

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

septembre/octobre 2016 • volume 18 • 5

Dans ce numéro

Les ergothérapeutes en tant que collaborateurs clés dans les domaines de la réadaptation psychosociale, de l'approche axée sur le rétablissement et de la réforme des soins de santé mentale au Canada

Skye Barbic et Regina Casey

De la réflexion à l'action : Explorer des pratiques de réconciliation dans la pratique axée sur le rétablissement

Colleen McCain

Lutter ensemble contre la solitude pour une société plus saine

Rehana Hirji

NUMÉRO THÉMATIQUE :

La pratique en réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement

Collaboratrices spéciales :
Regina Casey, PhD, Erg., et
Skye Barbic, PhD, Erg.



Le #31dayOTchallenge de l'ACE est de retour!

Il y aura des prix pour les meilleures photos, commandité par Pharmasave

L'année dernière, nous avons publié plus de **dix millions** d'impressions en ligne ... et nous nous sommes bien amusés tout en parlant de l'ergothérapie.

Utilisez vos bâtons bruiteurs de l'ACE pour faire du bruit au nom de l'ergothérapie!

Le mois d'octobre est le mois de l'ergothérapie

Parlez **d'ergothérapie** à **une personne par jour** et partagez vos expériences sur les médias sociaux pour courir la chance de gagner!

Visitez le **www.caot.ca/OTmonth** pour obtenir de plus amples renseignements et les règles du concours.



Association canadienne des ergothérapeutes • www.caot.ca/otmonth

PHARMASAVE

Associés corporatifs de l'ACE

Merci aux compagnies suivantes qui appuient l'Association canadienne des ergothérapeutes



www.3mcanada.ca



www.communitytherapists.com



www.homeheartbeats.com



www.nuvisionrehab.com



www.stander.com



www.agecomfort.com



www.corechair.com



www.humancaregroup.com



www.parsonsadl.com



www.stannah.com



www.airgomobility.com



www.ebshealthcare.com



www.leika.ca



www.pattersonmedical.com



www.sunrisemedical.ca



www.bmsgroup.com



www.entwistlepower.com



www.lifemark.ca



www.promenaïd.com



www.symmetric-designs.com



www.bravaworks.com



www.ergocentric.com



www.roymatheson.com



www.qcard.ca



www.thepersonal.com



www.capitalbenefit.ca



www.ergoburo.ca



www.mckesson.com



www.sagepublications.com



www.vgm.com



www.carefoam.com



www.evac-chair.ca



www.motionspecialties.com



www.sensimatsystems.com



www.wheelchairinmotion.com



www.cadaonline.ca



www.flamanfitness.com



www.mylibertylife.com



www.shiftconcussion.ca



www.westechhealth.com



www.clearsightandsound.com



www.freedomwand.com



www.osns.org



www.snugvest.com



www.uwo.ca/fhs/ot/

Table des matières

Les ergothérapeutes en tant que collaborateurs clés dans les domaines de la réadaptation psychosociale, de l'approche axée sur le rétablissement et de la réforme des soins de santé mentale au Canada.....	3
Skye Barbic et Regina Casey	
L'ACE : VOTRE PARTENAIRE TOUT AU LONG DE VOTRE CARRIÈRE	
Quoi de neuf?.....	5
DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE	
Examiner la pratique axée sur le rétablissement du point de vue de l'environnement.....	6
Robin Mazumder	
Mise à jour sur le projet l'Action contre l'inertie : recherche et pratique.....	8
Megan Edgelow	
Le club psychosocial Prosper Place : une mosaïque fondée sur l'inclusion et axée sur le rétablissement.....	10
Heather Bussiere, Bluma Goldberg, Loraine Kolber, Helen Tam et Esther Wong	
PARTAGE DE PERSPECTIVES	
Lutter ensemble contre la solitude pour une société plus saine.....	12
Rehana Hirji	
Réflexions d'une étudiante en ergothérapie sur le rétablissement axé sur le dévoilement de soi.....	13
Genna Solomon et Hiba Zafran	
Notes de stages : un regard candide sur les conversations de deux étudiantes en ergothérapie pendant leur stage en santé mentale.....	15
Nicole Matichuk et Liv Brekke	
Réflexions étudiantes sur le rétablissement dans les domaines de la recherche et de la pratique clinique : Leçons apprises et questions sans réponses.....	18
Alissa Low, Christine Daniel, Catherine Auger, Rachel Kadoch, Suzanne Rouleau et Laurence Roy	
INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES	
De la réflexion à l'action : Explorer des pratiques de réconciliation dans la pratique axée sur le rétablissement.....	20
Colleen McCain	
Promouvoir le rétablissement grâce aux prix annuels « Archie Awards ».....	22
Matthew Tsuda et Erica Schott	
La participation à des loisirs : Collaborer pour favoriser le rétablissement.....	24
Catherine White, Lara Fenton et Karen Gallant	
Le modèle axé sur les forces : une approche novatrice de la gestion de cas en santé mentale communautaire.....	26
Danielle Hogan et Kathy Pennell	
Appliquer des pratiques novatrices en réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement dans des régions à faibles ressources en vue de favoriser la participation communautaire des personnes ayant une maladie mentale grave.....	29
Regina Casey, Terry Krupa, Rosemary Lysaght, Ruth Ruhara, Victoria Mutiso, Sean Kidd, David Ndetei et Arlene MacDougall	
L'emploi et l'éducation comme objectifs cibles du rétablissement dans les soins de santé mentale.....	31
Skye Barbic, Stephany Berinstein, Lyn Heinemann et Vivian Lau	

Toute déclaration figurant dans les *Actualités ergothérapeutiques* est la seule responsabilité de l'auteur et, sauf avis contraire, ne représente pas la position officielle de l'ACE qui, de plus, n'assume aucune responsabilité envers une telle déclaration. Les *Actualités ergothérapeutiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation.

Tous droits de rédaction réservés

Les *Actualités ergothérapeutiques* et l'ACE ne soutiennent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Lori Cyr, OT(C)

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'ACE

Janet M. Craik, M.S., Erg. Aut. (Ont.), OT(C)

RETOURNER LES COLIS NON DISTRIBUABLES PORTANT UNE ADRESSE CANADIENNE À L'ADRESSE SUIVANTE:

Association canadienne des ergothérapeutes
100-34 chemin Colonnade,
Ottawa, Ontario K2E 7J6

Courriel: publications@caot.ca

INDEXAGE

Le périodique *Actualités ergothérapeutiques* est indexé par : ProQuest et OTDBase

PUBLICITÉ

Tél. : (613) 523-2268, poste 237

Courriel : advertising@caot.ca

ABONNEMENTS

Tél. : (613) 523-2268, poste 263

Courriel : subscriptions@caot.ca

DROIT D'AUTEUR

L'ACE détient le droit d'auteur des *Actualités ergothérapeutiques*. Une autorisation écrite de l'ACE doit être obtenue pour photocopier, reproduire ou réimprimer en partie ou en entier ce périodique, sauf avis contraire. Un tarif par page, par tableau ou par figure sera applicable pour fins commerciales. Les membres de l'ACE ou de l'ACPUE sont autorisés à photocopier jusqu'à 100 copies d'un article, si ces copies sont distribuées gratuitement à des étudiants ou des consommateurs à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer à l'adresse suivante : copyright@caot.ca

Le périodique *Actualités ergothérapeutiques* est publié six fois par année (à tous les deux mois, à partir de janvier) par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

RÉDACTRICE EN CHEF

Janna MacLachlan, Erg. Aut. (Ont.)

Tél. (613) 523-2268, poste 226, télécop. (613) 523-2552,

courriel : otnow@caot.ca

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JARcreative

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Claire Hurd, Erg. Aut. (Ont.)

COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Janna MacLachlan, Erg. Aut. (Ont.)

Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)

Emily Etcheverry, PhD, MEd, Erg. Aut. (MB.)

Heather Gillespie, OT

Tamara Germani, OT

Susan Mulholland, MSc Rehab, ergothérapie

Nadia Noble, Erg. Aut. (Ont.)

Heidi Cramm, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT

Tarra Carter, BA

ex-officio : Helene Polatajko, PhD, Erg. Aut. (Ont.), FCAOT, FCAHS

ex-officio : Julie Lapointe, erg. Erg. Aut. (Ont), PhD

ÉDITEURS THÉMATIQUES

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

Janet Jull, PhD, Erg. Aut. (Ont.),

Alison Gerlach, PhD, OT

Liens internationaux

Andrew Freeman, PhD, erg.

Notre passé ergothérapeutique

Hadassah Rais, MSc (ergothérapie - post-professionnelle),

Erg. Aut. (Ont.)

Réflexions sur la pratique privée

Flora To-Miles, ergothérapeute

Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, ergothérapie

La télésanté et la technologie d'assistance

Pam McCaskill, OT. Reg. (NB)

L'application des connaissances en ergothérapie

Heather Colquhoun, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Keiko Shikako-Thomas, PhD, erg.

Rehausser la pratique

Aînés : Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT

Adultes : Patricia Dickson, MSc, Erg. Aut. (Ont.)

Enfants et adolescents : Gail Teachman, MSc, Erg. Aut. (Ont.)

Santé mentale : Regina Casey, PhD, MA, OT

Pratique en milieu rural et éloigné : Niki Kiepek, PhD, OT Reg.(NS)

Perspectives estudiantines :

Sarah Hobbs, BA

Sarah Villiger, BEd

La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

Briana Zur, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Formation clinique et théorique

Catherine White, PhD, OT Reg. (NB, NS)

Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

Tiziana Bontempo, MSc (RHBS), Erg. Aut. (Ont.)

Les assistants de l'ergothérapeute et le personnel de soutien en ergothérapie

Erin Moerman, AE/AP

Tous les membres du comité éditorial et les éditeurs thématiques des *Actualités ergothérapeutiques* sont membres en règle de l'ACE

Éditorial : Les ergothérapeutes en tant que collaborateurs clés dans les domaines de la réadaptation psychosociale, de l'approche axée sur le rétablissement et de la réforme des soins de santé mentale au Canada

Skye Barbic et Regina Casey

Dans la dernière moitié du siècle dernier, les services de santé mentale au Canada ont considérablement changé (Kidd, McKenzie et Virdee, 2014). En effet, les soins sont non seulement passés des milieux institutionnels à la communauté, mais l'approche fondée sur les faits pour l'évaluation, la planification et l'évaluation des interventions a également évolué afin de mettre l'accent sur des pratiques exemplaires, axées sur l'approche centrée sur la personne et sur la promotion de la participation citoyenne (Kidd et al., 2014). De nos jours, le but des interventions est de travailler de concert avec la personne aux prises avec une maladie mentale et ses proches, en ayant le sentiment commun que le rétablissement est possible. Aux fins de ce numéro des *Actualités ergothérapeutiques*, nous utiliserons la définition du rétablissement proposée par William Anthony (1993), soit « la possibilité de mener une vie satisfaisante, nourrie d'espoir et valorisante, en dépit des incon vénients causés par les problèmes de santé mentale » (p. 15).

Nous découvrons actuellement qu'il est très difficile d'adopter avec succès une pratique axée sur le rétablissement dans nos milieux de travail respectifs. Par exemple, des barrières comme les préjugés sociaux, l'injustice, les politiques et procédures institutionnelles complexes sont des barrières à la mise en œuvre de la philosophie qui sous-tend le rétablissement (Drake et Whitley, 2014). Compte tenu de l'intérêt grandissant des différents intervenants pour la santé mentale et l'équité en santé et des données indiquant que dans une année donnée, un Canadien sur cinq est directement touché par une maladie mentale (Statistique Canada, 2011), nous avons besoin d'un plan judicieux pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé mentale.

En 2006, le premier rapport canadien affirmant le besoin d'une réforme du système de santé mentale axée sur le rétablissement a été publié (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Ce document a frayé la voie à l'élaboration de la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2012) et du *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (CSMC, 2015). Ces documents sont complémentaires aux travaux réalisés par Psychosocial Rehabilitation/ Réadaptation Psychosociale (PSR/RPS) Canada qui déterminent les principes et les valeurs (PSR/RPS Canada, 2014, code of ethics (PSR/RPS Canada, 2016), de même que les compétences attendues des praticiens canadiens dont les pratiques sont axées sur le rétablissement (PSR/RPS Canada, 2013). Par ailleurs, il est intéressant de constater que depuis juin 2016, il est possible de faire une demande pour devenir un praticien canadien agréé en RPS (voir le www.psrpscanada.ca/).

Les termes « rétablissement » et « RPS » sont couramment utilisés dans de nombreux milieux de la santé pour décrire les cadres conceptuels, les principes de l'orientation des services et les résultats visés par les soins (Bird et al., 2014; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams et Slade, 2011). La réadaptation psychosociale est basée sur 13 principes de base et elle est définie par Farkas (2013) comme l'ensemble des compétences, attitudes et comportements, y compris les pratiques fondées sur les faits, utilisés par

les praticiens pour favoriser le parcours de rétablissement des personnes ayant une maladie mentale, afin qu'elles puissent vivre sainement dans les communautés de leur choix. Le présent numéro des *Actualités ergothérapeutiques* présente des données probantes sur l'application des principes du rétablissement et de la RPS dans la pratique, de même que sur le rôle de l'ergothérapie pour favoriser la restructuration du système de santé mentale au Canada. Les idées présentées dans ce numéro ont été choisies dans le but de remettre en question les frontières de notre travail et d'enrichir le dialogue sur le rétablissement et la RPS entre les membres de notre dynamique communautaire. Les articles ont été rédigés par des chefs de file exemplaires qui ont le but commun d'améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les Canadiens, en les aidant à réaliser des occupations significatives. Les sujets traités dans ces articles sont des exemples des façons dont les occupations ou la participation à des activités significatives peuvent donner un sens personnel au rétablissement, comme : (a) la participation citoyenne, la reconnaissance et l'acquisition de compétences favorables à l'inclusion sociale; (b) la santé, le bien-être et la justice; et (c) les activités qui favorisent le développement du soi ou le sentiment d'être « plus humain » (Casey, 2013, p. ii). Nous sommes persuadées que ces articles témoignent à la fois de l'état actuel des connaissances et d'une vision du rôle des ergothérapeutes en tant que chefs de file et collaborateurs novateurs dans la réforme du système de santé, la pratique fondée sur les faits et la promotion de la santé mentale pour tous.

En préparant ce numéro des *Actualités ergothérapeutiques*, nous voulions présenter des articles qui témoignent des pratiques axées sur le rétablissement dans l'ensemble de notre pays. Par ailleurs, nous avons demandé aux auteurs d'ancrer les articles sur les six dimensions de la pratique axée sur le rétablissement, qui ont été définies dans le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement de la CSMC* (2015). Ces dimensions sont les suivantes :

1. Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme
2. Le rétablissement, par et pour la personne
3. Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie
4. Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada
5. Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
6. Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes

Pour compléter vos lectures, nous vous suggérons de vous plonger dans le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (voir le : <http://www.mentalhealthcommission.ca/>). En effet, ce document-phare présente la vision commune, le langage et la philosophie du rétablissement et de la RPS. De plus, en se basant sur ce guide, les pourvoyeurs de services peuvent prendre des risques et élargir les pistes de réflexions des ergothérapeutes, en tant que praticiens fondés sur les faits. Nous sommes conscientes du fait que ce numéro ne présente que quelques-unes des perspectives du milieu ergothérapeutique. Toutefois, nous

espérons que ces lectures permettront à tous les lecteurs de réfléchir à leur pratique et au rôle que l'ergothérapie peut jouer en vue de mettre de l'avant un système centré sur la personne et sur ses forces, qui favorise la santé mentale de tous les Canadiens.

En ce qui concerne les lecteurs pour qui l'ergothérapie est un sujet peu familier, nous espérons que cette information les incitera à en apprendre davantage sur notre profession et sur les possibilités d'établir des partenariats avec les ergothérapeutes. En ce qui a trait aux personnes qui ont eu le privilège de participer à la transformation du système de santé mentale au cours de dernières décennies, nous les invitons à poursuivre leur réflexion sur la façon dont leurs compétences, valeurs et actions peuvent continuer de contribuer aux travaux et faire progresser positivement la politique, la pratique, l'enseignement et la recherche.

Le 20 juin 2016, Patricia Deegan, une réputée érudite, chef de file et personne atteinte d'une maladie mentale, s'est adressée aux délégués du congrès annuel de Réadaptation psychosociale Canada, à Thunder Bay, en Ontario. Elle a affirmé avec force que nos cibles pour les soins doivent s'étendre au-delà des chiffres associés aux hospitalisations psychiatriques, au récidivisme en matière de traitement, aux visites à l'urgence et à la durée des mandats communautaires. Elle a également souligné qu'actuellement, on considère que le cas de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale est une 'réussite' si ces personnes ne sont pas hospitalisées et si elles utilisent les services au minimum. Par opposition, Deegan et d'autres chefs de file du domaine du rétablissement continuent d'inciter les cliniciens et autres intervenants en santé mentale à examiner les résultats contemporains associés au rétablissement. Les résultats axés sur le rétablissement de la personne peuvent être, par exemple, l'occupation d'un emploi, la participation à la vie familiale, la qualité de vie et la participation citoyenne. Pour capter ces cibles, nous devons non seulement considérer le rétablissement comme une philosophie et un idéal à atteindre, mais également comme une cible mesurable en vue de la réforme du système.

Aujourd'hui, les ergothérapeutes canadiens se trouvent devant un paysage politique, social et économique idéal pour revendiquer la transformation des services de santé mentale. Dans ce numéro thématique des *Actualités ergothérapeutiques*, vous trouverez de nombreux exemples où des ergothérapeutes ont relevé la barre pour que les soins soient axés sur le rétablissement et pour faire valoir la relation entre la personne, l'environnement et l'occupation comme un moyen de favoriser la santé et le bien-être des Canadiens aux prises avec une maladie mentale. Plusieurs des articles présentés dans ce numéro soulignent qu'une direction solide est essentielle à tous les paliers, pour réaliser la vision d'un système de santé mentale transformé. De plus, dans ce numéro, les éléments clés d'une transformation réussie sont décrits, notamment : forger des partenariats avec des experts ayant vécu des problèmes de santé mentale et leurs proches, améliorer la coordination et l'accessibilité des services dans tous les secteurs et toutes les disciplines, et rendre compte de résultats mesurables.

Nous reconnaissons dès l'introduction de ce numéro que le but général de la RPS et du rétablissement ne s'est jamais résumé à une augmentation du nombre de postes occupés dans la communauté par des personnes atteintes de troubles de santé mentale ou à une réduction des taux d'hospitalisations psychiatriques. Le but de la RPS est plutôt de s'attendre à ce que les individus mènent une vie active et significative, en dépit d'un diagnostic de maladie mentale (Anthony, 1993). Joignez-vous à nous pour

rehausser le profil de l'ergothérapie dans le cadre d'un modèle intégré de réadaptation de la santé mentale et pour améliorer les résultats de tous les Canadiens en matière de santé mentale.

Références

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 644-653. doi:10.1177/0004867413520046
- Casey, R. (2013). *The experience of activities and their meaning for people who live with schizophrenia: A phenomenological investigation* (Dissertation doctorale). University of British Columbia. Téléchargé au <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0074058>
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Téléchargé sur le site web du Parlement du Canada : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Drake, R. E., et Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 236-242. doi:10.1177/070674371405900502
- Farkas, M., A. (2013). Introduction to psychiatric/ psychosocial rehabilitation; History and Foundation. *Current Psychiatry Reviews*, 9 (13), 177-187.
- Kidd, S. A., McKenzie, K. J., et Virdee, G. (2014). Mental health reform at a systems level: Wideing the lens on recovery-orientated care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 243-249. doi:10.1177/070674371405900503
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083753
- Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale Canada. (2014). *Principles of Psychosocial Rehabilitation*. Téléchargé au <http://asoft10169.accrisoft.com/psrrpscan/index.php?src=gendocs&ref=Core+Principles>
- Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale Canada. (2013). *Competencies of Practice for Canadian Recovery-Oriented Psychosocial Rehabilitation Practitioners*. Téléchargé au http://www.psrrpscanada.ca/clientuploads/files/PSR_Competencies_2013.pdf
- Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale Canada. (2016). *CPRRP Code of Ethics*. Téléchargé au <http://www.psrrpscanada.ca/index.php?src=gendocs&ref=CPRRPCodeofEthics&category=Main>
- Statistique Canada. (2011). *Recensement du Canada, 2011*. Téléchargé le 31 août 2014, au <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>

À propos des collaboratrices spéciales

La Dre Skye Barbic est une ergothérapeute agréée exerçant en Colombie-Britannique. Au cours des 13 dernières années, elle a exercé dans trois provinces canadiennes, en se passionnant particulièrement pour la santé mentale à base communautaire. Actuellement, Skye est professeure adjointe au Department of Occupational Therapy and Occupational Science de l'UBC. Elle est membre associé du Department of Psychiatry de l'UBC et elle occupe un poste de chercheuse au Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences. On peut la joindre à : skye.barbic@ubc.ca.

La Dre Regina Casey enseigne la réadaptation psychosociale au programme de maîtrise du Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of British Columbia. Elle coordonne le cours en réadaptation psychosociale du diplôme d'études supérieures au Douglas College, de même que la plateforme d'apprentissage et de ressources Psychosocial Rehabilitation British Columbia (www.psyrehab.ca). Regina est co-présidente de Psychosocial Rehabilitation British Columbia et membre du conseil d'administration de PSR/RPS Canada. Elle est également boursière postdoctorale de l'Africa Mental Health Foundation au Kenya. On peut la joindre à : regina.casey@gmail.com.

Quoi de neuf?



Appel de communications pour les *Actualités ergothérapeutiques*

Mars 2017 – L'évolution de l'ergothérapeute exerçant dans le secteur privé. Date limite pour soumettre un article : 1^{er} octobre 2016.

Pour lire l'appel de communications détaillé, prière de consulter le : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=25&pageID=7>

Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquer à : otnow@caot.ca

Octobre est le mois de l'ergothérapie au Canada

Joignez-vous à l'ACE afin de promouvoir notre profession pendant le mois de l'ergothérapie, en octobre prochain. Le #31dayOTchallenge de l'ACE est de retour! Forts des 10 millions d'impressions publiées dans les médias sociaux l'an dernier, nous invitons les ergothérapeutes à participer au défi ergothérapie de 31 jours de cette année afin que nous puissions ensemble sensibiliser la population à l'ergothérapie!

Le défi est simple. À partir du 1^{er} octobre, parlez de l'ergothérapie à une personne dans votre communauté, à chaque jour – en personne, en ligne ou au téléphone – puis, partagez votre interaction sur Twitter ou Facebook, en utilisant le mot-clic #31dayOTchallenge. Encouragez vos collègues à diffuser notre message : l'ergothérapie est vraiment efficace!

Visitez le www.caot.ca/OTmonth pour en savoir davantage sur le défi et sur les autres ressources du mois de l'ergothérapie.

Bienvenue à la directrice générale de l'ACE-QC

Nous avons le plaisir d'accueillir Mme France Verville à titre de directrice générale du chapitre du Québec de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE-QC).

Le rôle de la directrice générale est de veiller à ce que le chapitre soit une voix forte et unie pour défendre les droits et intérêts des ergothérapeutes qui vivent au Québec. Mme Verville mettra à contribution ses connaissances approfondies et sa vaste expérience afin de travailler avec le comité consultatif en vue du développement et des travaux du deuxième chapitre provincial de l'ACE. Unissez-vous à l'ACE pour souhaiter la bienvenue à Mme Verville au sein de l'ACE. Pour joindre Mme Verville directement, prière d'envoyer un courriel à : aceqc@caot.ca.

Bienvenue à la stagiaire de l'ACE

L'ACE a le plaisir d'annoncer que Katelyn Bridge est la stagiaire de l'ACE pour l'année 2016-2017. Le poste de stagiaire à l'ACE est offert à un(e) ergothérapeute ayant obtenu récemment un diplôme d'études supérieures afin qu'il ou qu'elle vive une expérience de travail au bureau national de l'ACE. Des possibilités d'apprentissage sont offertes afin :

- de favoriser l'acquisition de compétences en leadership.
- de promouvoir le rôle des ergothérapeutes dans les domaines de la politique publique, de la défense des intérêts et de la représentation.
- d'aborder des enjeux professionnels actuels exerçant une influence sur l'ergothérapie, en menant des recherches ou en appliquant les résultats de la recherche dans la pratique.

Des nouvelles du Congrès 2017 de l'ACE

Prolongation de la date limite pour soumettre des abrégés

Vous avez le sentiment de ne pas avoir suffisamment de temps pour présenter votre soumission en vue du Congrès de l'ACE? Comme le congrès aura lieu du 21 au 24 juin à Charlottetown, l'Île-du-Prince-Édouard, nous prolongeons la date limite pour soumettre les articles jusqu'au 1^{er} novembre. Le programme et l'inscription en ligne seront toujours possibles un mois plus tard, soit jusqu'au 1^{er} mars, plutôt que jusqu'au 1^{er} février 2017.

Bourses étudiantes de l'ACE, dans le cadre du Congrès 2017

Tous les étudiants des programmes menant à l'entrée en exercice de l'ergothérapie seront admissibles à ce prix si les résumés de cinq étudiants de leur université ont été soumis et acceptés et si ces étudiants prévoient les présenter au congrès. Le lauréat ou la lauréate de cette bourse sera l'étudiant(e) ayant rédigé le meilleur résumé, dans chaque programme universitaire admissible. Les lauréats recevront une portion de cette bourse jusqu'à un maximum de 500 \$ (selon les dons recueillis) de même qu'une inscription gratuite au congrès.

Une nouvelle chronique dans la RCE : articles sur l'état actuel de l'art et de la science

Alors que l'ergothérapie relève les défis liés à la mise en œuvre et au soutien d'une pratique novatrice pour favoriser l'habilitation à l'occupation, la *Revue canadienne d'ergothérapie (RCE)* lance une nouvelle série d'articles de fonds sur « l'état actuel de l'art et de la science ». Ces articles aborderont les enjeux actuels et les nouveaux enjeux en vue de favoriser les avancées créatives dans la pratique. Chaque sujet fera la synthèse des données probantes au moyen d'idées créatives et progressistes sur les façons d'améliorer la pratique et de maximiser l'habilitation à l'occupation. Pour en savoir davantage, lire l'éditorial de Jan Miller Polgar paru dans le numéro de juin 2016 de la RCE.

Mise à jour du calendrier sur les activités de développement professionnel de l'ACE

Planifiez à l'avance et inscrivez-vous tôt pour pouvoir participer aux activités de développement professionnel qui combleront vos besoins. Veuillez visiter le www.caot.ca/education pour consulter le nouveau calendrier des activités de développement professionnel de l'ACE, qui s'étend du mois de 2016 au mois de septembre 2017.

Nouvelles de la FME

La Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) a récemment lancé le Occupational Therapy International Online Network (OTION), une tribune interactive consacrée à l'ergothérapie qui permet aux ergothérapeutes, assistants de l'ergothérapeute et étudiants en ergothérapie à travers le monde de réseauter, de partager des idées et de communiquer avec l'ensemble des membres de la profession (<http://otion.wfot.org/>).

Examiner la pratique axée sur le rétablissement du point de vue de l'environnement

Robin Mazumder

Les régies de la santé à travers le Canada adoptent de plus en plus la pratique axée sur le rétablissement. Compte tenu de la transition du système canadien de santé mentale vers des services et un modèle de soins axés sur le rétablissement, il serait utile pour la profession d'ergothérapeute de préciser son apport unique dans les discussions sur le rétablissement. Pour les ergothérapeutes, les soins axés sur le rétablissement correspondent à l'approche ergothérapeutique des soins de santé, de même qu'à l'éthos de la profession. Compte tenu de leur conception globale de la santé et du bien-être, les ergothérapeutes sont dans une situation idéale pour apprécier la complexité et l'intersectionnalité de l'expérience reconnue au sein du modèle du rétablissement. Nous transportons cette perspective avec nous lorsque nous collaborons avec les clients en vue de favoriser leur participation à des occupations (ou à des activités quotidiennes) qui jouent un rôle dans leur cheminement vers le rétablissement. Une partie de notre approche globale découle du fait que nous reconnaissons que l'environnement exerce une influence sur la participation à des occupations. Le modèle personne-environnement-occupation (PEO) permet de déterminer les aspects de l'environnement pouvant exercer une influence sur la participation à des activités significatives, soient les aspects physique, social, économique, culturel et institutionnel (Law et al., 1996). Onken et ses collaborateurs (2007) ont affirmé que le rétablissement peut être examiné en fonction d'un cadre écologique qui permet d'analyser l'individu, l'environnement et les interactions entre les deux. Au cœur du modèle PEO, on trouve le concept selon lequel le handicap et la difficulté de participer à des activités peuvent être le résultat de barrières dans l'environnement, plutôt que d'émaner de la personne (Law et al., 1996). Compte tenu de cette perspective globale, les ergothérapeutes ont beaucoup à offrir.

Dans son discours commémoratif Muriel Driver de 1991, la Dre Mary Law a expliqué comment les environnements peuvent limiter la participation occupationnelle, en citant les déséquilibres du pouvoir et l'accent mis sur la normalité comme étant des sources de limitation. Dans le même discours, la Dre Law a incité les ergothérapeutes à changer leurs façons de concevoir comment l'environnement peut entraver ou faciliter l'occupation. Le présent article vise à aborder les façons dont les environnements physiques peuvent être influencés par les principes du rétablissement. La Commission de la santé mentale du Canada (CSMS; 2015) a déterminé les six dimensions de la pratique axée sur le rétablissement :

1. Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme
2. Le rétablissement, par et pour la personne
3. Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie
4. Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada

5. Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
6. Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes

En examinant de plus près ces dimensions, nous pouvons constater qu'il peut être avantageux d'adopter un point de vue environnemental.

On constate actuellement un intérêt accru pour l'environnement bâti et la santé mentale. Dans un article intéressant, Curtis, Gesler, Fabian, Francis et Priebe (2007) se sont penchés sur la conception des unités de soins de santé mentale pour les patients hospitalisés; les auteurs ont discuté de la notion de 'paysage thérapeutique', en le définissant comme un « cadre conceptuel pour analyser la façon dont les environnements physique, social et symbolique contribuent à la santé physique et mentale et au bien-être dans différents milieux (p. 592) ». Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle dans ce domaine, car cette idée est conforme au modèle PEO. Curtis et ses collaborateurs ont examiné la façon dont l'hôpital est conçu, de même que sa relation avec la remise du pouvoir aux patients et les conséquences de la conception pour la sécurité et la surveillance des patients. Ces auteurs ont également discuté du fait que la conception des milieux institutionnels pour les patients en santé mentale doit témoigner de la diversité des patients qui y résident. Comme les ergothérapeutes travaillent dans ce genre de milieux, ils ont une bonne compréhension des principes du rétablissement. Il s'agit d'une avenue tangible où les ergothérapeutes peuvent exercer une influence sur la conception des unités de soins de santé mentale afin de favoriser les principes du rétablissement.

Si nous sortons du milieu hospitalier, nous pouvons aussi examiner les raisons pour lesquelles la conception des communautés peut être influencée par les principes du rétablissement. L'un des thèmes récurrents dans le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (2015) est l'importance du respect de la dignité. Comment les pratiques en matière de conception urbaine peuvent-elles favoriser la dignité? Et comment les ergothérapeutes peuvent-ils jouer un rôle de leadership face à cet enjeu? Mulholland, Johnson, Ladd et Klassen (2009) ont affirmé que la conception urbaine exerce une influence sur le rendement occupationnel et ils ont incité les ergothérapeutes à participer davantage à la conception des villes. L'ergothérapie affirme avec fierté être une profession centrée sur le client. L'approche centrée sur le client fait écho à la conception centrée sur la personne, un processus de conception qui exige que les constructeurs et les designers fassent preuve d'empathie envers les personnes pour qui ils conçoivent les établissements ou les habitations. En examinant l'état actuel de nos villes, nous pouvons constater qu'en grande partie, l'environnement bâti et les infrastructures ne sont pas construits de manière empathique. Nous

À propos de l'auteur

Robin Mazumder, BSc, MSc(ergothérapie), est étudiant au doctorat à l'University of Waterloo. On peut le joindre à : robin.mazumder@uwaterloo.ca.



Architecture hostile. Mention de source de la photo : Nils Norman. #dismlagarden http://www.dismalagarden.com/archives/defensive_architecture

connaissions le lien qui existe entre la pauvreté et la santé mentale (Santé Canada, 2002); en prenant cela en considération, quel est l'impact de la façon dont nos villes sont conçues sur les personnes marginalisées? Dans leur article, intitulé « An Urban Geography of Dignity », Jacobson, Oliver et Koch (2009) ont décrit la situation critique du pauvre piéton urbain. Ils ont mis en relief le manque de dignité vécu par les piétons qui doivent se déplacer dans des environnements difficiles et non conçus pour eux. Bien que cela ne soit pas toujours évident pour les ingénieurs et les décideurs qui décident la façon dont nos villes sont construites, nos environnements bâtis exercent une influence sur la dignité. Alors que je travaillais à titre d'ergothérapeute dans une unité en santé mentale pour patients hospitalisés au Centre for Addiction and Mental Health à Toronto, j'ai eu une conversation enrichissante avec le travailleur de notre équipe offrant du soutien par les pairs. Il m'a parlé du concept des « rencontres empreintes de dignité » et il a ajouté qu'en tant que professionnel de la santé, je devrais savoir comment favoriser les expériences axées sur la dignité des clients à qui j'offrais des services. Ces rencontres empreintes de dignité étaient influencées par mon langage corporel, mon langage verbal et la façon dont je travaillais avec les clients. Il est intéressant de constater que Jacobson et ses collaborateurs (2009) ont affirmé que « la ville est le lieu de multiples rencontres empreintes de dignité entre l'individu et l'ensemble des résidents urbains » (p. 731). Les auteurs poursuivent en affirmant que la dignité est un déterminant de la santé dans les milieux urbains. Il s'agit d'un argument solide pour procéder à un examen plus critique de la façon dont la conception urbaine peut favoriser l'oppression et porter atteinte à la dignité.

L'intégration est un autre thème abordé dans le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (2015) de la CSMC. En effet, les pratiques en matière de conception urbaine peuvent favoriser l'inclusion ou l'exclusion des individus. Une tendance inquiétante dans le domaine de la conception urbaine est la pratique de l'architecture hostile ou dissuasive (Quinn, 2014). En effet, plusieurs municipalités à travers le monde utilisent la conception urbaine comme une méthode d'exclusion (voir les photos sur cette page). Par exemple, certains bancs dans les espaces publics sont conçus de manière à être inconfortables pour dormir ou même pour s'asseoir pendant de longues périodes de temps. Dans certains cas extrêmes, « des pointes en métal » sont installées sur le mobilier urbain pour empêcher les personnes sans abri de dormir devant certains édifices. Ces pratiques en matière de conception représentent la notion « d'altérisation » contre laquelle le modèle du rétablissement lutte activement.

En examinant les six dimensions de la pratique axée sur le

rétablissement définies par la CSMC (2015), nous pouvons voir qu'il y a des conséquences associées à l'environnement tel que nous le concevons, selon la perspective de l'ergothérapie. Les environnements contribuent à la façon dont les gens se perçoivent; si un environnement est conçu en portant atteinte à la dignité des personnes qui l'habitent, alors comment peut-on s'attendre à créer une culture fondée sur l'espoir? Par ailleurs, comment les environnements bâtis peuvent-ils témoigner de la diversité des personnes qui y évoluent? Finalement, nous devons reconnaître que la transformation des systèmes et des services ne se limite pas au système de santé. D'autres systèmes, comme les gouvernements municipaux, jouent un rôle dans la promotion des environnements axés sur le rétablissement. Ainsi, les ergothérapeutes peuvent saisir la possibilité de contribuer à la création de lieux et d'espaces favorables au rétablissement.

Références

- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Curtis, S., Gesler, W., Fabian, K., Francis, S., et Priebe, S. (2007). Therapeutic landscapes in hospital design: A qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25, 591-610. doi:10.1068/c1312r
- Jacobson, N., Oliver, V., et Koch, A. (2009). An urban geography of dignity. *Health & Place*, 15, 725-731. doi:10.1016/j.healthplace.2008.11.003
- Law, M. (1991). The environment: A focus for occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 58, 171-179. doi:10.1177/000841749105800404
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63, 9-23. doi:10.1177/000841749606300103
- Mulholland, S., Johnson, S., Ladd, B., et Klassen, B. (2009). L'importance de la conception des villes en ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 11(2), 5-8.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., et Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 9-22. doi:10.2975/31.1.2007.9.22
- Quinn, B. (2014, 13 juin). Anti-homeless spikes are part of a wider phenomenon of 'hostile architecture'. *The Guardian*. Téléchargé au <https://www.theguardian.com/artanddesign/2014/jun/13/anti-homeless-spikes-hostile-architecture>
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Téléchargé au <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-fra.php>



Architecture hostile. Mention de source de la photo : Nils Norman. #dismlagarden http://www.dismalagarden.com/archives/defensive_architecture

Mise à jour sur le projet l'Action contre l'inertie : recherche et pratique

Megan Edgelow

En 2007, à Kingston, en Ontario, un groupe d'ergothérapeutes se passionnant pour la vie dans la collectivité des personnes atteintes de troubles mentaux graves a conçu un manuel pouvant être utilisé auprès des clients devant surmonter des barrières à leur pleine participation à des activités. Le résultat de cette initiative a entraîné la publication d'une intervention axée sur l'utilisation du temps, soit le livre *L'Action contre l'inertie* (ACI; Krupa et al., 2010). Le manuel ACI est basé sur la théorie sous-jacente du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), de même que sur le modèle du rétablissement. Le livre incorpore aussi une perspective sur l'utilisation du temps, en mettant l'accent sur l'équilibre et l'engagement occupationnels.

L'ACI est une intervention unique, du fait qu'elle met l'accent sur la santé par l'activité et la participation, en décrivant les nombreux avantages de la participation à des activités quotidiennes et en s'appuyant sur la base de données probantes actuelles sur l'utilisation du temps et la participation à des activités. L'intervention est axée sur l'engagement des clients à participer à des activités et elle s'appuie sur l'expertise et le raisonnement des ergothérapeutes pour adapter le programme aux besoins de leurs clients (Krupa et al., 2010). Cette approche est conforme au modèle du rétablissement qui favorise la réappropriation du pouvoir d'agir et du choix du client, en mettant l'accent sur le bien-être des personnes atteintes d'une maladie mentale (Rebeiro Gruhl, 2005).

Depuis sa publication en anglais, l'ACI a été traduit en français, en allemand et en hébreu, et le livre est actuellement traduit en mandarin. Il a été vendu dans 16 pays, principalement au Canada, aux États-Unis et en Australie. De plus, des ateliers de formation sur la façon d'utiliser le manuel ont été présentés à travers le Canada. Par ailleurs, plusieurs critiques positives du manuel de l'ACI ont été publiées, notamment dans le *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Kinley, 2010), le *British Journal of Occupational Therapy* (White, 2011) et la *Revue canadienne d'ergothérapie* (Walsh, 2012). Les évaluateurs ont souligné le fait que le manuel peut être utilisé dans de nombreux champs d'intervention en santé mentale, de même que les possibilités de l'utiliser auprès d'autres populations pouvant bénéficier d'une plus grande participation occupationnelle.

En 2011, les résultats d'un essai pilote randomisé de l'ACI ont été publiés (Edgelow et Krupa, 2011). L'essai pilote portait sur un échantillon de 18 participants ayant une maladie mentale grave et une histoire de désengagement occupationnel extrême et recevant des services d'équipes de suivi intensif dans le milieu, dans le sud de l'Ontario. Le groupe ayant reçu l'intervention a augmenté son temps de participation à des activités de 47 minutes par jour en moyenne, après 12 semaines, ce qui représente une différence significative ($p=0,05$). Tous les participants à l'intervention ont émis des commentaires positifs et ils ont affirmé qu'ils recommanderaient l'ACI à d'autres personnes ayant des difficultés semblables; des commentaires tout aussi positifs ont été émis par les ergothérapeutes ayant offert l'intervention. Certains des changements associés à l'utilisation du temps observés pendant l'étude étaient notamment

les suivants : des habitudes de sommeil normalisées; la participation à des activités de bénévolat, de loisirs et sociales; l'amélioration de l'entretien ménager et une participation accrue à des activités spirituelles.

Des recherches sur l'ACI ont également été menées dans d'autres contextes. En effet, en 2015, quatre étudiants en ergothérapie de la Queen's University ont collaboré avec la Dre Terry Krupa pour mener une recherche sur la Mesure de l'engagement dans des activités, une mesure des résultats comprise de le manuel de l'ACI. Cette mesure s'articule autour de quatre éléments clés de la participation occupationnelle, soient, l'équilibre occupationnel, l'activité physique, la structure et la routine, l'attribution d'un sens, la satisfaction, les interactions sociales et l'accès aux milieux communautaires (Bejerholm, Hansson et Eklund, 2006; Bejerholm et Eklund, 2007). Vingt-cinq personnes atteintes d'une maladie mentale grave et le même nombre de personnes issues de la population générale ont rempli la mesure. Les résultats ont indiqué que les experts s'entendaient sur les aspects suivants : l'amélioration de la santé par l'activité et le fait que l'outil mesure un facteur, qu'il a une bonne cohérence interne, de même qu'une fidélité de test-retest acceptable. Les chercheurs préparent actuellement les résultats en vue de les disséminer.

L'Action contre l'inertie

Répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave



Terry Krupa
Megan Edgelow
Shu-ping Chen
Carol Mieras
Andrea Almas
Andrea Perry
Debbie Radloff-Gabriel
Jennifer Jackson
Marla Bransfield

Également en 2015, le cadre *Vivez bien votre vie* a été publié (Moll et al., 2015). Ce nouvel outil canadien a été élaboré par des ergothérapeutes afin de démontrer le lien entre les schèmes d'activités et les résultats en matière de santé et de bien-être. Le cadre est basé sur l'approche de la promotion de la santé visant à remettre du pouvoir aux individus, afin qu'ils réfléchissent à leurs habitudes en matière d'activités et de santé et qu'ils optimisent leurs habitudes en matière de participation à des activités. Sept sources en ergothérapie ont été utilisées pour concevoir ce cadre (Moll et al., 2015), dont l'ACI, qui a contribué à la formulation théorique du cadre.

Plusieurs études canadiennes et internationales sur l'application clinique de l'ACI sont menées actuellement et sont à différentes étapes de la conception, de la cueillette de données et de l'analyse des données; de plus amples renseignements seront disponibles dès que les résultats seront à l'étape de la dissémination.

Des ergothérapeutes communiquent régulièrement avec les principales auteures de l'ACI pour les interroger sur les différentes façons d'utiliser le manuel auprès d'autres populations que les personnes atteintes de maladies mentales graves—la population pour laquelle l'outil a été conçu. Depuis 2014, des groupes d'étudiants de la Queen's University ont travaillé avec l'auteure du présent article afin d'élaborer du nouveau contenu basé sur l'approche relative à l'utilisation du temps et qui peut être adapté à diverses populations. Jusqu'à maintenant, le nouveau contenu a été conçu à l'intention des personnes atteintes d'anxiété, d'un trouble du stress post-traumatique, de démence et de douleur chronique et des jeunes à risque. Du nouveau contenu associé aux troubles de l'humeur, à la déficience intellectuelle et aux lésions cérébrales acquises sera élaboré jusqu'en 2017, dans le but de publier une trousse complémentaire qui enrichira le contenu original et d'aborder d'autres difficultés en matière de rendement occupationnel.

Depuis le début de la création de l'ACI en 2007, des progrès considérables ont été accomplis en ce qui a trait à la publication et à la diffusion du manuel et aux résultats de recherche associés. Les auteurs de l'ACI espèrent que ce genre de collaboration en vue de créer un outil pour favoriser la participation des clients à des activités ainsi que leur rétablissement pourra inciter d'autres ergothérapeutes à adopter des approches semblables dans leur pratique.

Références

- Bejerholm, U., et Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 21-32. doi:10.5014/ajot.61.1.21
- Bejerholm, U., Hansson, L., et Eklund, M. (2006). Profiles of Occupational Engagement in People with Schizophrenia (POES): The development of a new instrument based on time-use diaries. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 58-69. doi:10.1177/03080226060900203
- Edgelow, M., et Krupa, T. (2011). Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 267-276. doi:10.5014/ajot.2011.001313
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., . . . Bransfield, M. (2010). *L'Action contre l'inertie : Répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Moll, S., Gewurtz, R., Krupa, T., Law, M., Larivière, N., et Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health and well-being. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82, 9-23. doi:10.1177/0008417414545981
- Rebeiro Gruhl, K. L. (2005). The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 96-102. doi:10.1177/000841740507200204

À propos de l'auteur

Megan Edgelow, MSc(RHBS), Erg. Aut. (Ont.), est chargée de cours à la School of Rehabilitation Therapy de la Queen's University et elle est l'une des auteures du livre *L'Action contre l'inertie*. Elle possède de l'expérience en clinique, en enseignement et en recherche dans le domaine de la santé mentale et de la participation à des activités. Elle a actuellement une pratique en santé mentale axée sur la participation occupationnelle dans la communauté. On peut la joindre à : edgelowm@queensu.ca.

Atelier de l'ACE

Il est à noter que les ateliers sont offerts dans la langue dans laquelle ils sont annoncés.

Increase your client's capacity to make lasting change through motivational interviewing

Level 1: **Vancouver, BC** - October 28, 2016 or **Toronto, ON** - March 31, 2017

Level 2: **Vancouver, BC** - May 5, 2017 or **Toronto, ON** - June 9, 2017

Research has shown that motivational interviewing is effective in generating lasting motivation and behavioural changes in clients with chronic health conditions, substance abuse and addictions, mental health disorders and many other health issues. CAOT's introductory workshop will introduce you to motivational interviewing and teach you to:

- observe and manage client resistance to increase their motivation
- facilitate clients' commitment to making health behaviour changes
- collaborate with satisfied clients to design a working partnership for shifting and managing their health behaviours
- and more!

Join the Level 2 (Advanced) workshop to address the issues of clients who are more resistant to change. You will be able to expand your motivational interviewing toolkit, address practical challenges in implementing motivational interviewing skills, and pick up cues for change to allow you to more effectively foster long-term health-related behavioural change.



Pour en savoir plus ou pour s'inscrire, visiter le www.caot.ca/workshop ou education@caot.ca
Association canadienne des ergothérapeutes • www.caot.ca



Le club psychosocial Prosper Place : une mosaïque fondée sur l'inclusion et axée sur le rétablissement

Heather Bussiere, Bluma Goldberg, Loraine Kolber, Helen Tam et Esther Wong

La philosophie du rétablissement a été adoptée par la communauté en santé mentale pour orienter la pratique et promouvoir les principes de la réadaptation psychosociale, tout en reconnaissant des valeurs comme l'unicité de la personne, l'autodétermination, les forces et la responsabilité individuelle (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Le club psychosocial Prosper Place à Edmonton, en Alberta, est l'exemple d'une organisation qui applique les principes du rétablissement dans la pratique. Helen Tam et Esther Wong sont des étudiantes ergothérapeutes de deuxième année ayant effectué un stage au club psychosocial Prosper Place. Dans cet article, nous présenterons des extraits du journal et des discussions d'Helen et d'Esther, afin de réfléchir à la façon dont la philosophie du rétablissement et les principes de la réadaptation psychosociale se manifestent au quotidien dans ce club psychosocial. Les auteurs réfléchissent aussi à la façon dont la philosophie et les principes du club psychosocial témoignent des valeurs de l'ergothérapie.

Le modèle 'clubhouse'

Établi à Edmonton en 1997, le Prosper Place Clubhouse est un programme de jour en santé mentale communautaire dirigé par des membres, qui accueille tout adulte ayant un diagnostic primaire de maladie mentale. Le programme est basé sur la Fountain House, le modèle clubhouse original, qui a été établie dans la ville de New-York en 1948. Aujourd'hui, les clubs psychosociaux à travers le monde fonctionnent selon la croyance que ce genre d'établissement « offre un milieu de réadaptation aux gens dont la vie a été sévèrement interrompue en raison d'une maladie mentale et qui ont besoin du soutien d'autres personnes en processus de rétablissement » (International Center for Clubhouse Development d/b/a Clubhouse International, 2016, "What is a Clubhouse," para. 2).

Les clubs psychosociaux comme le Prosper Place Clubhouse offrent aux membres des possibilités d'acquiescer un sentiment d'appartenance et de participer à des activités significatives et productives. Les participants sont des « membres » et ils sont invités à assister aux activités de manière volontaire et illimitée, aussi souvent qu'ils le désirent. Tous les membres participent au fonctionnement et aux décisions politiques du club psychosocial, dirigent leur participation aux activités quotidiennes et ne sont pas définis par leur maladie ou leur diagnostic. En bout de ligne, le Prosper Place Clubhouse est une communauté composée de personnel et de membres qui travaillent en collaboration pour faire fonctionner le club psychosocial, alors que les membres participent simultanément et activement à leur propre rétablissement.

Dans son journal, Helen a écrit : « Je me suis rapidement rendu compte que le fait de connaître le diagnostic des membres ne m'aidait pas vraiment à les comprendre. Je préférerais plutôt lire au sujet de leurs intérêts, leurs buts, leurs familles et tout simplement au sujet des choses qui leur tiennent à cœur. Nous répétons sans cesse que la maladie mentale ou le handicap ne définissent pas une personne, mais je n'avais jamais compris ce concept avant aujourd'hui ».

Le Prosper Place Clubhouse : l'application du modèle clubhouse

Le cheminement vers le rétablissement, tel que défini par la Commission de la santé mentale du Canada, est orienté par l'espoir, la dignité et l'inclusion (2015). La dignité et l'inclusion sont englobées dans le modèle clubhouse. Les membres sont uniquement définis en fonction de leur apport individuel et de leurs qualités uniques. Le personnel participe et travaille avec les membres, en tant que collègues effectuant les tâches quotidiennes du club psychosocial. Les relations mutuellement respectueuses et équitables permettent aux membres de se sentir impliqués face aux services, plutôt que d'être simplement des bénéficiaires des services. La troisième valeur, l'espoir, est favorisée lorsque les membres ont des occasions de partager leurs réussites et réalisations mutuelles, au quotidien. De cette façon, les membres voient les autres à différents stades de leur rétablissement et ils peuvent trouver en eux des sources d'inspiration et de motivation.

Le club psychosocial Prosper Place offre trois principaux programmes, soient le programme de jour de travail, le programme individuel et de groupe de soutien à l'emploi, et le programme de récréation sociale et d'activités éducatives.

Les tâches liées au travail sont centrées autour de la réalisation de tâches administratives et de bureau, dont la publication d'un bulletin mensuel, l'exploitation d'un café, l'exploitation d'une cantine et d'une boutique d'aubaines, et l'entretien général du club psychosocial. En participant au programme, les membres identifient et cultivent leurs forces tout en faisant l'acquisition d'outils pour orienter et prendre en charge leur propre rétablissement et atteindre leurs pleines capacités. Le club psychosocial Prosper Place encourage et soutient également les membres à occuper des postes de bénévolat et des emplois communautaires, individuels ou de groupe, s'ils le désirent. Ces possibilités offrent un véritable travail aux membres dans des milieux favorables à l'intégration qui les aident à réduire les préjugés envers la maladie mentale qui sont répandus dans la communauté.

Esther a fait la remarque suivante : « C'est merveilleux qu'un tel endroit existe pour que les gens puissent faire l'acquisition d'habiletés et avoir la chance de commencer à croire en eux, en leurs habiletés et en leur propre valeur ».

La socialisation fait partie de la routine du club psychosocial. De plus, des activités récréatives sont offertes régulièrement, par exemple, partager des repas et célébrer des fêtes ou des événements spéciaux. Ce partage d'expériences est essentiel à l'acquisition d'un sentiment d'appartenance, de sécurité et d'acceptation qui peut ne pas être présent dans les autres aspects de la vie des membres. Ces activités sont également des occasions pour nouer des amitiés et avoir du plaisir.

Dans son journal, Esther a écrit : « Je peux déjà voir que les membres du club psychosocial ne sont pas seulement des connaissances, mais que pour certains des membres, le club psychosocial est leur seule source de soutien social. J'apprends à mieux connaître les membres et je peux comprendre à quel point ce club est précieux pour eux et comment il a changé leur vie ».

Le club psychosocial offre aussi aux membres des ateliers présentés par des professionnels de la communauté, par exemple la thérapie

par l'art, la création littéraire et la troupe de théâtre. Les étudiants en ergothérapie visent à enrichir les composantes éducatives de la programmation et cet objectif est devenu partie intégrante du rôle des étudiants au club psychosocial Prosper Place. Helen et Esther ont préparé et présenté divers ateliers éducatifs associés à des activités ou occupations quotidiennes, dans le but d'inspirer les membres et de leur procurer de la joie, tout en favorisant leur propre apprentissage professionnel.

Helen a fait la remarque suivante : « En apprenant à connaître les membres, j'ai été épatée de constater à quel point ce centre est important pour la communauté. Je peux à peine imaginer comment les membres pourraient apprendre autrement certaines habiletés essentielles, réussir leur transition vers la communauté ou avoir un endroit sûr où ils peuvent aller tous les jours. »

Les réflexions des étudiantes face à leur expérience

L'une de nos priorités pendant notre stage était de promouvoir et de défendre les intérêts de la profession d'ergothérapeute en faisant connaître notre ensemble unique de compétences. Nous avons pris le temps d'expliquer aux membres et au personnel la relation entre la participation à des activités quotidiennes significatives et la promotion de la santé et du bien-être (Krupa, 2010). Pendant les séances éducatives, nous avons aussi tenté d'aborder les besoins et les intérêts des membres en matière de santé et d'activité et nous avons été surprises de constater toute l'étendue de ce que l'ergothérapie peut offrir, comme le démontre la diversité des sujets éducatifs dont nous avons traité. Les sujets traités étaient la communication efficace, l'estime de soi, le diabète et le soin des pieds, et la sexualité.

En offrant des séances éducatives, nous avons découvert le pouvoir de la participation des pairs pour faciliter le processus d'apprentissage. Par exemple, notre présentation sur l'intimité et la sexualité a été la plus réussie de notre série de séances, même si c'était aussi celle qui nous avait préoccupées le plus. Pendant cette séance, nous avons demandé aux membres de créer un scénario sur la façon de dévoiler leur maladie mentale à un partenaire. Pendant que nous animions la séance, les membres étaient des partenaires égaux du processus, en répondant aux questions de leur partenaire, tout en se basant sur leurs propres expériences. Nous avons rapidement pris conscience du fait que nous ne pouvions pas aider les membres aussi efficacement qu'ils pouvaient le faire entre eux, car nous n'avions jamais vécu de situations semblables aux leurs.

À la fin de notre stage clinique, nous avons décidé de créer une mosaïque représentant un tournesol avec les membres du club psychosocial, afin de célébrer notre séjour parmi eux. Au club psychosocial Prosper Place, les membres et le personnel se sentent valorisés en raison de leurs différences et des habiletés et réflexions uniques qu'ils partagent avec les membres de la communauté du club psychosocial. Cette diversité, représentée par les pièces de la mosaïque, représente une belle chose— une communauté fondée sur l'acceptation, le respect et l'intégration. Prosper Place est un exemple inspirant de la façon dont la pratique de l'ergothérapie, la réadaptation psychosociale et le rétablissement peuvent s'harmoniser pour



Mosaïque réalisée par les étudiantes et les membres du club psychosocial Prosper Place à la fin d'un stage étudiant en ergothérapie.

promouvoir la santé et le bien-être.

Remerciements

Les auteures aimeraient reconnaître et remercier Angela Fawcett, directrice générale du Prosper Place Clubhouse, pour son soutien tout au long du stage d'Helen et d'Esther au club psychosocial, et pour son aide lors de la rédaction de cet article.

Les auteures tiennent également à remercier sincèrement tous les membres du Prosper Place Clubhouse pour leur soutien tout au long du stage d'Esther et d'Helen. Les membres sont vraiment des personnes remarquables et, sans leur participation, le stage des étudiantes n'aurait pas été possible.

Références

- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- International Center for Clubhouse Development d/b/a Clubhouse International. (2016). *What is a clubhouse?* Téléchargé au <http://www.iccd.org/whatis.html>
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., . . . Bransfield, M. (2010). *L'Action contre l'inertie : Répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

À propos des auteures

Heather Bussiere, BSc(ergothérapie), était l'enseignante clinique pour les stages autonomes dans la communauté au programme d'ergothérapie de l'University of Alberta, au moment où Helen Tam et Esther Wong ont effectué leur stage au club psychosocial Prosper Place.

Bluma Goldberg, MSc(ergothérapie), est une ergothérapeute à la retraite. Elle a travaillé pendant plus de 40 ans dans des établissements institutionnels et communautaires en santé mentale.

Loraine Kolber, BSc(ergothérapie), BSc, est la coordonnatrice de la formation clinique pour les stages autonomes dans la communauté, au Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta. On peut la joindre à : lkolber@ualberta.ca.

Helen Tam et Esther Wong sont des étudiantes en ergothérapie au Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta.

Lutter ensemble contre la solitude pour une société plus saine

Rehana Hirji

Lorsque l'on considère les besoins humains, les premiers besoins qui nous viennent à l'esprit sont souvent les besoins fondamentaux (nourriture, vêtements et logement). Toutefois, en tant qu'êtres intrinsèquement sociaux, nous avons aussi un besoin fondamental de rapports humains.

La solitude, qui est l'expérience subjective d'une interaction significative limitée, peut être le résultat de l'isolement social (un état physique d'isolement, selon lequel des individus passent la majorité de leur temps seuls) ou de l'isolement émotionnel (se sentir émotionnellement seul, malgré la présence physique d'autres personnes; Weiss, 1973). De plus en plus de données probantes montrent que la solitude et l'isolement social sont des facteurs de risque de maladies coronariennes, d'accidents vasculaires et de mortalité (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris et Stephenson, 2015). Dans le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, l'isolement est décrit comme un facteur de risque de maladie mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2012).

Dans ma pratique, j'ai pu observer à quel point la solitude peut être une barrière au rétablissement. En effet, les personnes qui peinent à établir des rapports significatifs ont souvent de la difficulté à s'engager face à leur rétablissement. Cette difficulté se complexifie en raison de la stigmatisation, des taux de chômage élevés et de degrés généralement faibles d'utilisation significative du temps. Dans le présent article, je présenterai un sommaire de mes réflexions sur les façons dont l'isolement et la solitude se manifestent et sont abordés dans la pratique, de même que des suggestions sur les rôles de l'ergothérapie, des services de santé mentale et de la communauté dans leur ensemble pour aborder les causes et les conséquences de la solitude.

Au cours du processus de rétablissement, la maladie en soi peut contribuer à l'isolement. Par exemple, lorsqu'une personne s'absente de son travail pour un congé de maladie, il arrive qu'elle soit déconnectée de ses collègues pendant son séjour à la maison pour se rétablir. Un congé prolongé du travail peut entraîner une perte d'emploi, des problèmes sociaux ou relationnels et un cycle perpétuel d'isolement.

Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle important en aidant les personnes aux prises avec une maladie mentale à considérer la solitude comme un indicateur important de santé et de rétablissement. Ils peuvent s'engager avec les clients dans des conversations sur l'utilisation du temps, les relations significatives et la participation à des activités. De plus, les ergothérapeutes possèdent les compétences, la formation et les outils requis pour jouer un rôle de leadership en revendiquant des interventions visant à aborder la solitude dans les services de santé mentale offerts quotidiennement.

Dans le document *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, la Commission de la santé mentale du Canada (2015) reconnaît que les préjugés associés à la maladie mentale peuvent aussi contribuer à l'isolement des gens. La communauté joue également un rôle en propageant les préjugés et en réduisant au minimum les possibilités de participation des personnes atteintes de maladies mentales. De manière anecdotique, les personnes ayant une maladie mentale identifient plusieurs facteurs contribuant à leur solitude, notamment la pauvreté, des relations

familiales distantes sur le plan émotif ou géographique, la réduction des contacts avec les communautés confessionnelles et la difficulté de se faire de nouveaux amis à l'âge adulte.

Les relations et la participation sont essentielles à la santé de tous les membres de la collectivité. Peu importe qu'une personne soit aux prises ou non avec un problème de santé mentale, elle doit avoir la possibilité de participer pleinement, selon ses désirs. Cependant, il est important que nous demandions à nos clients s'ils se sentent seuls et de leur offrir d'aborder la solitude dans le cadre des objectifs de l'intervention ergothérapeutique.

En tant que société, nous avons la responsabilité d'aborder la solitude pour favoriser la santé mentale et le rétablissement. Bien que certaines initiatives contribuent directement ou indirectement à aborder l'isolement, comme les centres de récréation sociale à l'intention des personnes ayant des maladies mentales, ou Meetup.com (un site web où les individus peuvent participer à des activités de groupe en personne ou à des discussions avec d'autres personnes de leur communauté), la solitude persiste. Il est essentiel de mener des études sur les limites de ces initiatives, y compris sur la portée des ressources, de même que sur les barrières entravant l'accès à ces initiatives, afin d'éclairer les futures initiatives.

Les ergothérapeutes possèdent les compétences requises pour aborder ces limites en ciblant de manière créative les lacunes des initiatives sociales et axées sur le rétablissement, afin de les optimiser et de les adapter aux besoins des individus. Les interventions et stratégies particulières choisies peuvent être, notamment, d'accroître les initiatives axées sur la récréation sociale, de continuer d'aborder les préjugés sur la santé mentale, de sensibiliser davantage les différents intervenants et la population à l'importance des rapports sociaux et à la nature des relations saines, ou encore de renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté chez tous les individus. L'objectif n'est pas seulement de réduire l'isolement social, mais également d'optimiser la qualité des interactions visant à aborder l'isolement émotionnel. En bout de ligne, les communautés à travers le Canada doivent s'unir pour aborder l'isolement et reconnaître ses répercussions sur la santé mentale, sur le rétablissement et sur la santé de tous les Canadiens.

Références

- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., et Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227-237. doi:10.1177/1745691614568352
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

À propos de l'auteure

Rehana Hirji, Erg. Aut. (Ont.), est ergothérapeute au North York General Hospital à Toronto, en Ontario. Elle travaille dans le domaine de la réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement auprès d'une clientèle adulte, au sein d'un programme de jour en santé mentale. On peut la joindre à : rehanahirji@gmail.com.

Réflexions d'une étudiante en ergothérapie sur le rétablissement axé sur le dévoilement de soi

Genna Solomon et Hiba Zafran

Dans cet article, le terme « Je » réfère à l'expérience de la première auteure et est utilisé tout au long du texte. La deuxième auteure a contribué à la réflexion visant à encadrer cette expérience en fonction de la littérature théorique et empirique.

Deux jours à peine après le début de mon stage en santé mentale dans un programme de jour transitoire en tant qu'étudiante en ergothérapie, j'ai rencontré une cliente ayant une histoire de cas complexe et dont le maniérisme, les mots et le ton me laissaient croire qu'elle éprouvait une profonde tristesse et un sentiment d'isolement. Ses problèmes apparents me rappelaient mes propres épisodes les plus sombres, alors que le simple fait de m'exprimer de manière rationnelle me demandait des efforts incroyables et me donnait le sentiment d'être inutile, seule et incomprise. Si j'avais été à la place de la cliente, j'aurais voulu savoir que je n'étais pas seule et qu'il y avait de l'espoir que les choses changent. J'avais l'impression qu'en sachant qu'elle parlait à une personne qui pouvait comprendre l'énormité des démons qu'elle devait affronter, elle se sentirait moins seule.

J'ai donc décidé de lui transmettre une parcelle de mon expérience personnelle, en lui expliquant que le changement est un processus lent, mais qu'il est possible, et que je le sais pour l'avoir vécu.

En entendant cela, la cliente a semblé soulagée; son visage s'est détendu et elle eu un léger sourire. L'un des éléments clés du rétablissement est la connexité (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams et Slade, 2011), notamment, la relation que le client établit avec les professionnels de la santé. Les soins de santé mentale ne sont pas une voie à sens unique où le client est le seul à se sentir compris; il s'agit plutôt d'une entente mutuelle (Fraser, 2000) selon laquelle le pourvoyeur de services et le client s'engagent dans une relation professionnelle et véritablement thérapeutique. J'ai eu le sentiment que nous avons compris toutes les deux que nous étions ensemble pour vivre cette expérience. Mon superviseur de stage m'a confirmé que j'arrivais à me servir de mes expériences personnelles de manière adéquate et efficace. Dans les semaines qui ont suivi, la cliente m'a révélé qu'elle se sentait de plus en plus en sécurité pour parler avec moi et elle m'a dit que nos discussions l'avaient motivée à poser des gestes pour apporter des changements dans sa vie. Même si je n'ai aucun moyen de savoir si mon soutien aura des effets durables sur elle, je sais que ma décision de m'ouvrir à elle l'a aidée à se sentir connectée à une autre personne, et qu'elle a entraîné chez elle un changement de vision face à ses perspectives d'avenir.

L'équipe avec laquelle j'ai travaillé était composée de professionnels expérimentés et bienveillants; pourtant, j'ai remarqué que ces qualités ne se traduisent pas nécessairement par l'établissement de partenariats relationnels (Jacobson et Greeley, 2001), qui est pourtant un élément essentiel des soins axés sur le rétablissement. J'ai observé que le dévoilement judicieux d'information pertinente englobant la

notion de cheminement commun de croissance et de découverte (Slade, 2009) n'était pas courant au sein du modèle d'expertise biomédical. De plus, j'ai remarqué que les histoires d'anciens usagers des services étaient racontées à l'occasion sur un ton désinvolte ou teinté de jugement, et qu'elles étaient truffées de commentaires comme les suivants : « Elle a tellement d'argent et de soutien social, comment peut-elle être déprimée? » Les attitudes et préjugés sous-entendus dans ce genre de conversation m'ont frappée et je me suis demandé quelles étaient leurs répercussions sur les pratiques en matière de soins dans ce milieu.

En général, je crois que dans un milieu où les tenants des soins axés sur le rétablissement sont appliqués, les préjugés peuvent être remis en question et abordés de manière respectueuse (Pickles, 2014; Pietrus, 2013) au moyen du dialogue. Les ergothérapeutes ont un rôle important à jouer en tant qu'agents de changement faisant de l'éducation et des revendications (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Il peut être bénéfique de montrer à nos collègues que l'on s'accepte personnellement en remettant en question les suppositions basées sur des préjugés, et je suis en train d'apprendre que les mots et les actions que nous utilisons pour nous dévoiler peuvent aussi nous permettre d'en nuancer l'impact. Par exemple, si je dis que je « partage » des parcelles de mon histoire dans le but de susciter de l'espoir, j'assume peut-être un rôle semblable à celui d'un travailleur offrant du soutien à ses pairs, qui est basé sur une type de réciprocité caractéristique des mentors ou des amis (O'Hagan, Cyr, McKee et Priest, 2010). Si j'utilise le terme « dévoilement judicieux de soi », cela peut indiquer un choix délibéré de me servir de mes expériences personnelles dans un but thérapeutique, ce qui peut correspondre davantage au rôle d'expert ou ce qui peut être associé au modèle médical.

La défense des intérêts peut prendre plusieurs formes, et je crois que le partage de réalités personnelles particulières peut avoir une grande influence sur la normalisation des problèmes de santé mentale, tout en favorisant les attitudes fondées sur la compassion, le respect et l'acceptation des personnes ayant ce genre de difficultés. Lorsque la cliente m'a posé des questions directes au sujet de mes médicaments et des traitements que j'avais reçus, j'ai choisi de ne pas répondre, car je crois que ce genre de révélation n'aurait pas aidé cette cliente à prendre des décisions éclairées face à ses propres soins. Dans toutes les situations et les milieux de pratique, je dois me demander si le dévoilement de soi est la stratégie la plus efficace pour un problème donné. Le moment propice, la sécurité culturelle et thérapeutique, la confiance et le respect mutuels sont tous des aspects importants à prendre en considération. À cet égard, les auteures proposent une série de questions de réflexion qui peuvent aider les ergothérapeutes à évaluer s'il est judicieux de se dévoiler à un client :

- Est-ce que cela aidera le client en ce moment? De quelle façon?
- Pourquoi devrais-je m'ouvrir? Est-ce que cela répond à mon besoin d'être compris ou d'être connecté?
- Quelles parties de ces renseignements dois-je partager? À quel moment?
- Cette information peut-elle être interprétée négativement par le client?
- Qu'est-ce qui est le plus judicieux pour le client en ce moment, le dévoilement ou l'éducation?
- Comment le client a-t-il réagi à l'information? Est-ce que cela lui a été utile?
- Comment puis-je évaluer continuellement les effets du dévoilement de soi?
- Que peut être l'effet du dévoilement de soi à un client sur les autres relations professionnelles dans ce milieu de soins?

Il n'est pas inhabituel de se demander si le dévoilement de son histoire personnelle face à une santé mentale fluctuante représente un risque pour la crédibilité professionnelle (Carter et Motta, 1988). Toutefois, si les professionnels de la santé admettent que la normalisation des troubles de santé mentale fait partie de leur rôle, alors comment peuvent-ils s'attendre à ce que les clients croient qu'il n'est pas honteux d'avoir une maladie mentale si ceux d'entre nous ayant vécu des expériences semblables séparent entièrement ces expériences de leur vie professionnelle? Comment pouvons-nous prétendre dissiper les préjugés en étant authentique, si l'on applique cette règle aux autres et non pas à soi-même? En dévoilant l'anxiété et le désespoir que j'ai ressentis face à mes expériences personnelles tout en parlant de positivisme et d'espoir, j'ai réussi à établir des rapports avec les clients et les professionnels de manière unique et judicieuse. Plusieurs des clients du programme m'ont remerciée d'avoir ainsi contribué à leur processus de rétablissement. Comme certains d'entre eux me l'ont dit lors de ma dernière journée de stage, mon désir de partager des parcelles uniques de mon expérience personnelle face à la maladie mentale les a aidés à se sentir compris, importants et soutenus.

Lorsqu'il est fait avec discernement et à la suite d'une réflexion critique (McCorquodale et Kinsella, 2015), le dévoilement de nos expériences personnelles peut favoriser les rapports significatifs et la remise du pouvoir aux autres. En partageant mon point de vue étudiant sur le dévoilement de soi en tant que stratégie de connexion et de revendication, dans le cadre d'une pratique axée sur le rétablissement, j'espère que d'autres professionnels remettront

en question leurs suppositions et leurs perceptions sur les frontières entre les aspects personnels, professionnels et politiques et qu'ils saisisseront l'importance de faire place à la vulnérabilité dans leur pratique.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>
- Carter, R. L., et Motta, R. W. (1988). Effects of intimacy of therapist's self-disclosure and formality on perceptions of credibility in an initial interview. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 167-173. doi:10.2466/pms.1988.66.1.167
- Fraser, N. (2000). Rethinking recognition. *New Left Review*, 3, 107-120. Téléchargé au <https://newleftreview.org/11/3/nancy-fraser-rethinkingrecognition>
- Jacobson, N., et Greeley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485. doi:10.1176/appi.ps.52.4.482
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutilier, C., Williams, J., et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- McCorquodale, L., et Kinsella, E. A. (2015). Critical reflexivity in client-centred therapeutic relationships. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 311-317. doi: 10.3109/11038128.2015.1018319
- O'Hagan, M., Cyr, C., McKee, H., et Priest, R. (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada*. Téléchargé sur le site web de la Commission de la santé mentale du Canada : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/PS_Making_the_Case_for_Peer_Support_Report_FRE_1.pdf
- Pickles, M. (2014, 7 octobre). Opinion: As a psychiatrist in training, I should not have to hide my own history of depression. *Montreal Gazette*. Téléchargé au <http://montrealgazette.com/opinion/columnists/opinion-as-apsychiatrist-in-training-i-should-not-have-to-hide-my-own-history-ofdepression>
- Pietrus, M. (2013). *Changer les mentalités. Rapport provisoire*. Téléchargé sur le site web de la Commission de la santé mentale du Canada : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/opening_minds_interim_report_fre_0.pdf
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. Téléchargé au <http://www.rethink.org/100ways>

À propos des auteures

Genna Solomon effectue actuellement une maîtrise en ergothérapie à l'Université McGill. Elle devrait obtenir son diplôme en 2016. Ses intérêts professionnels sont la défense des intérêts, la recherche, l'enseignement et la politique en matière de santé. Elle possède un diplôme de premier cycle en dessin et peinture de l'Université Concordia et elle a récemment terminé un certificat en enseignement du yoga traditionnel Astanga. On peut la joindre à : genna.solomon@mail.mcgill.ca

La Dre Hiba Zafran enseigne le programme d'études psychosociales du programme d'ergothérapie de l'Université McGill, tout en exerçant dans le domaine de la santé mentale des étudiants. Ses travaux de recherche portent sur l'examen des processus du raisonnement professionnel et de l'attribution d'un sens thérapeutique aux arts et aux activités, sur les préjugés et les relations thérapeutiques, de même que sur la création et l'application de connaissances intégrées sur la participation dans la mise en œuvre de la politique en santé mentale. On peut la joindre à : hiba.zafran@mcgill.ca



Mention de source de la photo en page couverture :

Photo de Hina Mahmood

Hina explique : « Cette image représente la valeur de la méditation de la pleine conscience et la façon dont elle contribue au rétablissement et à la qualité de vie. Les ergothérapeutes peuvent incorporer cette pratique dans les soins centrés sur le client, afin de permettre au client de se réapproprier le pouvoir d'agir et d'autogérer son mode de vie ».

Notes de stages : un regard candide sur les conversations de deux étudiantes en ergothérapie pendant leur stage en santé mentale

Nicole Matichuk et Liv Brekke

À quoi ressemble l'approche fondée sur l'espoir et centrée sur la personne dans le monde réel de la pratique de l'ergothérapie? Et de quelle façon les valeurs et les compétences dans le domaine de la réadaptation psychosociale s'expriment-elles organiquement dans les discussions des étudiants en ergothérapie pendant leurs stages? Cet article présente un aperçu des conversations par messagerie instantanée entre deux étudiantes en ergothérapie effectuant toute deux un stage en santé mentale dans un milieu différent.

L'une d'entre nous a fait son stage au sein d'un programme communautaire pour adultes, alors que l'autre a effectué son stage dans un programme pour patients hospitalisés et externes ayant des troubles de l'alimentation. Tout au long de notre stage de sept semaines, nous avons consacré beaucoup de temps à des séances bilan et à nous soutenir mutuellement au sujet de nos expériences, par l'intermédiaire de la messagerie instantanée. Des extraits de ces conversations sont présentés ci-dessous en italique, en fonction des thèmes ayant été abordés; ces extraits sont suivis de nos réflexions subséquentes sur ces sujets. En partageant cette information, nous souhaitons présenter un aperçu de notre cheminement complexe et captivant au cœur de l'ergothérapie, de la réadaptation psychosociale et de la pratique axée sur le rétablissement.

« Le rétablissement est un processus qui vise non seulement les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et leurs familles, mais aussi quiconque participe à la prestation d'une forme de soutien ou de services » (Commission de la santé mentale du Canada, 2015, p. 18).

Un début complexe

-Comment va ton stage cette semaine?

-Bien! Je me sens totalement inadéquate, mais j'aime de plus en plus le domaine de la santé mentale. Et toi?

-La même chose. J'ai l'impression que la santé mentale est le domaine de pratique le plus difficile, mais aussi le plus intéressant. Je pensais que je savais comment faire une entrevue. Jusqu'à aujourd'hui.

-Je comprends parfaitement ce que tu veux dire.

Dès le début de nos stages respectifs, nous nous sommes rendu compte que ces stages étaient les plus difficiles et les plus complexes que nous avions faits jusqu'à maintenant. Toutes les compétences que nous pensions maîtriser exigeaient maintenant un nouveau degré de souplesse et de sophistication. Même si nous avons suivi des cours et une formation officielle sur les entrevues, l'établissement d'une relation thérapeutique et l'usage thérapeutique du soi, cela semblait insuffisant. Tout au long de notre stage, nous nous sommes demandé pourquoi la réalité était si différente de la théorie. Les clients étaient-ils plus complexes sur les plans médical, psychologique et social? Les problèmes de santé multiples étaient fréquents et

les clients devaient affronter une multitude de barrières sociales et économiques qui semblaient parfois insurmontables. Toutefois, en poursuivant notre réflexion, nous avons réalisé que ce n'était pas les clients qui étaient plus complexes, mais que c'était plutôt le fait que nous disposions de plus de temps pour dresser le tableau global des expériences de nos clients. Nous avons également compris que cela était le résultat de l'accent clair mis sur l'approche centrée sur la personne dont nous avons fait l'expérience à l'hôpital et dans la collectivité.

Nous avons discuté des difficultés et des avantages liés à l'utilisation de la technique d'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 2013). Bien que nous apprécions toutes les deux la valeur de la technique d'entrevue motivationnelle, cet outil n'est pas toujours facile à utiliser. Dans un des milieux, il semblait si difficile d'obtenir des réponses des clients et de les amener à faire des changements; presque aussi difficile que « d'arracher une dent ». Il aurait été plus facile de partager l'information que nous jugions la plus judicieuse. Toutefois, dans les moments où nous arrivions à cerner avec les clients des objectifs et des plans significatifs, nous pouvions observer des changements chez ces clients. Par exemple, un des clients avait le sentiment d'avoir perdu une partie de son identité lorsqu'il avait arrêté de faire du bénévolat. À travers nos discussions, le client a pris conscience du fait que rien ne l'empêchait de recommencer ses activités de bénévolat. En faisant ce constat, son visage s'est éclairé. Voir un client progresser vers l'atteinte de l'objectif qu'il avait ciblé comme étant une priorité pour lui, peu importe la taille de cet objectif, nous a procuré un sentiment de triomphe. Cela nous a permis de comprendre le sentiment de réappropriation du pouvoir ressenti par les clients qui éprouvent le désir de changer et de se fixer leurs propres objectifs. La technique d'entrevue motivationnelle nous a permis de mettre en pratique l'approche centrée sur la personne et de constater le pouvoir de l'espoir. Le constat des réussites de cette approche est devenu l'un de nos plus grands facteurs de motivation pour continuer notre apprentissage et notre travail dans le domaine de la santé mentale.

Établir des partenariats fondés sur la collaboration

-Aimes-tu toujours le domaine de la santé mentale?

-Je dois définitivement m'adapter à la réduction des frontières personnelles, mais, oui, je peux m'imaginer dans ce domaine.

-La réduction des frontières personnelles?

-Comme, le fait de ne pas renforcer la dynamique de pouvoir entre le patient et le thérapeute – pas de porte-nom, partager le repas du midi en compagnie des clients, tenue décontractée. Et beaucoup de conversations anodines.

La complexité croissante que nous percevions face aux stages en santé mentale s'est aussi étendue à l'expérience liée à l'établissement

de partenariats fondés sur la collaboration. Pour être efficace dans des milieux à base communautaire, il faut s'appuyer davantage sur ce genre de partenariats. Nous avons dû réduire les frontières personnelles, ce qui était nouveau pour nous et nous procurait un sentiment de malaise. Il y avait donc plus de possibilités de travailler avec les clients en tant que partenaires égaux. Pour cela, nous devons être prêtes à partager de l'information personnelle, à un certain degré. La superviseure du stage a été un important modèle, car son approche face au partage d'information nous a servi de guide. À mesure que le stage avançait, le partage d'information personnelle avec les clients est devenu plus naturel et il nous rappelait l'importance d'avoir des interactions non cliniques pour faciliter l'établissement d'une relation. Ces conversations authentiques ont jeté les assises qui nous ont permis de travailler avec les clients et qui ont aidé les clients à s'impliquer de manière proactive avec nous, en créant un milieu accueillant, où l'on ne porte pas de jugement.

Expériences communes

- Test-il déjà arrivé de trop t'identifier à un client? J'ai vu une cliente vendredi dernier en qui je me suis vraiment beaucoup reconnue.*
- Oui, souvent. C'est un peu épeurant.*
- Je suppose que cela peut faire de nous de meilleures thérapeutes. L'expérience vécue est un atout, n'est-ce pas?*
- As-tu déjà pensé qu'il était hypocrite d'aider des clients à remettre en question la croyance selon laquelle il faut être parfait?*
- Hum...oui. Pour moi, la compassion envers soi-même est certainement un défi. La rumination aussi, et les idées trop tranchées.*

En général, nous avons eu le sentiment que le lien entre le thérapeute et le client était très riche. Observer et comprendre l'étape de vie où les clients se trouvaient a été pour nous un processus empreint d'émotions. Apprendre au sujet de la maladie mentale est une chose, mais vivre au moment présent et sentir que ce moment peut influencer la vie des clients est une toute autre chose. Nos clients nous ont appris des choses sur la détermination, les rechutes et la résilience. La profondeur de notre lien avec les clients et leur volonté de partager leurs expériences ont été des aspects inattendus et gratifiants de cette expérience d'apprentissage.

Nous avons eu aussi toutes les deux l'impression que nous pouvions reconnaître des parties de nous-mêmes dans les clients que nous rencontrions; par exemple, l'étudiant anxieux, assidu, perfectionniste et les personnes ayant des difficultés face à leur image corporelle. Au début, cette expérience était un peu déconcertante; nous avions le sentiment que le fait de « trop s'identifier à un client » était une chose négative et nous ne voulions pas minimiser l'expérience du client en tentant de la faire égaler à la nôtre. Toutefois, en prenant conscience de notre humanité commune, nous avons éprouvé à la fois un sentiment d'humilité et de pouvoir et nous croyons que cette prise de conscience a fait de nous de meilleures thérapeutes.

Dans le même ordre d'idées, nous avons aussi reconnu la difficulté du travail entrepris par les personnes se rétablissant d'une maladie mentale. En tant que thérapeutes, nous pouvons encourager les clients à faire preuve de compassion envers eux-mêmes, à incorporer du plaisir dans leur vie quotidienne ou à surveiller et à remettre en question leurs pensées négatives. Pourtant, la plupart des gens, y compris nous-mêmes, ne consacrent jamais autant de temps et d'énergie à l'amélioration de leur santé mentale. Un gestionnaire de programme a souligné très judicieusement que les meilleurs thérapeutes tentent de mettre en pratique dans leur propre vie les diverses techniques qu'ils recommandent ou travaillent avec leurs clients. Nous croyons que nous aurions intérêt à nous améliorer et à en apprendre davantage à ce sujet.

Les ergothérapeutes en tant que guides du rétablissement

- Comment s'est passée ta semaine?*
- Pas si mal. Je me sens beaucoup moins confiante face à ce stage.*
- Je suis d'accord. C'est le rôle de conseiller que je trouve particulièrement difficile.*
- Oui!*

- Comment s'est passée ta journée?*
- Correcte. J'ai eu l'impression d'être une mauvaise thérapeute, mais j'imagine que cela fait partie de l'apprentissage.*
- Pourquoi as-tu l'impression d'être une mauvaise thérapeute?*
- Parce que je ne sais jamais quoi dire aux gens. Pour une raison que j'ignore, il est tellement plus difficile de parler des problèmes que de travailler physiquement sur les problèmes.*
- Je suis complètement d'accord. J'ai parfois l'impression d'être une tortue maladroite.*

- Je viens de passer 1 heure 50 minutes avec un patient. Échec lamentable de mes tentatives de le rediriger.*
- Pourquoi?*
- Il était très tangentiel. Et j'ai toujours le sentiment que je suis trop 'raide' lorsque je redirige un patient.*
- Ah je vois. Je pense que plusieurs d'entre nous ont de la difficulté avec cela.*

Tout au long de nos stages, nous avons toutes deux observé nos superviseurs assumant un rôle de guide auprès des clients et souvent, nous avions l'impression que nous n'étions pas prêtes à jouer ce rôle. Les clients venaient souvent voir nos superviseurs pour avoir des conseils sur des problèmes spécifiques. Nous avons observé nos superviseurs pendant qu'ils parlaient aux clients, les écoutaient activement et leur donnaient les conseils adéquats et judicieux. Lorsque nous devons le faire nous-mêmes, nous avons peur de ne pas rendre service aux clients en raison de notre manque d'expertise. Souvent, nous avions peur de dire la « mauvaise » chose aux clients.

À une occasion, une superviseure a directement remis en question notre façon de penser. Elle a dit qu'après avoir observé et écouté l'étudiante interagir avec les clients, elle ne croyait pas que l'étudiante pourrait dire quoi que ce soit de dommageable. La superviseure a poursuivi en soulignant que peu importe ce que l'on fait, les gens peuvent interpréter et changer les choses que l'on dit. Mais, en faisant preuve d'une écoute active et en offrant du soutien, il est peu probable que l'on dise quelque chose qui sera interprété comme étant néfaste. En d'autres mots, si nos intentions et notre façon d'interagir avec les clients sont adéquates et bienveillantes, elles sont susceptibles de transparaître dans nos mots.

Avec du recul, nous croyons qu'il est possible que notre crainte et notre manque de confiance découlaient de nos perceptions sur la nature du travail auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale. Nous ne pouvions pas nécessairement « voir » les effets de notre intervention; c'est-à-dire que nous ne pouvions pas savoir ce qui se passait dans la tête de nos clients. Par exemple, nous ne pouvions pas savoir si une chose que nous avions dite à un client l'avait amené à réfléchir longtemps après la conversation. D'une certaine manière, il semblait que nous n'arrivions pas à obtenir une rétroaction immédiate sur notre rendement, et que nous avions ainsi tendance à nous faire moins confiance. Cependant, en poursuivant notre réflexion, nous avons pris conscience du fait que cette incapacité de lire dans les pensées des clients n'est pas différente de ce qui se passe dans d'autres stages. Nous avons plutôt admis que les mots et le langage que nous choisissons étaient particulièrement importants dans ce milieu. Avec le temps et l'expérience, nous avons toutes deux commencé à nous sentir mