans le traitement futur. Elle influence également le premier contact avec la personne que l'on identifie souvent à l'évaluation globale.

L'évaluation des facteurs personnels et environnementaux a pour objectif d'identifier autant la nature des besoins de la personne et de ses forces que les principales particularités de son environnement. Sept opérations interreliées sont plus particulièrement synthétisées et analysées, soit: 1) l'identification des objectifs d'évaluation, 2) l'identification des indicateurs des forces et des besoins personnels et environnementaux, 3) les sources et les instruments de cueillette, 4) la compilation de l'information nécessaire pour constituer le bilan de la situation de vie de la personne, 5) l'analyse et l'interprétation des données, 6) la priorisation des besoins de façon à identifier les axes qui feront l'objet de l'intervention et finalement 7) la rédaction d'un diagnostic.

1) L'identification des objectifs d'évaluation des forces et besoins de la personne

Cette étape permet de cibler les champs d'information nécessaires pour établir le profil recherché de la situation de vie de la personne. Toutefois, l'identification des objectifs d'évaluation est une étape peu documentée dans les modèles consultés. Chaque institution et chaque auteur ayant ses propres façons de faire, cette étape du processus peut-être intégrée dans une démarche clinique dont les mécanismes précisent indirectement les objectifs d'évaluation.

L'identification des objectifs de l'évaluation est présentée ici comme une étape distincte. D'abord, elle sert à dégager deux grandes catégories d'évaluation, soit l'évaluation globale et l'évaluation spécifique. Puis, elle permet de systématiser cette étape dans le processus de planification du plan d'intervention individualisé en loisir.

Tableau 11: Identification des objectifs de l'évaluation des facteurs personnels et environnementaux

<i>Objectifs de l'évaluation</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>A) Évaluation globale de la personne</i>				<i>x</i>		<i>x</i>	<i>x</i>	
<i>B) Évaluation spécifique</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
Niveau de fonctionnement actuel (fonctionnel et système organique, caractéristiques personnelles, forces-faiblesses, aptitudes)	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
Identification de caractéristiques de l'environnement physique et social de la personne.	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
Identification des causes des problèmes de santé, de comportements (excès, déficits), de l'atteinte de l'intégrité sociale ou de la dévalorisation de la personne.	<i>x</i>	<i>x</i>		<i>x</i>	<i>x</i>			
Niveau de fonctionnement désiré (compétences d'ordre cognitif, physique, sociale, spirituelle, les désirs, projets)			<i>x</i>	<i>x</i>			<i>x</i>	
Évaluation des habitudes de vie.		<i>x</i>						

Le Tableau 11 représente deux niveaux d'évaluation. L'évaluation globale à laquelle trois auteurs font référence, tente de préciser une perspective d'ensemble de la situation de vie d'une personne. L'évaluation spécifique, partagée par l'ensemble des auteurs, s'intéresse plus particulièrement au mode de fonctionnement actuel de la personne selon ses caractéristiques organiques et selon ses compétences personnelles. L'identification de facteurs environnementaux (ex. réseau social, ressources disponibles) est un second volet partagé par l'ensemble des auteurs. Certains modèles vont de plus entreprendre des démarches pour identifier les causes potentielles des problèmes de santé ou des comportements déviants. D'autres vont s'intéresser à l'identification d'un niveau de fonctionnement désiré par la personne et son entourage. Finalement, les modèles fondés sur le RIPPH vont évaluer de façon plus spécifique les habitudes de vie.

Généralement, l'évaluation globale fait référence à la cueillette d'informations concernant les caractéristiques d'une personne et de sa situation de vie lorsque celle-ci est admise dans les services de l'institution de santé. Cette cueillette est réalisée, de manière systématique par un représentant de l'équipe interdisciplinaire, directement auprès de cette personne et, s'il y a lieu, auprès de ses proches. Il s'agit d'établir un profil multidimensionnel de la situation actuelle de la personne. Cette étape d'évaluation comprend des informations générales relevant des domaines clinique et social, tels l'état de santé, la prise actuelle de médication, les capacités et incapacités de la personne et des caractéristiques de son entourage qui peuvent aider ou restreindre les performances de la personne dans le recouvrement de son état de santé et dans l'atteinte et le maintien de ses habitudes de vie et de ses rôles sociaux et professionnels valorisés. Il est important de remarquer que les procédures d'évaluation propres à chaque discipline ne sont pas toutes mises en oeuvre à cette étape du processus d'intervention. Elles sont plutôt partiellement actualisées en fonction de compléter l'information préliminaire manquante (ex. test médical concernant un malaise à un bras, test psychologique pour connaître si la personne a une déficience intellectuelle,...). L'information recueillie et traitée à cette étape d'évaluation oriente l'offre de services.

Ainsi, se doter d'une vision générale (et non fragmentée) des besoins et des forces d'une personne avant de planifier les activités visant le recouvrement de ses besoins s'inscrit dans un processus clinique efficace. En effet, en se référant à une telle vision, il est possible de répondre à un plus grand nombre de besoins tout en évitant de multiplier les services et ainsi d'identifier la complémentarité de plusieurs programmes spécifiques.

L'information initiale recueillie dans le profil général doit être régulièrement approfondie pour que les intervenants puissent sélectionner et appliquer les moyens d'intervention les plus adaptés à la situation et conséquemment de contribuer significativement à l'atteinte des résultats désirés. Les techniques d'intervention étant spécifiques à chaque discipline, des évaluations distinctes et plus précises peuvent alors être nécessaires. C'est à cette occasion qu'un second niveau d'évaluation systématique et organisé pour recueillir de l'information complémentaire aux données déjà recueillies peut être utile à l'intervenant qui désire rendre plus significatif et individualiser les services offerts à la personne. L'objectif de l'évaluation spécifique est de mieux connaître et mieux comprendre non seulement les forces de la personne et ses principaux champs d'intérêts, mais aussi de mieux cibler les besoins dans un aspect du fonctionnement de la personne et d'avoir une compréhension plus raffinée de la réalité d'une personne dans ses rapports avec son environnement humain et physique.

2) L'identification d'indicateurs des forces et des besoins personnels et des facteurs environnementaux

L'étape précédente a permis d'identifier le type d'évaluation, générale ou spécifique, à entreprendre. Ces types d'évaluation reposent sur une série d'indicateurs.

Tableau 12: Identification d'indicateurs des forces, des besoins personnels et des facteurs environnementaux

	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>Indicateurs des forces et besoins personnels et des facteurs environnementaux</i>								
<i>Facteurs personnels</i>								
Caractéristiques démographiques (âge,...)	x	x	x	x	x	x	x	x
Système organique (système respiratoire, digestif,...)	x	x		x			x	
Aptitudes liées aux sens (faim, soif, goût,...)	x	x						
-comportement (intérêts, motivation, patience,...)	x	x	x	x	x	x	x	x
-activités motrices (marcher, nager, locomotion,...)		x	x	x	x	x	x	x
-aptitudes reliés au langage (expression verbale, compréhension langage, ...)		x		x	x		x	x
<i>Facteurs environnementaux</i>								
Facteurs sociaux (réseau de soutien, réseau social, interactions sociales entretenues,...)	x	x	x	x	x		x	x
Facteurs physiques (aménagement, technologie,...)		x		x	x	x	x	x
<i>Habitudes de vie</i>								
Travail, éducation, loisir, vie communautaire	x	x	x	x	x	x	x	x
Communication		x		x	x		x	x
Relation interpersonnelle (relation sociale)		x		x			x	x
Déplacement (transport,...)		x						x

Le Tableau 12, fondé sur les catégories de facteurs proposées par le RIPPH(1997), regroupe les indicateurs les plus cités dans les modèles consultés. Cette catégorisation a l'avantage de

coordonner et d'harmoniser la recherche d'information concernant notamment les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie.

Tous les modèles font référence aux indicateurs démographiques usuels (ex. âge, sexe). Concernant les facteurs personnels, il est possible de dénoter des préoccupations liées au système organique et aux aptitudes de la personne. Les systèmes organiques (ex. système nerveux, respiratoire) étant essentiellement évalués par le modèle nursing et de réadaptation physique. La recension des aptitudes et plus particulièrement des comportements fait partie de l'évaluation de base de l'ensemble des modèles consultés. Toutefois, pour les modèles en réadaptation psychosociale, l'évaluation des comportements constitue un pilier important dans la définition des apprentissages et des stratégies d'intervention.

L'évaluation des facteurs environnementaux est citée dans six modèles. Les catégories d'indicateurs couvrent deux aspects, soit l'évaluation des facteurs sociaux et les facteurs physiques. Toutefois, l'évaluation des facteurs environnementaux n'est intégrée systématiquement dans le processus d'évaluation et de planification que dans le modèle du RIPPH (1997) et dans celui de Howe-Murphy et Charboneau (1987). Ces modèles s'attardent particulièrement à identifier les interrelations personne-environnement de façon à en dégager les facteurs facilitateurs et les obstacles à la pleine intégrité sociale.

La catégorie « habitudes de vie », dont les indicateurs sont souvent intégrés dans les facteurs personnels, s'avère particulièrement intéressante dans le contexte de planification et de réalisation d'une intervention visant à supporter la réintégration sociale d'une personne. Cette centration sur les habitudes de vie permet de cibler les activités quotidiennes et les rôles sociaux assumés par la personne et de mettre en place le support nécessaire pour favoriser efficacement le retour en communauté de la personne. Parmi les indicateurs de la catégorie des habitudes de vie, les grands secteurs de vie (ex. le travail, le loisir, la vie communautaire) sont pris en considération par tous les modèles. Les relations

interpersonnelles et les compétences sociales étant d'autres types d'information privilégiées par quelques modèles.

La sélection d'indicateurs fait généralement suite à un échange d'information entre les personnes et les différents membres de l'équipe. Dans ce contexte, les données recueillies lors de l'évaluation globale permettent de cibler l'information à approfondir.

3) Les sources et instruments de cueillette d'information

Divers instruments et sources de cueillette d'information peuvent être recensés.

Tableau 13: Identification des sources, instruments et procédures de cueillette

<i>Sources et instruments de cueillette</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>Sources</i>								
La personne	x	x	x	x	x	x	x	x
Les gens significatifs de son entourage	x	x	x	x	x	x	x	x
L'équipe multidisciplinaire	x	x	x	x				x
Les ouvrages de références	x							
<i>Types d'instruments</i>								
Observation	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrevue (avec la personne ou des gens significatifs)	x	x	x	x	x	x	x	x
Tests standardisés		x	x	x	x	x	x	x
Dossiers médicaux	x	x	x	x	x		x	x
Expérimentation d'activités		x	x	x		x	x	x
Inventaire écologique			x	x				x
Inventaire d'habiletés							x	
Examen physique	x				x			

Le Tableau 13 démontre que l'individu, ses proches et l'équipe multidisciplinaire sont considérés comme des sources d'informations prioritaires pour la majorité des auteurs. De

plus, Bizier (1992) préconise la consultation d'ouvrages de références, notamment pour y recenser des normes de santé, comme source complémentaire d'information.

Concernant les types d'instruments, la majorité des auteurs suggèrent de consulter les dossiers médicaux et éducatifs, les évaluations psychologiques et autres documents pertinents déjà produits. Lorsque l'information recueillie par la consultation des documents précédents est insuffisante, d'autres instruments sont privilégiés pour compiler de façon systématique ces données. Parmi ceux-ci, les différents types d'inventaire, les grilles d'observation et les entrevues sont les plus cités par les auteurs. D'autres types d'instruments sont aussi utilisés, il s'agit de l'inventaire écologique des relations entretenues entre la personne et ses environnements, les inventaires d'habiletés et l'examen physique. Ces instruments ont un usage connu dans le domaine de la santé.

4) La compilation des données

Les modèles étudiés au chapitre deux proposent une littérature peu détaillée de l'étape de compilation des données évaluatives des facteurs personnels et environnementaux. Cette étape est tributaire des orientations, indicateurs et instruments de cueillette. Les mécanismes de compilation y sont régulièrement définis.

Tableau 14: Recension des procédures de compilation des données évaluatives des besoins et des forces de la personne

	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>Compilation des données</i>								
Secteurs de vie (travail, loisir,...)			✗	✗				
14 besoins (Virginia Henderson)	✗							
Classification RIPPH		✗						

Le Tableau 14 recense les types de procédures utilisés pour effectuer la compilation des données. Pour Côté et al. (1989) ainsi que pour Galambos et Wilson-Whetstone (1991), l'information est classifiée par secteur de vie (travail, loisir,...). Ces informations permettent d'identifier notamment les comportements qui présentent des excès, déficits ou qui sont les forces caractéristiques de la personne. Pour Bizier (1992), la compilation s'effectue selon les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. L'information recueillie est alors classée en vue d'y relever des indices de problèmes et d'y entrevoir des hypothèses sur le problème de santé du client. Ce modèle, tout à fait fonctionnel, est cependant plus près du modèle biomédical que des modèles écosystémiques contemporains et paraît limitatif dans son application en réadaptation (Bouchard, 1997).

Le système de classification proposé par le RIPPH (1997) propose une structure de compilation de données en fonction des quatre nomenclatures déjà citées et d'une échelle de sévérité. Ce système, bien qu'aucune application en santé mentale ne soit connue de notre part, permet d'effectuer une compilation de données respectant la perspective globale de la personne et les champs spécialisés d'intervention. De plus, elle structure les champs d'information selon des paramètres précis facilitant l'échange d'information entre les partenaires impliqués dans le projet individualisé.

5) L'analyse et l'interprétation des données

L'étape précédente a permis de dégager des regroupements d'indices concernant les facteurs personnels et environnementaux ainsi que les habitudes de vie. La présente étape constitue la phase interprétative et analytique des données recueillies et compilées.

Tableau 15: Analyse et interprétation des données évaluatives

<i>Analyse et interprétation des données</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
Comparaison avec des normes (sociales, de santé physique, psychologiques)	α	α	α	α	α	α	α	α
Connaissances, expérience professionnelle	α	α	α	α	α	α	α	α
Selon écart entre situation actuelle et désirée			α	α				α
Selon critères VRS (ex. activité adaptée âge chronologique, ...)			α	α				α
Besoins fondamentaux	α							
-Selon processus de production du handicap		α						

Le Tableau 15 démontre un consensus face à l'utilisation de normes (sociales, physiques, psychologiques) et au recours des connaissances et expériences professionnelles. Généralement, les données regroupées sont comparées aux normes de façon à identifier l'ensemble des manques, carences ou déficiences chez une personne et à déterminer leur importance relative. Les connaissances et les expériences professionnelles permettent d'approfondir et de nuancer l'interprétation. Ciblant plus particulièrement les normes sociales, quelques modèles de la réadaptation psychosociale et du loisir réfèrent à des critères inspirés des principes de la VRS. Ces principes offrent une vision de la personne et de son environnement selon le contexte culturel de sa communauté. Il s'agit d'un apport intéressant dans le processus de réintégration ou de maintien de la participation active de la personne dans les habitudes de vie économique, sociale et communautaire partagées par l'ensemble de la communauté. Ces mêmes modèles effectuent l'interprétation des données de façon à déterminer l'écart entre la situation de vie actuelle et la situation désirée par la personne. Cette façon de faire permet d'impliquer la personne dans la définition des services qu'elle nécessite, en plus de susciter sa motivation personnelle à prendre en charge le recouvrement de son état de santé. Le modèle nursing s'inspire des besoins fondamentaux

définis par Virginia Henderson pour analyser les données recueillies. Finalement, le RIPPH (1997) analyse et interprète les données en fonction d'échelles de sévérité et de maintien ou de développement d'habitudes de vie et de rôles sociaux valorisés.

Deux modèles en réadaptation psychosociale et un modèle en loisir font une analyse des besoins à partir de la situation désirée et de la situation actuelle. L'écart entre les deux étant la série de besoins qui nécessite à des degrés variables d'être comblés. Plus concrètement, la détermination du niveau de fonctionnement désirée consiste à étudier les caractéristiques et les exigences ou les normes sociales du milieu ou de la communauté dans laquelle vit la personne. À partir de ces caractéristiques et de ces exigences, la liste des besoins et des apprentissages désirés ou désirables pour la personne qui doit y vivre est définie. Une fois le niveau de fonctionnement désiré établi, à l'aide d'instruments appropriés, il s'agit de déterminer jusqu'à quel point la personne atteint le statut d'autonomie désiré ou répond aux exigences du fonctionnement du milieu. Le répertoire des comportements ou des habiletés disponibles chez la personne est alors évalué.

Tableau 16: Indicateurs de mesures du comportement

<i>La fréquence</i>	décrit combien de fois le comportement se produit
<i>L'intensité</i>	fait référence à la sévérité ou à l'amplitude du problème
<i>La durée</i>	définit la quantité de temps passé à se comporter d'une certaine manière.
<i>La latence de la réponse</i>	définit la quantité de temps qui s'écoule entre le comportement du patient et le signal qui l'a déclenché

Pour évaluer le répertoire de comportements, les modèles en réadaptation psychosociale analysent les données en termes de comportements. Le Tableau 16 définit les dimensions telles la fréquence, la durée, l'intensité, la latence, la forme et la qualité pour définir et qualifier les actions et les productions verbales de la personne comme indicateurs de mesures. Ainsi l'analyse du répertoire des compétences de la personne permet de déceler ses besoins pour atteindre un niveau de fonctionnement souhaité.

Le RIPPH(1997) articule son système d'analyse selon les catégories des facteurs personnels, facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Chaque catégorie est interprétée à l'aide d'une échelle de mesure. Ainsi les facteurs personnels, se subdivisant en deux catégories, mesurent le degré de sévérité de la déficience sur une échelle variant entre l'intégrité (aucune altération) et la déficience importante. De façon similaire, l'échelle de sévérité de l'incapacité propose une échelle variant entre la capacité sans limite et l'incapacité. Les facteurs environnementaux proposent une échelle dont la gradation varie entre obstacle majeur et facilitateur majeur. Finalement les habitudes de vie s'analyse à partir de l'échelle de sévérité des situations de participation sociale. L'échelle varie entre la participation sociale pleine et une situation de handicap. Les informations dégagées de ces échelles de mesure sont reprises, discutées et approfondies en équipe multidisciplinaire.

La perspective d'analyse préconisée par le RIPPH s'appuie sur diverses considérations théoriques qui offrent une plate forme intéressante pour développer le plan d'intervention individualisé en loisir. D'abord, par son langage uniformisé, il facilite la discussion et l'interprétation lors de rencontres multidisciplinaires. De plus, ce cadre d'analyse permet de voir la finalité de l'intervention, c'est à dire la reprise et le maintien des habitudes de vie de la personne.

6) La mise en ordre hiérarchique des besoins

L'étape précédente a permis de dégager une série de besoins, qui nécessitent à des degrés variables, d'être comblés. La mise en ordre hiérarchique des besoins est l'étape requise pour mettre en rang les besoins et les moyens d'action nécessaires à l'atteinte du recouvrement de l'état de santé et pour favoriser la réinsertion sociale.

Tableau 17: Éléments de références pour la mise en ordre hiérarchique des besoins

Mise en ordre hiérarchique des besoins	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
Désirs et intérêts de la personne	✗	✗	✗	✗	✗		✗	✗
Personnes significatives		✗	✗	✗	✗		✗	✗
Expérience professionnelle	✗				✗	✗		✗
Limites de la personne (mentale, physique)	✗	✗					✗	
Menace à la santé ou à la vie de la personne ou des autres.	✗		✗					
Selon la hiérarchie de Maslow	✗		✗					
Besoins qui ont un impact sur la satisfaction de d'autres besoins.	✗		✗					
Niveau optimal de stimulation, d'incongruité						✗		
Selon les besoins fondamentaux de Virginia Henderson	✗							

Le Tableau 17 illustre un certain consensus de la part des auteurs qui considèrent les désirs et intérêts de la personne comme des éléments centraux pour cibler les besoins à combler de façon prioritaires. Les personnes significatives et l'expérience professionnelle des intervenants sont aussi des sources qui valident les priorités des besoins à répondre. D'autres éléments de référence, modulés par les champs de formation professionnelle, sont aussi recensés comme les limites de la personne, la menace à la santé ou à la vie de la personne ou des autres, la hiérarchie des besoins de Maslow, l'atteinte d'un niveau optimal de stimulation, les 14 besoins de Virginia Henderson.

Sans être spécifiée par l'ensemble des auteurs, il va de soi que la satisfaction des besoins physiologiques de base doit être assurée de façon prioritaire avant de viser le bien-être et le confort matériel.

La revue de la littérature montre qu'il y a plusieurs façons d'identifier les besoins humains. Certaines, comme la théorie de Maslow parlent d'une hiérarchie de besoins débutant avec les besoins physiologiques, de sécurité, d'amour et d'appartenance, d'estime de soi et des autres et finalement au sommet de la pyramide, l'actualisation de soi. D'autre, telle Virginia Henderson limite le nombre à 14 besoins fondamentaux. En loisir, les auteurs font aussi référence à une diversité de besoins dont de relaxation, de stimulations nouvelles, de niveau optimal de stimulation et d'incongruité (Iso-Ahola, Tinsley). Une étude de chacune de ces approches pourrait s'avérer instructive, mais peu pratique dans le cadre de cet ouvrage. Notons que la notion de besoin présente des lacunes, (ex. difficulté à s'entendre sur une terminologie, difficulté d'effectuer des priorités) lorsque l'échange d'information entre les disciplines professionnelles et les divers partenaires impliqués dans le plan d'intervention individualisé s'avère nécessaire. La proposition du RIPPH (1997) vise à combler cette lacune.

D'une façon appliquée, quelques auteurs considèrent les limites fonctionnelles de la personne et, en se dotant d'une perspective d'ensemble, tentent de cibler des besoins qui peuvent avoir un impact positif sur la satisfaction de d'autres besoins.

7) La rédaction d'un diagnostic

L'élaboration d'un diagnostic n'est pas une pratique courante dans les modèles consultés. Cette étape constitue la finalité du processus d'évaluation des facteurs personnels et environnementaux.

Tableau 18: Rédaction d'un diagnostic

	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>Rédaction d'un diagnostic</i>								
Médical					χ			
Infirmier	χ							
Loisir						χ		

Le Tableau 18 démontre le nombre restreint d'auteurs qui font référence à l'élaboration d'un diagnostic. Les auteurs provenant du domaine médical, Bizier (1992) et Liberman (1991), définissent le diagnostic comme un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité.

En loisir, O'Morrow et Reynolds résument ainsi le contexte d'interprétation de cette expression:

Pendant de nombreuses années le mot "diagnostic" a été interdit dans le vocabulaire en loisir thérapeutique. Ce mot pris dans son sens littéral, suggère que c'est un bon terme à utiliser lorsqu'il est conforme au sens de rechercher des connaissances ou de l'information inhérentes aux besoins qui ont à être améliorés, qui occasionnent quelques problèmes ou qui interfèrent avec le fonctionnement normal. Dans cet esprit, le mot "diagnostic" peut être employé aussi bien par l'intervenant en loisir que par le médecin ou toute autre personne qui cherche à découvrir sur quelles dimensions les efforts doivent être concentrés pour améliorer les services et les bénéfices à la personne. (1985:142).

Dans le domaine de la réadaptation psychosociale cette étape fait davantage référence à un rapport synthèse. Ce rapport tient compte d'une perspective d'intervention fondée sur les forces de la personne, plutôt que sur les problèmes de la personne. Concernant l'intervention en loisir dans le domaine de la santé mentale, nous croyons plus juste de se référer au rapport synthèse.

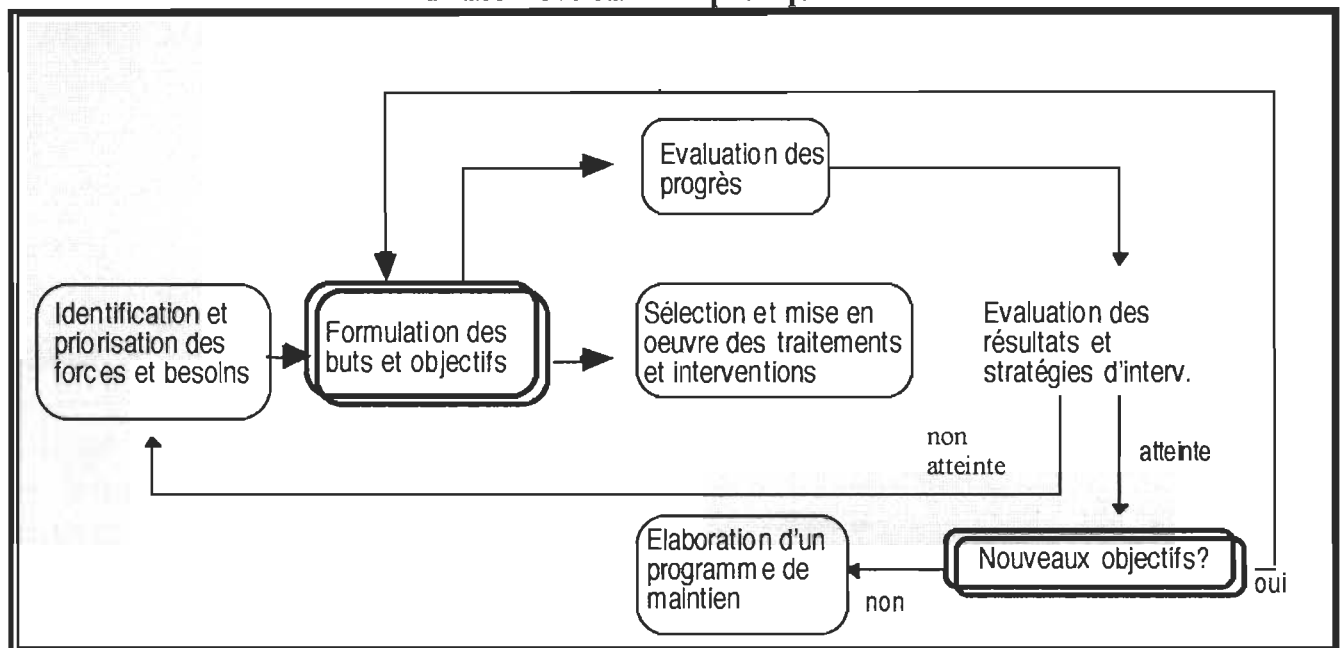
C) La planification et l'élaboration des objectifs, des stratégies et l'identification des ressources et des moyens d'intervention

L'étape précédente, caractérisée par la mise en commun des résultats des évaluations spécifiques a permis notamment d'établir un portrait précis de la situation de la personne, de cerner ses attentes et de déterminer ses besoins et objectifs à prioriser. Le plan d'intervention se concrétise par la 1) planification et l'élaboration des buts, des objectifs, par 2) l'identification des stratégies d'intervention et par 3) l'identification des ressources et moyens d'intervention.

1) La formulation des buts et des objectifs

Le plan d'intervention individualisé s'actualise dès la formulation des orientations de l'intervention. Ces orientations, traduites en buts et en objectifs, servent de références tout au long du processus d'intervention.

Figure 2: Rôles et fonctions des buts et objectifs dans un processus d'intervention thérapeutique



(adapté de Liberman, 1991)

La Figure 2 fait ressortir les rôles et les fonctions des buts et des objectifs aux différentes étapes du processus d'intervention. Les cases doublées représentent plus spécifiquement l'étape de formulation des buts et objectifs dans le processus d'intervention.

Généralement, la formulation des buts et des objectifs consiste à spécifier, à des niveaux de précision différents, les priorités d'intervention, les résultats à atteindre, les modalités d'intervention et les échéanciers. Lors de la réalisation des interventions, les objectifs servent à évaluer les progrès, de façon continue et à apporter au fur et à mesure les correctifs nécessaires pour atteindre les résultats visés. Les objectifs servent aussi de références pour mesurer, à une période donnée, l'atteinte des résultats escomptés, ainsi que certains

paramètres du processus d'intervention. En fonction du degré d'atteinte des objectifs poursuivis des actions en résultent. D'une part, la non atteinte des objectifs entraîne une évaluation des situations problématiques dans le processus d'intervention réalisée. Les axes d'intervention requis pour corriger la situation sont alors reformulés sous forme de nouveaux objectifs, et le cycle d'intervention se poursuit. D'autre part, l'atteinte des objectifs amène deux possibilités d'action. La première consiste à l'élaboration de nouveaux objectifs d'intervention. Ceux-ci peuvent viser, par exemple, l'amélioration ou la généralisation d'un niveau de fonctionnement du comportement humain. Le cas échéant, la cessation des interventions ou la formulation d'un programme de maintien des acquis peut être envisagés. La formulation de buts et objectifs clairs, précis et rationnels sont donc des préalables nécessaires pour orienter le processus d'intervention et ainsi que pour en assurer l'amélioration et la continuité.

Tableau 19: Types de buts et objectifs

<i>Types de buts et objectifs</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>A) But</i>		<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>B) Objectif:</i>								
spécifique	<i>x</i>	<i>x</i>		<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	
court terme					<i>x</i>		<i>x</i>	
long terme					<i>x</i>		<i>x</i>	
comportemental (comportement-cible à atteindre)	<i>x</i>		<i>x</i>	<i>x</i>				<i>x</i>
sous-objectif			<i>x</i>	<i>x</i>				

En référence au Tableau 19, il est possible de constater que la majorité des auteurs préconisent l'élaboration de buts et d'objectifs. Seul le modèle de Bizier (1992) ne propose pas d'élaborer des buts: pour cette auteure cette étape est intégrée dans la précision du diagnostic infirmier, les interventions spécifiques étant incluses directement dans le diagnostic. Il est aussi possible de dénoter une diversité d'objectifs.

À des niveaux de précisions différents, le but et l'objectif expriment les changements utiles et durables qui doivent survenir chez la personne et dont la présence est appréciable au terme d'une démarche curative ou d'apprentissage. De plus, le but et l'objectif définissent les ressources et les services qui seront nécessaires à cette démarche.

Tableau 20: Critères de rédaction pour les buts d'intervention

<i>Critères de qualité de rédaction des buts</i>	<i>Brève description</i>
<i>Être centré sur le client;</i>	les buts reflètent les besoins et les forces de la personne;
<i>Décrire les résultats;</i>	résultats pouvant être accomplis dans une période future de temps;
<i>Préciser le support;</i>	support d'ordre personnel (ex. membre de la famille), matériel (ex. argent) et de services (support professionnel);
<i>Fondés sur secteurs d'intervention prioritaires.</i>	établis selon les priorités préalablement sélectionnées.

Le Tableau 20 recense les caractéristiques de rédaction des buts d'intervention. Fondées sur les priorités préalablement sélectionnées, ses caractéristiques déterminent sans équivoque l'orientation de l'intervention, les résultats et échéances à atteindre. Une attention particulière, suggérée par Goupil (1991) et par Côté et al. (1989) est apportée au nombre de buts impliqué dans un plan d'intervention. Ces auteurs préconisent un nombre restreint de buts pour éviter des confusions sur les cibles d'intervention.

La recension des écrits permet d'identifier les sources d'influence qui déterminent la sélection des niveaux de précision et l'orientation du contenu nécessaire pour la formulation des buts et objectifs comme étant: les modèles d'intervention (ex. approche behaviorale, approche en loisir) et les conditions dans lesquelles sont définis les plans d'intervention (ex. l'équipe multidisciplinaire, l'information recueillie, l'expérience et les croyances personnelles des intervenants, les désirs, intérêts de la personne et de ses proches). Ainsi les interventions préconisant une approche comportementale viseront plus particulièrement

des buts et objectifs comportementaux. D'autres interventions, telles en loisir, viseront des objectifs d'apprentissage sur des aspects cognitifs, telle l'amélioration des connaissances des occasions de loisir.

Pour décrire de façon claire et précise le résultat spécifique et mesurable à atteindre avec un usager à une date donnée, les auteurs font références à divers critères de qualité, soit:

Tableau 21: Critères de rédaction des objectifs

<i>Critères de qualité de rédaction des objectifs</i>	<i>Brève description</i>
A) Caractéristiques essentielles	
<i>Être clair, précis, spécifique</i>	ne pas porter à interprétation, être centré sur un résultat précis, être spécifique à une seule réalité;
<i>Être mesurable</i> (qualitatif et quantitatif)	possible de décrire son degré de réalisation sur le plan qualitatif et quantitatif;
<i>Comporter une ou des échéances dans le temps</i>	fixe un délai de réalisation précis.
<i>Référer à des comportements-cibles</i>	le comportement que fera la personne une fois l'intervention complétée.
B) Caractéristiques souhaitables	
<i>Être réaliste et réalisable</i>	tient compte des contraintes personnelles, organisationnelles et de l'environnement; il implique un risque ni trop élevé ni trop faible;
<i>Contenir un verbe d'action</i>	ex. faire, montrer, décrire, ...;
<i>Être contrôlable</i>	celui qui est responsable a toute la possibilité de le réaliser;
<i>Être motivant</i>	répond à un besoin d'accomplissement et présente des chances de réussite;
<i>Être utile et utilisable</i>	répond véritablement au besoin de l'utilisateur;
<i>Permettre une variation</i>	offrir une marge de manoeuvre qui rend compte de fluctuations normales;

À partir du Tableau 21, nous considérons deux niveaux de caractéristiques qui sous-tendent la formulation d'un objectif spécifique, soit, les caractéristiques essentielles et les

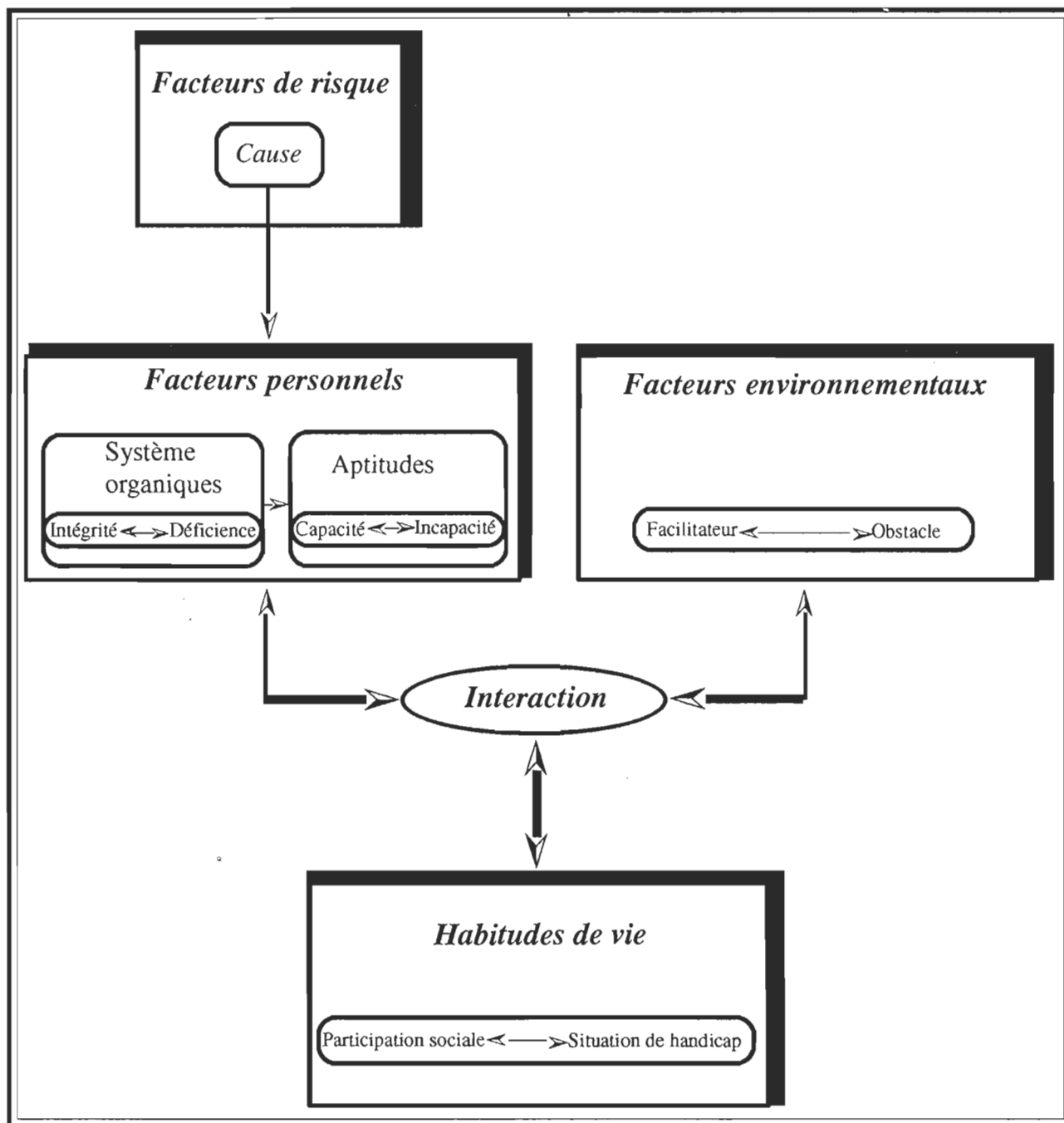
caractéristiques souhaitables. Les caractéristiques essentielles font références à la clarté, la précision, la spécificité et la mesure. Les caractéristiques souhaitables, c'est à dire que leur considération, sans une présence obligatoire, permet de préciser davantage l'intervention, font référence aux aspects d'utilité, de réalisme, de motivation et de contrôle.

Pour deux modèles en réadaptation psychosociale, lorsqu'un objectif d'apprentissage est difficile à atteindre, les auteurs suggèrent de formuler des sous-objectifs. Le morcellement en une suite d'étapes adaptées aux capacités d'apprentissage et aux conditions de vie de la personne constitue la façon de faire.

2) L'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention

La proposition du RIPPH (1997) offre une structure générale d'intervention suffisamment précise pour y situer les divers types d'activités et de stratégies d'intervention qui sont nécessaires pour contribuer de façon efficace à l'intégration sociale de la personne.

Figure 3: Processus de Production du handicap selon le Réseau international sur le processus de Production du handicap (1997)



Adapté du RIPPH (1997)

La Figure 3 décrit les diverses composantes du processus de production du handicap selon le RIPPH (1997). En plus d'harmoniser les terminologies et les définitions, la proposition du RIPPH permet d'évaluer les besoins et les interventions spécifiques selon les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. L'importance donnée à chacun de ces trois niveaux dépend alors de la nature des besoins à combler ainsi que des caractéristiques de la personne et de son environnement.

En accord avec le RIPPH, nous considérons que le plan d'intervention ne touche pas aux causes et aux facteurs de risques puisqu'il vise à répondre aux besoins significatifs et persistants d'une personne. En conséquence, il n'y a pas d'intervention de prévention et de dépistage effectuées au moyen du plan d'intervention individualisé.

Le plan d'intervention individualisé évalue et tente de donner une réponse aux besoins reliés aux déficiences du système organique ainsi qu'aux incapacités reliés aux aptitudes de la personne, l'objectif étant d'atteindre l'intégrité optimale du système organique, i.e l'atteinte d'un mode de fonctionnement optimal, et le maintien des aptitudes optimales personnelles qui permettent la réintégration ou le maintien des habitudes de vie et des rôles sociaux valorisés. Les interventions s'effectuent donc de façon à rendre disponible des services d'adaptation et de réadaptation nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Les besoins sont ici la résultante des conséquences résiduelles et durables des maladies et des traumatismes, après leur traitement de courte durée en phase aigüe (RIPPH, 1997).

Les facteurs environnementaux qui caractérisent le contexte de vie de la personne sont évalués sous trois aspects soit les programmes disponibles, la communauté et le milieu de vie immédiat. Les actions découlant du plan d'intervention individualisé se résument à composer avec les éléments de l'environnement de façon à diminuer ou, idéalement, éliminer les situations de handicap pour ainsi favoriser l'intégration ou la réintégration de la personne dans des habitudes de vie et des rôles sociaux valorisés. Dans ce contexte, l'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention sur l'environnement, qui se situent à la suite de l'évaluation des forces et des besoins de la personne et après que les objectifs d'apprentissage aient été fixés, doit composer avec une certaine complexité liée à la compréhension de l'être humain et aux liens

qu'il entretient avec son environnement. La revue de littérature effectuée au chapitre deux démontre un vaste répertoire de stratégies pouvant être utilisées dans nos interventions.

Tableau 22: Identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention

<i>Identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>A) Stratégies d'intervention auprès de la personne (actions, enseignements);</i>								
<i>Principes d'intervention</i>								
Liens de réciprocité, de confiance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Renforcement, Management du comportement (jeton,...)			✓	✓	✓		✓	
Définir un seuil de performance, critères de réussite			✓	✓			✓	✓
Généralisation des compétences			✓	✓				✓
Support graduel, Style de leadership			✓	✓			✓	
Séquentielle ou globale			✓	✓				
Réduction de comportements interférants			✓					
<i>Techniques (programme) d'intervention</i>								
Modelage, Jeux de rôles, reflet			✓	✓	✓		✓	
Entraînement aux habiletés sociales. (Ex. communication, prise de décisions,)					✓		✓	✓
Remotivation, resocialisation, orientation dans la réalité							✓	✓
Implication dans des événements de la vie quotidienne				✓				✓
Stimulation sensorielle							✓	
Relaxation,							✓	
<i>B) Stratégies d'intervention auprès de l'environnement physique et social.</i>								
Réduction des obstacles et contraintes du milieu (physique, sociale);		✓	✓	✓		✓		✓
Défense des droits				✓				

Le Tableau 22 se subdivise en deux parties. La première fait référence aux principes et techniques d'intervention auprès de la personne ayant un besoin d'apprentissage et d'adaptation. La seconde fait référence aux stratégies d'intervention auprès de l'environnement physique et social. Cette dernière partie est peu élaborée par les auteurs; ceci peut s'expliquer par la centration de cette recherche qui porte sur l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé. L'intervention directe auprès de l'environnement physique et social n'est pas rédigé dans le plan d'intervention individualisé. Seules les actions impliquant la personne elle-même dans l'augmentation de facteurs facilitateurs au recouvrement de son état de santé ou de sa réintégration sociale font l'objet d'une planification rédigée dans le plan d'intervention individualisé. Il est aussi possible de noter que l'ensemble des stratégies d'apprentissage et d'intervention recensées proviennent des modèles de la réadaptation psychosociale et du loisir. Les stratégies des modèles de la réintégration physique et du nursing étant plus centrées sur la santé physique d'un point de vue curatif.

Pour la sélection des stratégies d'apprentissage et d'intervention auprès de la personne, les modèles consultés résument bien l'importance de respecter certains principes fondamentaux dont la création et le maintien de liens de réciprocité et de confiance entre la personne et l'intervenant. L'importance de guider la démarche d'apprentissage, tout en ajustant le niveau de support de façon à ce que la personne assume la prise en charge optimale de l'atteinte des objectifs poursuivis. L'importance de prévoir des occasions de confirmation des réponses en cours d'apprentissage, la nécessité de fournir des conditions appropriées d'exercices et l'importance de favoriser le transfert des apprentissages sont d'autres principes qui caractérisent les stratégies relevant du domaine de la réadaptation psychosociale et du loisir. Diverses techniques d'apprentissage et d'intervention peuvent être recensées. Le modelage et le reflet sont des techniques décrites dans de nombreuses références. L'entraînement aux habiletés sociales est un axe majeur dans le domaine de la

santé mentale. Cet entraînement, préférablement vécu dans les événements de la vie communautaire, est combiné à des techniques tels le reflet, des jeux de rôles et le modelage.

Les stratégies d'intervention auprès de l'environnement physique et social ont plus particulièrement trait à la réduction des contraintes empêchant la pleine réalisation des habitudes de vie et des rôles sociaux valorisés. La défense des droits, la sensibilisation de la population, l'offre de sessions d'information aux familles sont des exemples d'actions entreprises hors d'un contexte de plan d'intervention individualisé. Toutefois, le plan d'intervention individualisé permet de faire un pont entre l'apprentissage et l'activité se déroulant en communauté. Les diverses situations (facteurs facilitateurs ou de contraintes) rencontrées lors du vécu de l'activité prévue au plan d'intervention individualisé sont des occasions d'apprentissage, de consolidation ou de maintien des habitudes de vie. En conséquence, le plan d'intervention individualisé offre un apport intéressant en ciblant notamment les techniques d'intervention non seulement sur les dimensions comportementales et les dimensions cognitives, mais aussi sur les techniques d'intervention utilisant des ressources externes dans lesquelles l'intervenant joue un rôle de support. L'adaptation des équipements, l'identification du support physique sont aussi des caractéristiques d'efficacité et d'efficacité qui permettent de structurer et de réaliser des programmes de loisir adaptés à la réalité, aux forces et aux besoins de la personne.

3) Identification des ressources

Les étapes précédentes ont permis de définir les objectifs et les stratégies d'apprentissage et d'intervention. Reconnu par plusieurs modèles, le choix judicieux des ressources est un élément clef optimisant les probabilités de succès du plan d'intervention.

Tableau 23: Identification des ressources

<i>Ressources</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
humaine (ex. famille, amis)	✗		✗	✗	✗		✗	
physique, matérielle et communautaire				✗	✗		✗	✗
financière					✗			

Le Tableau 23 permet de distinguer trois types de ressources. Les ressources humaines ainsi que physiques, matérielles et communautaires sont les plus souvent citées. Les ressources financières, faisant référence aux coûts monétaires à être planifiés et assumés lors de la réalisation de l'intervention, ne sont traités que par un auteur. Toutefois, malgré ce fait, nous considérons l'aspect financier comme une condition de réalisation (facilitant ou contraignant la réalisation d'un programme d'activité) et comme une ressource distincte.

Concernant les ressources humaines, les modèles relevant du domaine de la réadaptation psychosociale sont plus explicites que les modèles de la réadaptation physique quant à la recherche de l'implication maximale de la famille et des proches de la personne dans le processus de planification et de réalisation de l'intervention. La perspective d'intervention à long terme sollicitant plus facilement ce type de ressources peut expliquer ce constat. Comme autre élément distinctif lié à la sélection des ressources humaines, l'identification des intervenants s'effectue généralement en fonction de critères tels que: les intervenants doivent pouvoir établir des contacts fréquents et significatifs avec la personne et doivent posséder les aptitudes nécessaires pour effectuer l'entraînement aux apprentissages souhaités. Seul le modèle de Witt, Ellis et Niles (1982) propose des critères de regroupement de clientèles. Pour ces auteurs, il s'agit de regrouper des personnes selon les données évaluatives similaires résultant du processus d'évaluation qu'ils préconisent. Nous estimons plus juste de nous référer aux principes de la valorisation des rôles sociaux. Ceux-ci guident la composition de groupes homogènes, c'est à dire ayant des caractéristiques

communes tels l'âge chronologique, des besoins et intérêts similaires, dans un contexte enrichissant pour chacune des personnes.

À titre de rappel, les principes de la valorisation des rôles sociaux, issus du concept de la normalisation, ont comme objectifs la réduction ou la prévention des stigmates et la modification des attitudes négatives généralement attribuées à la personne qui présente des déviances par rapport aux normes sociales. La méthode proposée par Wolfensberger et Thomas (1988) pour évaluer la qualité des services humains vise à valoriser l'image sociale et à augmenter la compétence de la personne dévalorisée ou à risque de dévalorisation. La littérature développe le concept de la valorisation des rôles sociaux et précise l'application des ses principes.

Pour quelques modèles relevant de la réadaptation psychosociale et en loisir, la sélection des ressources physiques, matérielles et communautaires s'appuie aussi sur une perspective inspirée de la valorisation des rôles sociaux. Ces principes orientent alors la sélection en fonction de ressources qui contribueront au rehaussement de l'image sociale et de l'augmentation de compétences. Par exemple, cette sélection peut s'effectuer en fonction des ressources qui se réalisent dans des lieux et à des heures qui correspondent à l'âge chronologique de la personne et aux habitudes de la communauté.

Dans le domaine du loisir, la sélection de l'activité en fonction des caractéristiques personnelles de chaque individu est plus particulièrement développée. Gunn et Peterson (1984) proposent d'analyser le potentiel de l'activité en fonction des habiletés nécessaires de la personne. Pour ces auteurs, il s'agit d'identifier et, au besoin, d'apporter des modifications aux activités de façon à ce que la personne puisse vivre un succès lors de sa participation et ainsi répondre aux objectifs visés.

Tableau 24: Dimensions humaines évaluées pour la sélection d'une activité

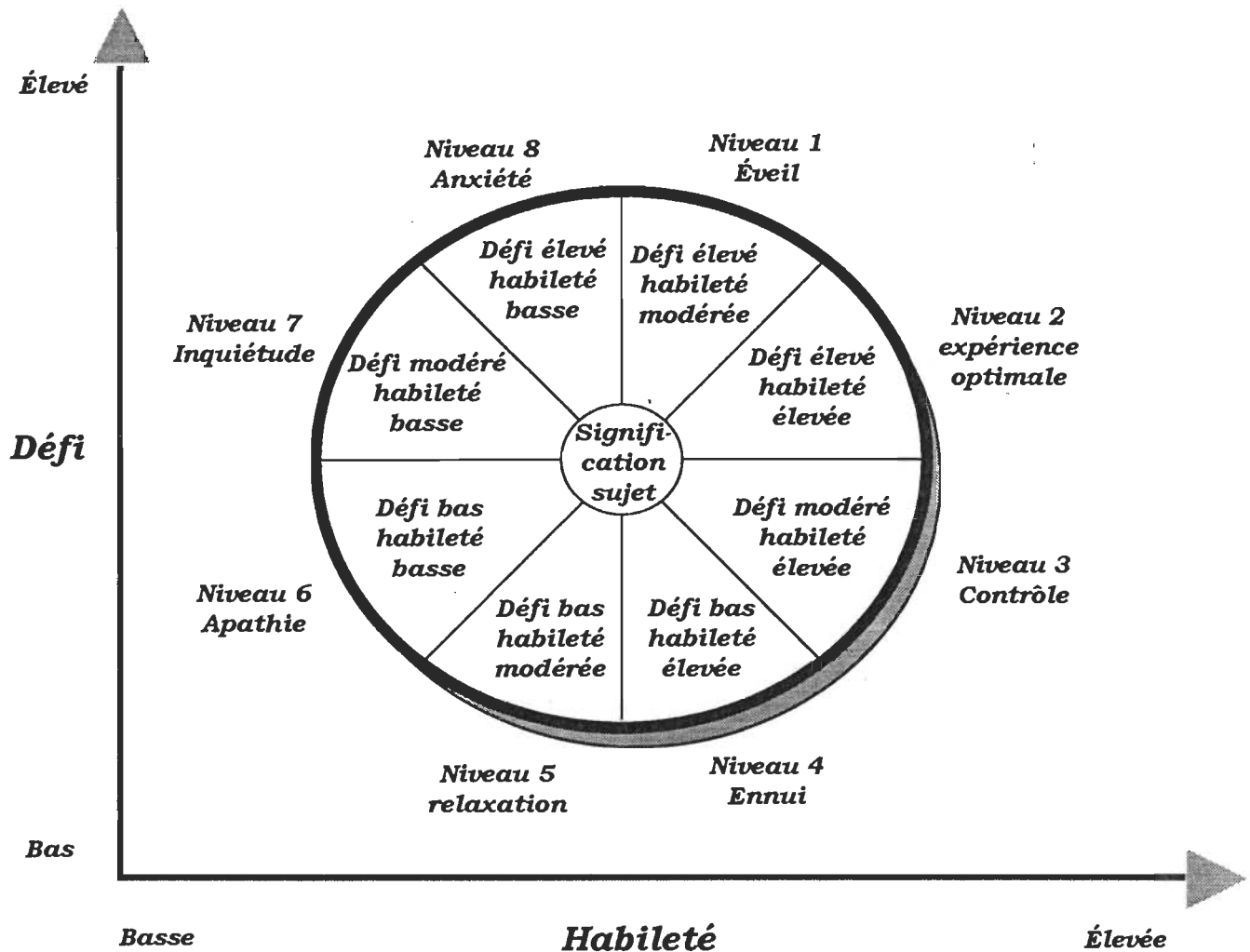
<i>Les aspects intellectuels et cognitifs:</i>	Lire, savoir compter, capacité de mémorisation, degré de concentration, degré de conceptualisation, de stratégies, logique, déduction, intuition, vocabulaire, connaissances requises.
<i>Aspects affectifs et émotifs:</i>	Est-ce que l'activité procure du stress, exige de communiquer, ou promouvoit la créativité? un niveau de frustration accompagne-t-il l'activité?. Est-ce une activité plaisante, stimulante, ou excitante?
<i>Aspects psychomoteurs:</i>	Quel type de manipulation ou de mouvement est requis? Quel degré de mobilité ou le niveau de résistance et d'endurance est requis?
<i>Aspects sociaux:</i>	Quel est le degré de coopération ou de compétition? Quels sont les occasions d'interactions entre l'individu et les personnes qui n'ont pas de handicap et qui sont de sexe opposé? Quel est le niveau de communication qui est requis (verbal et non-verbal)?
<i>Les aptitudes personnelles</i>	Traits de personnalités aidant au fonctionnement (autonomie, confiance en soi, sentiment de compétence ou d'impuissance, capacité d'introspection, contrôle interne/externe, liberté perçue, curiosité, recherche de nouvelles compétences, recherche de sensations, capacités de décisions, de choix.
<i>Les aspects spirituels:</i>	Pratique religieuse, occasions de prendre soins, rendre service à quelqu'un d'autre, à l'expérience de valeurs spirituel dans un sens "esthétique" -beauté, contemplation, grandeur intérieure,...- et de paix d'esprit.

Adapté de Gunn et Peterson, (1984)

Le Tableau 24 illustre les dimensions humaines évaluées par Gunn et Peterson (1984) pour sélectionner et modifier une activité. Les aspects cognitifs, affectifs et psychomoteurs sont des points de repères qui décrivent le niveau de connaissances, de stimulation et de manipulation qu'implique l'activité. Les aspects sociaux s'intéressent, de façon générale, aux types d'interactions qui sont susceptibles de survenir dans la pratique ou dans l'environnement de la pratique (ex. avec les autres participants, avec les éléments de l'environnement). Finalement, les aspects spirituels ne font pas nécessairement référence à la pratique religieuse mais aussi au sens « esthétique » de la vie et à la capacité d'appréciation.

De façon complémentaire, les modèles de Witt, Ellis et Niles (1982) et de Howe-Murphy et Charboneau (1987) préconisent d'offrir l'occasion à la personne de choisir ses activités selon ses désirs et en fonction de s'y sentir compétente et en contrôle sur son environnement.

Figure 4: L'expérience optimale



Adapté de Csikzentmihalyi, 1988

La Figure 4 illustre les différents types d'expériences qui peuvent être vécues par la personne lors de sa participation à des activités. La qualité et la signification de l'expérience optimale en loisir prend son sens dans l'équilibre des capacités personnelles et les exigences de l'activité. Si les exigences de l'activité sont trop élevées, il en résulte de l'anxiété; si les exigences de l'activité sont trop basses, il n'y a aucun intérêt et conduit à un niveau d'apathie. En somme, l'équilibre recherché dans l'étroite relation entre le niveau personnel de perception de défi et d'habiletés est en quelque sorte une "canalisation d'énergie" pour se sentir compétent et en contrôle sur son environnement. Cette perspective favorise le vécu d'une expérience significative associée directement à un sentiment plus positif.

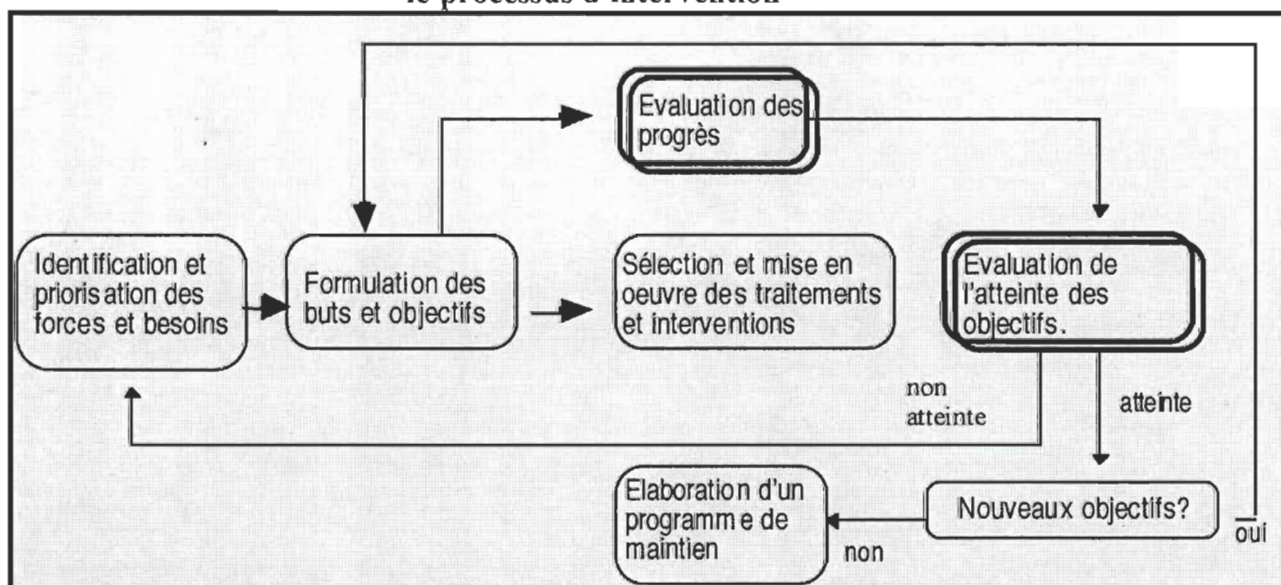
D) L'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation du plan d'intervention individualisé

L'identification des critères et la planification de mécanismes d'évaluation se situent dans un contexte qui s'intéresse tant aux résultats et aux processus d'un plan d'intervention individualisé qu'aux ajustements et modifications à apporter aux services qui visent l'augmentation de la qualité de vie d'une personne. Cette étape vérifie si la démarche entreprise a permis d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie de la personne, et par le fait même, d'évaluer l'efficacité de cette démarche. Cinq étapes constituent ce processus soit, 1) l'identification des orientations de l'évaluation, 2) l'identification des indicateurs d'évaluation, 3) l'identification des instruments et des procédures de cueillette, 4) l'analyse et l'interprétation des données, et 5) les décisions et le suivi du plan.

1) L'identification des orientations de l'évaluation

Le processus d'évaluation du plan d'intervention individualisé fait référence à deux modes comme l'illustre la Figure 5.

Figure 5: L'évaluation formative et sommative: positionnement dans le processus d'intervention



Adapté de Liberman (1991)

Les cases doublées représentent plus spécifiquement le positionnement de ces deux modes dans le processus d'intervention. Un premier mode d'évaluation, qui s'effectue sur une base continue, est l'évaluation formative. S'effectuant lors de la mise en oeuvre des interventions, ce mode d'évaluation s'intéresse plus particulièrement aux diverses facettes du déroulement du plan d'intervention individualisé. À titre d'exemples, les apprentissages et les stratégies interventions sont évalués régulièrement, et des correctifs sont apportés, lorsque nécessaire, de façon à tendre vers l'atteinte des objectifs visés.

Un second mode d'évaluation, appelé sommatif, proposé par l'ensemble des modèles recensés au chapitre deux est aussi représenté sur cette figure. Ce mode d'évaluation s'effectue à une période donnée et mesure l'ensemble des démarches et des résultats obtenus. À titre d'exemples le nombre d'objectifs atteints, la révision de l'ensemble des stratégies d'apprentissage et d'intervention sont analysés.

Ces deux modes d'évaluation peuvent être d'ordre quantitatif (telle la durée ou la fréquence de manifestation du comportement) ou d'ordre qualitatif (ex. la satisfaction de la personne).

2) L'identification des indicateurs d'évaluation du plan d'intervention individualisé

Les évaluations formatives et sommatives sont structurées à partir d'indicateurs les plus reliés au processus personnalisé d'intervention.

Tableau 25: Identification des indicateurs d'évaluation

<i>Identification des indicateurs d'évaluation</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
<i>A) Performances du plan d'intervention</i>								
-Ressources physiques et matérielles				✗			✗	✗
-lieu de pratique (disponibilité, matériel, accessibilité,...)								✗
-Stratégies d'intervention							✗	
niveau de support, relation d'aide							✗	
<i>B) Performances de la personne</i>								
-Augmentation de compétences		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
expression de comportements (durée, fréquence, latence,...)	✗		✗	✗				
Autres progrès d'apprentissage (connaissances, résolution de problèmes,...)					✗			✗
-Augmentation de l'image sociale			✗	✗				✗
-Recouvrement santé physique et mentale	✗	✗						
-Niveau de motivation							✗	
-Niveau de satisfaction							✗	

Le Tableau 25 présente les principaux indicateurs recensés. Le modèle de Gunn et Peterson (1984) permet de dégager deux niveaux, soit l'évaluation du mode de fonctionnement du plan d'intervention individualisé et les performances de la personne.

Les indicateurs du mode de fonctionnement du plan d'intervention font référence aux ressources matérielles et aux stratégies d'intervention. À ces indicateurs, il est possible

d'ajouter l'évaluation du mode de communication entre les intervenants, ainsi que l'évaluation des correctifs apportés au plan d'intervention. La sélection des indicateurs d'évaluation concernant les performances de la personne sont en lien direct avec les objectifs d'intervention fixés préalablement. Ils font référence plus particulièrement au recouvrement d'un état de santé physique et mentale satisfaisant, ainsi qu'à l'augmentation des compétences de la personne ainsi qu'à l'adoption d'un style de vie en loisir appropriés. D'autres indicateurs peuvent être sélectionnés, telles l'évaluation du niveau de motivation et de satisfaction de la personne.

3) L'identification d'instruments et procédures de cueillette des données évaluatives du plan d'intervention individualisé

La sélection des instruments d'observations et de mesures ainsi que les procédures de cueillette de données sont effectuées en fonction des paramètres exigés par les indicateurs retenus.

Tableau 26: Identification des instruments et procédures de cueillette

<i>Identification instruments et procédures de cueillette</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
Grille d'observation directe, d'auto-observation	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	
Tableaux statistiques de participation, dates de rencontres,...			✗	✗			✗	
Questionnaires					✗			

Le Tableau 26 met en relief des instruments de cueillette et de compilation de données. L'utilisation de questionnaires (ex. de satisfaction), de grilles d'observation (directe et d'auto-observation) ainsi que de tableaux statistiques (ex. de participation, de dates de rencontres) sont privilégiés par les modèles consultés. Ces instruments sont connus et largement utilisés dans le domaine de la santé.

4) L'analyse et interprétation des données évaluatives du plan d'intervention individualisé

Cette phase du processus d'évaluation consiste essentiellement à analyser et interpréter les données qui ont été recueillies lors de l'étape précédente. À partir du mode de fonctionnement du plan d'intervention et des performances de la personne, cette étape précise et analyse les forces qui servent d'appui au plan d'intervention ainsi que les faiblesses auxquelles il s'avère nécessaire d'apporter des correctifs.

Concernant les performances du plan, la majorité des modèles suggèrent d'analyser la précision et le nombre d'objectifs atteints ainsi que d'évaluer les stratégies d'intervention. De plus, quelques modèles font référence aux ressources matérielles utilisées et aux modifications apportées lors du déroulement. Toutefois, même si elle n'est pas traitée dans les modèles à l'étude, l'analyse du mode de fonctionnement de l'équipe s'avère aussi un élément clef pour déterminer si la continuité et la complémentarité de l'intervention s'est réalisée.

Concernant les performances de la personne, tous les auteurs analysent l'augmentation des compétences personnelles. En lien direct avec les objectifs poursuivis, cette cible d'évaluation tient compte des apprentissages comportementaux et cognitifs visés par l'intervention. Le niveau de recouvrement de l'état de santé physique et mental est une analyse caractérisant les modèles de la réintégration physique. Cette analyse est notamment fondée sur des normes de santé. Finalement, Gunn et Peterson (1984) analysent le niveau de motivation et le niveau de satisfaction.

L'intégration des principes de la valorisation des rôles sociaux et du RIPPH (1997) dans le processus d'évaluation permet d'enrichir l'analyse. D'abord, le RIPPH délimite l'analyse dans la perspective de réappropriation ou de maintien des habitudes de vie et des rôles

valorisés. Cet apport permet de dégager une cible réaliste et propose une vision unifiée tout en conservant un langage commun entre les différents professionnels, proches de la personne et la personne elle-même. Les principes de la valorisation des rôles sociaux permettent de vérifier si les services offerts à la personne ont contribué à l'atteinte de certains rôles sociaux valorisés.

Pour conclure, l'analyse et l'interprétation des données Gunn et Peterson (1984) proposent de rédiger un rapport synthèse. Ce rapport n'est pas obligatoirement rédigé par discipline professionnelle d'intervention, mais plutôt par un membre de l'équipe délégué et ceci lorsque requis.

5) Les décisions et le suivi du plan d'intervention individualisé

L'interprétation des données permet de déterminer les décisions et le suivi relatifs au plan d'intervention individualisé. Cette étape se justifie dans la mesure où une réelle contribution au cheminement de l'état de santé et au développement des compétences de la personne peut-être atteinte.

Tableau 27: Décisions suite du plan

<i>Décisions suite du plan</i>	<i>Réintégr. physique</i>		<i>Réadaptation psychosociale</i>			<i>Loisir</i>		
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>
Nouvel objectif d'intervention	✗	✗					✗	✗
Nouvel objectif d'apprentissage			✗		✗			
Maintien de l'objectif d'apprentissage			✗	✗	✗			✗
Modification des stratégies (d'apprentissage et d'intervention)			✗	✗			✗	
Généralisation des compétences acquises								✗
Morcellement de l'objectif d'apprentissage	✗		✗					
Fin de l'intervention	✗	✗		✗	✗			
Évaluation post-traitement						✗		

Le Tableau 27 représente les possibilités de décision qui assurent un suivi au plan d'intervention. Les possibilités de choisir ou non un nouvel objectif, de poursuivre l'objectif, de modifier les stratégies d'intervention et d'apprentissage, de morceler cet objectif ou d'élaborer un programme de maintien sont analysés.

Au Tableau 27, il est possible de retrouver la répartition des décisions et du suivi à adopter suite au processus d'évaluation du plan d'intervention individualisé. La préoccupation des modèles de plan d'intervention individualisé relevant du domaine nursing et de la réadaptation physique repose essentiellement sur l'identification d'un nouvel objectif d'intervention, sur le morcellement de celui-ci, ou tout simplement sur la fin du processus d'intervention.

Le processus d'apprentissage étant la préoccupation fondamentale des autres modèles, l'évaluation de la nécessité de maintenir ou de morceler les objectifs d'apprentissage est évaluée. L'élaboration de nouveaux objectifs d'apprentissage fait suite à une évaluation de l'atteinte des objectifs préalablement fixés. La fin de l'intervention est envisagée lorsque l'atteinte des objectifs correspond à l'atteinte du niveau optimal de fonctionnement recherché pour la personne. Le désir de la personne de cesser le processus d'intervention est aussi un facteur clé qui met fin au plan.

Howe-Murphy et Charboneau (1987) se préoccupent de la généralisation de compétences acquises. La généralisation des compétences rejoint, entre autres, les préoccupations actuelles en santé mentale. Les interventions qui en découlent font référence à l'intégration de la personne dans un contexte de vie qui favorise une participation significative dans les activités sociales et économiques de la communauté. La capacité de maximiser les forces de la personnes sont un des préalables pour atteindre cet objectif, d'où la nécessité de s'assurer de la généralisation des compétences personnelles.

De plus, le Tableau 27 dégage une décision concernant une évaluation post traitement. Pour Witt, Ellis et Niles, 1982 l'évaluation post-traitement est entreprise plusieurs semaines, voire plusieurs mois après le diagnostic en loisir initial, et consiste à repasser la série de tests et de comparer les résultats avec la première série. Des interventions visant le maintien ou la consolidation des acquis peuvent en découler.

3.2 Proposition d'un modèle de plan d'intervention individualisé adapté à la santé mentale et à l'intervention en loisir.

Plusieurs modèles de plans d'intervention individualisés ont été synthétisés et analysés en section 3.1. Ceci a permis de faire ressortir les points de convergences entre les auteurs, des liens entre les modèles, et quelquefois même d'expliquer certaines caractéristiques propres à des modèles. La section 3.2 présente une proposition de modèle de plan d'intervention individualisé dans le champ de la santé mentale et du loisir.

Le modèle est présenté selon les dimensions suivantes, soit: A) les cadres de références des modèles de plan d'intervention individualisé, B) l'évaluation des forces et des besoins de la personne et de son environnement, C) la planification et l'élaboration des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention et D) l'identification des critères et la planification des mécanismes d'évaluation.

Si la présentation écrite de la démarche de planification d'une intervention individualisée laisse croire, à priori, qu'il s'agit d'une série d'étapes enchaînées de façon linéaire et séquentielle, il faut avoir à l'esprit que ces étapes sont intrinsèquement interreliées et que souvent, il arrivera qu'on soit dans l'obligation de revenir sur une étape antérieure pour réorienter l'intervention et, ainsi, mieux progresser vers les objectifs poursuivis. Ces allers-retours constants entre les différentes étapes ne sont que sains et normaux (Parent et al., 1993).

A) Une approche multidimensionnelle de la personne en interaction avec son environnement

L'élaboration du plan d'intervention individualisé en loisir devrait s'inscrire dans une démarche multidimensionnelle de la personne. Cette vision offre une perspective globale de compréhension de la personne selon ses dimensions biopsychosociales.

Divers postulats forment les paramètres pour articuler cette vision globale en actions d'intervention. La considération de la personne comme un être unique, qui a un potentiel de développement pour tendre vers une autonomie personnelle sont les pierres angulaires du processus structurant l'intervention. De façon complémentaire, s'appuyant sur des énoncés de politiques ministérielles québécoises, la reconnaissance des droits de participer activement à la vie sociale et économique de la communauté convie l'intervenant en loisir à considérer la personne en fonction de son interdépendance avec son environnement. De cette vision, se dessine un modèle de services ouvert sur la communauté, qui présente le défi de composer avec les multiples interactions et les différents niveaux d'organisation qui caractérisent la personne et les relations qu'elle entretient avec son environnement. Les actions en découlant devrait viser comme finalité de:

« soutenir ces personnes et de favoriser l'amélioration de leur qualité de vie, de leur relations interpersonnelles et de leur insertion dans un milieu de leur choix, afin qu'elles puissent éprouver du succès, du plaisir à vivre et satisfaire leur aspirations » (AQRP, 1995:3).

Cet énoncé de mission oriente l'ensemble des interventions en fonction de la restauration des capacités fonctionnelles de la personne lui permettant de reprendre ou de consolider sa place comme membre à part entière de la communauté. Le plan d'intervention individualisé en loisir utilisé dans le domaine de la santé mentale devrait s'inscrire dans le champ de la réadaptation psychosociale.

B) L'évaluation des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie.

L'évaluation des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie se structurent autour de quatre étapes soit, 1) l'identification des objectifs d'évaluation, 2) l'identification des indicateurs d'évaluation, 3) les sources, instruments et procédures de cueillette d'information ainsi que 4) l'analyse et l'interprétation des données.

1) L'identification des objectifs d'évaluation.

Cette étape consiste à déterminer les objectifs de l'évaluation, soit d'effectuer une évaluation globale ou spécifique. Le processus d'évaluation globale fait référence à deux volets distincts. Lorsqu'une évaluation globale est menée par un représentant de l'équipe interdisciplinaire, celui-ci a comme mandat de dégager un profil suffisamment représentatif de la personne pour identifier les grands axes d'intervention, les intervenants et les proches de la personne qui seront susceptibles de collaborer à la planification et à la réalisation du plan d'intervention individualisé. Le second volet, qui s'adresse à l'intervenant en loisir, consiste à faire une évaluation globale de la personne dans le secteur de vie loisir (ex. pratique actuelle d'activités de loisir, capacité de vivre avec satisfaction ces moments, compétences personnelles dans le domaine du loisir), l'objectif étant de vérifier si l'intervenant en loisir peut développer un lien de réciprocité avec la personne et lui offrir des services qui correspondent à ses attentes et besoins en vue d'améliorer son style de vie en loisir, ses capacités de s'intégrer et de s'adapter aux milieux de loisir de son choix.

L'évaluation globale, suite à une discussion entre la personne et l'équipe interdisciplinaire, conduit à l'évaluation spécifique en loisir. L'évaluation spécifique consiste à déterminer avec précision les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie en loisir de la personne. Ces informations seront traduites en situations d'intégrité sociale significative et en situations de handicap.

2) L'identification des indicateurs d'évaluation

L'utilisation de classifications rigoureuses qui s'attardent aux facteurs personnels, environnementaux et aux habitudes de vie de la personne telle que celle du RIPPH (1997) sont préconisées pour sélectionner les indicateurs. Concernant les facteurs personnels, l'intervenant en loisir s'intéresse plus particulièrement à l'évaluation des aptitudes liées aux activités intellectuelles, au langage, aux comportements, aux capacités sociales, aux activités motrices ainsi qu'aux sens et à la perception. L'évaluation des facteurs environnementaux

couvre l'organisation communautaire, le réseau et les règles sociales ainsi que les facteurs physiques, tels l'accessibilité et la disponibilité de ressources. Finalement, les habitudes de vie font plus particulièrement référence au loisir, aux relations interpersonnelles, aux déplacements, à la communication et à la vie en communauté (consommation de biens et services).

Un échange entre les membres de l'équipe cible et coordonne plus particulièrement les indicateurs à approfondir.

3) Les sources et instruments de cueillette d'information

En loisir, divers instruments et techniques sont disponibles pour recueillir l'information nécessaire pour dégager le profil le plus exact de la personne et de son environnement de vie. D'abord la consultation de la personne elle-même et de ses proches, ainsi que les documents déjà produits, les dossiers médicaux et éducatifs et les évaluations psychologiques doivent être privilégiés. Lorsque l'information recueillie par la consultation des documents précédents est insuffisante, d'autres instruments et techniques sont disponibles à l'intervenant en loisir. À titre d'exemple, les inventaires écologiques qui prennent en considération l'environnement de vie de la personne, tels la proximité des ressources et le type d'hébergement. Comme autres sources d'informations pertinentes, il est possible de se référer à la rencontre de personnes significatives ou d'utiliser l'expérimentation d'activités permettant d'identifier notamment les habiletés de la personne ainsi que les instruments évaluant les aspects psychologiques du loisir (ex. les intérêts, capacités, attitudes, autonomie, liberté perçue).

Ces démarches complètent la cueillette d'information et dessinent les objectifs d'intervention en loisir qui s'actualiseront suite aux axes d'intervention établis selon un ordre de priorités.

4) L'analyse et l'interprétation des données et la mise en ordre hiérarchique des besoins

Cette étape d'évaluation fait ressortir une série de besoins et de situations de handicap qui nécessitent à des degrés variables d'être solutionnés ou améliorés. Pour établir une priorité parmi ces besoins, le recours à la théorie de Maslow constitue une base valable. À titre de rappel, cette théorie vise à combler d'abord les besoins physiologiques de base pour tendre ensuite vers les besoins d'ordre supérieur. L'interprétation des échelles de sévérité du RIPPH offre une séquence logique pour déterminer les situations de handicaps. Finalement, le respect des choix de la personne, l'opinion de ses proches et des intervenants sont aussi des références importantes pour déterminer cet ordonnancement des besoins.

Finalement, cette étape dégage les principaux axes d'intervention, identifie les intervenants qui seront impliqués et précise les échéanciers concernant une rencontre d'évaluation et de révision du plan d'intervention individualisé.

C) La planification des objectifs, stratégies et l'identification des ressources et moyens d'intervention.

L'étape précédente, caractérisée par la mise en commun des résultats des évaluations spécifiques, a permis notamment d'établir un portrait précis des caractéristiques et des environnements de la personne, de cerner ses attentes et de déterminer ses besoins et les objectifs à prioriser.

L'élaboration du plan d'intervention individualisé se concrétise par la détermination des buts, des objectifs, des stratégies et par l'identification des moyens d'intervention et des ressources. À cette étape, la concertation de l'équipe interdisciplinaire devient prépondérante, car chaque intervention spécifique doit se coordonner avec les autres et assurer la continuité nécessaire pour supporter, avec le plus de succès possible, la personne dans son cheminement global. Trois étapes doivent être suivies dans cette démarche, 1) la

formulation des buts et objectifs 2) l'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention et 3) l'identification des ressources.

1) La formulation des buts et objectifs

La formulation des buts détermine le contexte global des programmes et des interventions qui sont nécessaires pour l'amélioration des conditions de vie de la personne. Par la suite, des objectifs spécifiques sont élaborés en fonction des buts. Fondée sur les points forts de la personne plutôt que sur ses incapacités, ses symptômes et ses déficits, la formulation des objectifs doit respecter les conditions suivantes:

- Être clairs et opérationnels;
- Être choisis ou approuvés par la personne et ses proches
- Être réalistes et précis
- Comporter un échéancier

2) L'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention

Diverses stratégies d'intervention peuvent être envisagées par l'intervenant en loisir. Celles-ci tiennent compte de trois dimensions, soit:

- la personne
- l'environnement physique
- l'environnement social

La planification des stratégies tient compte des particularités de chaque personne, tels son âge, sa culture, son niveau d'éducation, son style de vie et les valeurs de la communauté dans laquelle elle vit. Comme mécanisme d'intervention auprès de la personne ayant des problèmes sévères et persistants, nous nous référons au cycle clinique tel que proposé par Gunn et Peterson (1984). Ce cycle se caractérise par ces trois niveaux d'intervention, soit l'intervention thérapeutique, l'éducation au loisir et la supervision d'une pratique autodéterminée d'activités de loisir. Toutefois, il est possible de dénoter une concentration

des interventions qui relève de l'éducation au loisir, et notamment sur le développement de compétences sociales, sur l'acquisition de compétences techniques et sur l'expérimentation du plaisir et de la satisfaction en loisir.

La prise en considération des caractéristiques physiques vise à sélectionner ou à rendre l'environnement aussi sécuritaire, confortable, fonctionnel, significatif et attrayant que possible. La considération de l'environnement physique concerne tant le lieu de résidence que la sélection de milieux de pratique d'activités qui favorisent entre autres des relations sociales harmonieuses entre les participants et la communauté et l'atteinte d'un rôle social valorisé.

La participation active de la personne dans les activités partagées par l'ensemble de la collectivité doit se faire dans un environnement social qui favorise et supporte le développement des comportements sociaux valorisés, ainsi que dans une atmosphère stimulante pour la pratique d'activités.

L'expérimentation d'activités de loisir est le moyen privilégié pour mettre en relation la personne dans son environnement. Celle-ci s'exerce dans un cadre supportant qui vise à augmenter l'effet des facteurs facilitateurs à la participation et à favoriser l'engagement de la personne dans une pratique autodéterminée d'activités de loisir.

Finalement, des échéances sont fixées pour spécifier le moment et la durée de chaque étape ainsi que le moment d'évaluation des résultats de chaque intervention spécifique.

3) L'identification des ressources

L'identification des ressources s'effectue selon les désirs et les attentes de la personne, mais aussi selon les principes de la valorisation des rôles sociaux qui invitent à prendre en considération les environnements de la personne de façon à ce que celle-ci puisse augmenter ses compétences personnelles et son image sociale. Plus particulièrement, les équipements,

le matériel, les locaux, le personnel, le regroupement de la clientèle, les coûts et leur financement sont analysés et adaptés de façon à atteindre les objectifs visés.

D) L'identification des critères d'évaluation et la planification des mécanismes d'évaluation du plan d'intervention individualisé

L'évaluation et la révision du plan d'intervention individualisé se situent dans un contexte qui s'intéresse tant aux résultats et aux processus d'un plan d'intervention qu'aux ajustements et modifications à apporter aux services qui visent l'augmentation de la qualité de vie d'une personne. Cette étape vérifie si la démarche entreprise a permis d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie de la personne et par le fait même d'en évaluer l'efficacité. Cinq étapes constituent ce processus, soit: 1) l'identification des objectifs de l'évaluation, 2) l'identification des indicateurs d'évaluation, 3) l'identification des instruments et procédures de cueillette d'information, 4) l'analyse et l'interprétation des données et 5) les décisions et le suivi du plan.

1) L'identification des objectifs de l'évaluation

Idéalement, l'évaluation doit être formative et sommative. L'évaluation formative s'intéresse plus particulièrement aux progrès de la personne, au déroulement ponctuel de l'intervention et aux facteurs environnementaux (obstacles, facilitateurs). Cette évaluation s'effectue sur une base continue et apporte les modifications qui vont permettre l'atteinte avec succès des objectifs visés. L'évaluation sommative s'intéresse d'abord aux résultats de la personne qui se mesurent notamment par le nombre d'objectifs, l'augmentation des compétences, par les modifications apportées à l'intervention et par le choix des stratégies. L'évaluation sommative s'intéresse aussi au processus et plus particulièrement aux stratégies d'intervention et d'apprentissage.

2) L'identification des indicateurs d'évaluation

Les indicateurs d'évaluation peuvent être d'ordre quantitatif (ex. fréquence et durée de manifestation du comportement) ou qualitatif (ex. satisfaction de la personne) et s'effectuer sur une base continue (ex. quotidienne) ou périodique (ex. mensuelle).

3) L'identification des instruments et procédures de cueillette d'information

La sélection des instruments de cueillette de données évaluatives des résultats et processus du plan d'intervention individualisé fait essentiellement référence aux grilles d'observation et aux graphiques dont les données peuvent être puisées dans les notes au dossier, les interviews avec la personne, les questionnaires et l'expérimentation d'activités.

4) L'analyse et l'interprétation des données

L'analyse et l'interprétation des données reposent sur deux niveaux, soit: l'évaluation du mode de fonctionnement du plan d'intervention et l'augmentation des compétences de la personne. Cette vision globale permet d'identifier les forces motrices qui servent d'appui au plan ainsi que les forces restrictives auxquelles il s'avère nécessaire d'apporter des correctifs. Elle se fait dans un premier temps par le spécialiste du loisir; elle se raffine et se précise par consultation avec la personne et ses proches ainsi que par des discussions avec les autres intervenants.

5) Les décisions et le suivi du plan.

L'interprétation des données permet de déterminer les décisions et le suivi du plan d'intervention individualisé. Les possibilités de choisir ou non un nouvel objectif, de poursuivre l'objectif, de modifier les stratégies d'intervention et d'apprentissage ou de morceler l'objectif d'apprentissage sont alors analysées. Elle se fait en concertation avec la personne, ses proches et les autres intervenants.

Conclusion

La planification et la réalisation des plans d'intervention individualisés présentent beaucoup de défis. Un premier défi réside dans la création et le maintien d'un esprit de collaboration interdisciplinaire. Un autre défi est aussi d'intégrer et de favoriser les prises de décisions de la personne et de ses proches dans l'ensemble du processus de planification. Ces défis pourront être relevés par l'intervenant en loisir dans la mesure où il aura accès à des cadres et stratégies d'intervention thérapeutiques et éducatifs spécifiques au loisir ainsi qu'à une instrumentation qui supportent efficacement les efforts de la personne dans sa démarche qui l'amène à accroître son autonomie et à maintenir des rôles sociaux valorisés par l'ensemble de la communauté.

Les présentes propositions conceptuelles et méthodologiques ont permis de préciser certains énoncés relatifs à la planification d'une intervention individualisée dans le domaine du loisir et de la santé mentale. Cette démarche a mis en relief les modes de planification les plus caractéristiques des domaines d'intervention relevant de la réadaptation physique, de la réadaptation psychosociale et du loisir. Nous pensons que l'ensemble de ces modèles permettent la planification individualisée d'une intervention. Toutefois, ces modèles doivent évoluer pour répondre aux exigences actuelles que commande d'une part, la personne ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale en revendiquant notamment, ses droits et ses désirs de participer activement à la vie économique et sociale de sa communauté et d'autre part, les exigences de la politique de santé mentale du ministère de la santé québécois (1989) qui structure son assise sur la continuité, la complémentarité et la qualité de toutes les actions menées par les intervenants, les proches de la personne et la personne elle-même. Or, chaque modèle ne peut évoluer sans enrichir ses sources de références conceptuelles et professionnelles. Les modèles de planification d'une

intervention individualisée en loisir, comme l'ensemble des autres modèles consultés, se situent donc en continuité sur plusieurs éléments et davantage en rupture sur d'autres.

Dans cette recherche, il a été plus précisément question de dégager une structure conceptuelle de planification d'une intervention individualisée. Étant donnée la dimension exploratoire de cette démarche de recherche, diverses thématiques auraient pu être considérées avec plus d'emphase. Ainsi, il aurait été possible de focaliser davantage sur l'évaluation des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie. En ce sens, il aurait été possible d'analyser la dialectique entretenue entre ces facteurs et la dimension du loisir pour ainsi préciser davantage et enrichir la contribution de l'intervenant en loisir au sein de l'équipe interdisciplinaire. Les données de la présente recherche permettraient probablement de cibler les axes d'évaluation plus spécifiques au domaine du loisir et d'en proposer le développement ou l'adaptation d'instruments d'évaluation. Dans les suites de cette recherche, il pourrait être intéressant de focaliser sur l'ensemble des instruments d'évaluation qui sont administrés à la personne lors de son séjour en institution de santé. Cet exercice favoriserait sûrement une gestion efficace et complémentaire du temps et des ressources humaines consacrés à la recherche d'information pour décrire le profil le plus représentatif de la personne et de ses environnements.

Dans la thématique portant sur la planification de l'intervention et l'identification des ressources, il aurait aussi été possible de focaliser sur l'identification des stratégies d'apprentissage et d'intervention. Une analyse plus en profondeur de l'efficacité de chacune des stratégies en fonction de l'intervention thérapeutique en loisir et de la santé mentale aurait permis de consolider davantage l'action en loisir dans ces domaines. Un autre aspect qui pourrait être approfondi en fonction d'une application éventuelle sur le terrain, concerne le processus de sélection et de modification de l'activité qui sert de moyen d'actualisation du plan d'intervention individualisé. À ce processus, caractéristique des

modèles en loisir thérapeutiques, pourraient se greffer les critères d'analyse basés sur les principes de la valorisation des rôles sociaux ainsi que les notions de « l'expérience optimale » de Csikszentmihalyi (1988). D'une part, l'utilisation systématique des principes de la valorisation des rôles sociaux devrait contribuer efficacement au rehaussement de l'image sociale et à l'augmentation des compétences de la personne et d'autre part, les notions de « l'expérience optimale » seraient susceptibles de guider efficacement l'intervenant dans le choix d'activités et dans l'élaboration de ses stratégies d'intervention qui l'amène à rechercher un équilibre entre les compétences et le contrôle perçus par les personnes.

Concernant l'évaluation des résultats de l'ensemble du processus de planification et de réalisation du plan d'intervention individualisé une vision plus critique portant sur le processus d'analyse et d'interprétation des données devrait être menée auprès de l'ensemble des membres d'équipes interdisciplinaires. La discussion qui en résulterait conduirait vraisemblablement sur la « rationalisation du temps » qui souvent escamote une grande partie de cette étape du processus du plan d'intervention individualisé. Il pourrait être intéressant d'identifier et d'approfondir les mécanismes qui facilitent l'application de cette étape de planification sans pour autant en alourdir le processus. Les données recueillies dans cette recherche pourraient être adaptées sous forme de grille d'analyse pour chacune des étapes de ce processus d'évaluation. Nous présumons que l'analyse des mécanismes facilitant l'application concernerait principalement les moyens de communications et les exigences « paperassières ».

La démarche de terrain aurait toutefois avantage à être entreprise en priorité avec cette intention claire d'obtenir les données nécessaires pour identifier les forces facilitantes et les forces restrictives de ce modèle de planification d'interventions individualisés. L'expérimentation commande de créer des équipes interdisciplinaires qui auront comme

tâches de commenter et d'appliquer une telle construction. Pour nous, la formation de ces équipes passe par la compréhension et l'appropriation des notions ainsi que par la supervision clinique de l'application du Processus de production du handicap et des principes de la valorisation des rôles sociaux. Dans le domaine du loisir thérapeutique, ces cadres de références peuvent préciser certains champs d'application et enrichir les bases conceptuelles et théoriques de l'intervention. L'application de ce modèle de planification doit aussi être confrontée avec « l'intendance paperassière et téléphonique » (Harvey, 1995). La lourdeur du processus de planification individualisée peut faire référence à plusieurs aspects: l'élaboration de formulaires à chaque étape, les convocations aux réunions, les reports de rencontres, les rappels à l'ordre sur les suivis non entrés, les demandes d'informations complémentaires. Ces aspects constituent des sources de danger de consacrer beaucoup d'énergie à gérer des dossiers, à travailler avec du papier au lieu d'aider les personnes et leur entourage. Une telle expérimentation permettrait d'orienter plus précisément des axes de recherche futurs qui viseront à raffiner davantage l'intervention thérapeutique en loisir.

Toutes ces hypothèses, ces pistes de recherches et bien d'autres questions témoignent de cette importance de constituer et d'enrichir un savoir théorique et technique dans le champ québécois du loisir thérapeutique. Cette recherche, sans avoir la prétention d'apporter des « réponses définitives » s'inscrit dans cette volonté d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de loisir offerts à des personnes ayant des problèmes sévères et persistants de santé mentale. L'engagement et les convictions de l'intervenant en loisir sont des facteurs clefs de succès dans l'atteinte des finalités d'un tel processus, soit de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la personne. En santé mentale, cette qualité de vie recherchée par la personne passe indéniablement par l'amélioration de l'état de santé, le développement et le maintien des habitudes de vie significatives ainsi que par le développement et le maintien des rôles sociaux valorisés par l'ensemble de la communauté.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALARIE, M. (1989). Besoins, services et pistes d'intervention en santé mentale: recension d'une documentation choisie. : Le Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux de la région 04 (CRSSS).
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (1995). Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale. Québec: AQRP.
- BEAUDET, C. (1976). Évolution de la psychiatrie Anglophone au Québec, 1880-1963: le cas de l'hôpital de Verdun. Québec: Institut supérieur des sciences humaines, Univ. Laval.
- BÉDARD, D., LAZURE, D., & ROBERTS, C. A. (1962). Rapport de la Commission d'étude des hopitaux psychiatriques. Québec: Ministère de la santé du Québec.
- BIZIER, N. (1992). De la pensée au geste. 3e éd. Mont-Royal, Québec: Décarie Maloine.
- BOISVERT, D., & OUELLET, P. A. (1995). Préoccupations actuelles dans le domaine de l'étude du processus d'intégration sociale. in S. IONESCU, L'intégration dans une perspective "cycle de vie", (pp. 173-203). Paris: Nathan.
- BOISVERT, D., & OUELLET, P. A. (1990). Une équipe de travail dynamique. in D. BOISVERT (ed), Le plan de services individualisé, (pp. 109-136). M tl: Agence d'Arc.
- BOISVERT, D., PEPIN, M., & ST-ONGE, M. (1992). La valorisation du rôle social et le loisir: deux outils complémentaires pour l'intégration communautaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale Vol. Actes du Symposium 1992, (pp. 4-14). Québec: Fédération Québécoise du Loisir en Institution.
- BOUCHARD, D. (1997). L'utilisation du Processus de Production des Handicaps pour la rédaction des plans de soins en adaptation-réadaptation.: Conférence prononcée à l'Institut de Réadaptation en déficience physique de Québec, site François Charron.
- BOUTET, M. (1990). De l'évolution des droits et des services. in D. BOISVERT (Sous la direction), Le plan de services individualisé, Montréal: Éditions Agence d'Arc inc.
- CAILLOUETTE, J. (1992). La réforme Côté ou l'ambivalence de l'État à l'égard du communautaire. Service social, 41(2), 115-129.
- CENTRE HOSPITALIER STE-THÉRÈSE. DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES SOINS INFIRMIERS (1994). La planification stratégique par programme. Document interne.
- CENTRE DE RÉADAPTATION INTERVAL (1996). Plan d'intervention par objectifs. (document interne).

- CLÉMENT, M. (1990). L'air du soupçon. Contributions à l'histoire de la psychiatrie au Québec. Montréal: Tryptique.
- COHEN, C. I., & SOLOVSKY, J. (1978). Schizophrenia and social networks: ex-patients in the Inner City. Schizophrenia bulletin, 4(4), 546-560.
- COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DE SYNDICAT DES EMPLOYÉS DU CENTRE HOSPITALIER ROBERT-GIFFARD (CSN). (1985, septembre). Le centre hospitalier Robert-Giffard: sa réalité actuelle et la réforme de la santé mentale au Québec. Montréal: Confédération des Syndicats Nationaux.
- COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE (ou Comité Harnois) (1987). Pour un partenariat élargi, projet de politique de santé mentale pour le Québec. Québec: Les publications du Québec.
- COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE (1989). Pour un partenariat élargi. Québec: Les publications du Québec.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (ou Commission Rochon) (1988). Rapport. Québec: Les publications du Québec.
- CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. (1990). Normes pour la prestation de soins par programme. Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, 1(2),
- CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J. C., & LAPLANTE, R. (1990). Comprendre pour soigner autrement. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- CORIN, E. (1987). Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse. Québec: Commission d'enquête sur les services de la santé et les services sociaux.
- CÔTÉ, R., PILON, W., DUFOUR, C., & TREMBLAY, M. (1989). Guide d'élaboration des plans de services et d'interventions. Québec: G.R.E.D.D.
- CRSSS-04. Direction de la programmation (1992). Essai de clarification de concepts. : Conseil régional des services sociaux et de la santé. (document de travail, non publié).
- CSIKSZENTMIHALYI, M., & CSIKSZENTMIHALYI, I. S. (1988). Optimal experience. New York: Cambridge University Press.
- DEEGAN, P. E. (1994). La réadaptation psychosociale au Québec. in Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. Un partenariat fondé sur l'espoir. Québec: Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale.

- DORÉ, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. Santé mentale au Québec, 12(2), 144-157.
- ELLIS, M. J. (1973). Why people play. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- FOUGEYROLLAS, P. (1994). Les modèles explicatifs des conséquences des maladies et traumatismes: le processus de production des handicaps. in Office des personnes handicapées du Québec, Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale, (pp. 45-57). Cap-St-Ignace: MultiMondes.
- FRASER, D., & LABBÉ, L. (1993). L'approche positive de la personne... Une conception globale de l'intervention. Services et interventions en déficience intellectuelle. Laval: Agence d'Arc.
- FRYE, V., & PETERS, M. (1972). Therapeutic recreation: its theory, philosophy and practice. Pennsylvania: Stackpole books.
- GALAMBOS, D., & WHETSTONE -WILSON, P. (1991). Individual program planning (Third Printing), Oakville, Ontario: Curriculum and Instructional Development.
- GARIÉPY, N. (1993). La qualité de vie des personnes âgées hébergées en milieu institutionnel de santé: Élaboration d'un modèle théorique (Rapport de recherche présenté en vue de l'obtention du diplôme maître ès arts au département des sciences du loisir); Université du Québec à Trois-Rivières.
- GAUTHIER, M. (1992). Essai présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation spécialisée À quels fondements théoriques peut-on associer la Valorisation des Rôles Sociaux? Université du Québec à Trois-Rivières.
- GOUPIL, G. (1991). Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire. Boucherville: Gaëtan Morin.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1985). La santé mentale, de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale. Québec: Direction générale des publications gouvernementales.
- GUNN, S. L., & PETERSON, C. A. (1984). Therapeutic recreation program design. Principles and procedures. second edition. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- HARNOIS, G. (1991, octobre 10). Santé mentale: la réadaptation aussi essentielle que la thérapie. La Presse,
- HARVEY, M. (1995). Des technologies pour une éducation élargie: une somme éducative spéciale. Cap-Rouge. Québec: Presses Inter Universitaires.

- HERMAN, N., & SMITH, C. (1989). Mental hospital depopulation in Canada: patient perspectives. Canadian journal of psychiatry, *34*, 386-391.
- HOWE-MURPHY, R., & CHARBONEAU, B. G. (1987). Therapeutic recreation intervention: An ecological perspective. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- HUBERMAN, M. A., & MILES, M. B. (1984). Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes. Traduit de l'anglais par De Bracker, C. et Lamongie, V., 1991: De Boeck Université.
- HUTCHINSON, P., & LORD, J. (1979). traduit par A. Charboneau, & R. Godbout, Intégration sociale et loisirs: comment favoriser l'insertion des personnes handicapées dans les services de loisirs génériques?, Islington, Ontario: Leisurability Publications, Inc.
- HUTCHISON, P., & MC GILL, J. (1992). Leisure integration and community. Concord, Ontario: Leisurability.
- INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL (1995). Plan d'intervention individualisé. Guide d'utilisation du formulaire. Montréal: document interne.
- ISO-AHOLA, S. E. (1980). Social psychological perspectives on leisure and recreation. Illinois: Wm C. Brown.
- KELLY, J. R. (1990). Leisure. (second edition). New Jersey: Prentice Hall.
- LAMB, H. R. (1980). Board-and-care home wanderers. Archives of general psychiatry, *37*, 135-137.
- LAMB, H. R., & GOERTZEL, V. (1977). The long-term patient in the area community treatment. Archives of general psychiatry, *34*, 679-682.
- LETENDRE, R., MONAST, D., & PICOTTE, F. (1988). Dynamique de l'expérience de l'hospitalisation en département interne de psychiatrie chez les 18-30 ans. : Recherche subventionnée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale.
- LIBERMAN, R. P. (1991). La prise en charge des affections mentales chroniques: un cadre pour l'espoir. in R. P. LIBERMAN (Sous la direction de), Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques, Paris: Masson.
- MANNEL, R. C. (1980). Social psychological techniques and strategies for studying leisure experiences. in S. ISO-AHOLA (ed), Social psychological perspectives on leisure and recreation, Springfield: Charles C. Thomas.
- MCFARLAND, K. G., WASLI, L. E., & GERETY, K. E. (1996). Diagnostics infirmiers et démarche de soins en santé mentale. Paris: InterEditions.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1988). Et la santé, ça va? Rapport synthèse des résultats de l'enquête Santé Québec. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (1994). Impact des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et des services sociaux. (Collection Études et Analyses Planification-Évaluation Santé services sociaux. (21)). Québec: Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (1985). La désinstitutionnalisation en santé mentale: un tour d'horizon de la littérature. (Série études et analyses), Québec: Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (1985). La Santé mentale. document 1 Pour une réflexion sur la santé mentale. À nous de décider, Québec: Éditeur officiel du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1988). L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle, un impératif humain et social. Québec: Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1992). Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Projet de loi 120. Montréal: Wilson et Lafleur Ltée.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1989). Politique de santé mentale. Québec: Gouvernement du Québec.
- MONTREUIL, N., & MAGEROTTE, G. (1994). Pratique de l'intervention individualisée. Bruxelles: De Boeck Université.
- MORNEAU, M. (1993). La planification par programme dans le domaine de la santé et des services sociaux. : (manuel de formation, publication interne).
- NATIONAL RECREATION SOCIETY (NTRS) (1982). Philosophical position statement of the NTRS. Alexandria, VA.: National Recreation and Park Association.
- NEULINGER, J. (1974). The psychology of leisure. Springfield: Charles C. Thomas.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). A part... égale. Montréal: Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications.

- O'MORROW, G. S. (1977). The whys of recreation activities for psychiatric patients. National Recreation and Park Association., Therapeutic recreation state of heart (Fain, S., Gerald (ed) et Hitzhusen, G., L. (ed)),: National Recreation and Park Association.
- PARENT, G., GINGRAS, J., GAUDET, P., & BELLEMARE, J. (1993). Démarche de rééducation des problèmes d'apprentissage. Notes de cours: UQTR.
- PELLETIER, J. (1990). Le plan de service individualisé (PSI). Outil d'intégration et de Valorisation des rôles sociaux de la personne qui risque ou subit la dévalorisation. in A. DUPONT (eds), Psychiatrie et intégration communautaire, Genève: Éditions des deux Continents.
- PIAT, M. (1992). Deinstitutionalization of the mentally ill. Theory, policy, and practice. Revue canadienne de service social, 9(2), 201-213.
- PICHER, F., & IONESCU, S. (1992). Analyse des besoins d'une clientèle bénéficiant de services externes de santé mentale. Centre hospitalier de l'Université Laval et Université du Québec à Trois-Rivières (non publié).
- PRONOVOST, G. (1983). Temps, culture et société. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- PROULX, S. (1988). Le Centre social de la Croix Blanche de Québec: un support au retour dans la communauté. Université Laval:
- REICH, R., & SIEGEL, L. (1973). The chronically mentally ill shuffle to oblivion. Psychiatry annals, 3(11), 35-55.
- REIGHLEY, J. W. (sous la direction). (1992). Guide de planification des soins infirmiers en santé mentale, Montréal: Lidec.
- RENOU, M., LAURENDEAU, R., & LAVIGUEUR, S. (1986, janvier). Le psycho-éducateur communautaire. : Université du Québec à Hull (document non publié).
- RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (1997). Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles. Lac St-Charles: RIPPH.
- ROBITAILLE, L. (1990). Projet d'intégration sociale des personnes ayant séjourné en psychiatrie par le biais de l'accessibilité aux activités de loisirs. Rapport d'enquête. Beauport; Ville en santé.
- ROCQUE, S., LANGEVIN, J., & BELLEY, C. (1996). Modèle de la situation de formation: approche écologique en réadaptation d'adultes présentant des incapacités intellectuelles. Repères, 18, 85-99.

- SAMSON-SAULNIER, G. (1990). Le fonctionnement par programme en milieu hospitalier. Montréal: Atelier présenté dans le cadre du 26e Congrès de l'A.H.Q. Association des hopitaux du Québec.
- SCHINNAR, A. T., ROTHBARD, A. B., KANTER, R., & SOO YUNG, Y. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. American journal psychiatry, 147(12), 1604-1608.
- SERVICE DES COMMUNICATIONS DU HAUT-COMMISSARIAT À LA JEUNESSE AUX LOISIRS ET AUX SPORTS (1979). On a un monde à récréer. Livre blanc sur le loisir au Québec. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- TESSIER, L., & CLÉMENT, M. (1992). La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- TREMBLAY, G. (1987). La méthode Impact. Québec: Éditions Georges Tremblay.
- WILHITE, B. C., & KELLER, M. J. (1992). Therapeutic recreation : cases and exercises. State College, Pennsylvanie: Venture.
- WITT, P. A., & ELLIS G.D. (1984). The Leisure Diagnostic Battery. Loisir et société, 7(1), 109-124.
- WITT, P. A., ELLIS, G. D., & NILES, S. (1982). The Leisure Diagnostic Battery. Remediation Guide. Texas: U.S. Department of Education/ Office of Special Education Division of Recreation and Leisure Studies.
- WITT, P. A., & ELLIS, G. D. (1989). The Leisure Diagnostic Battery. Users manual. State College, P.A.: Venture Publishing, Inc.
- WOLFENSBERGER, W., & THOMAS, S. (1988). PASSING: Programme d'analyse des systèmes de services. Application des buts de la Valorisation des Rôles Sociaux. Manuel des critères et des mesures de la Valorisation des Rôles Sociaux. (2ème éd.). Toronto: Les Communications Opell Inc. et L'Institut G. Allan Roeher.
- WOLFENSBERGER, W. (1972). The principle of normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation.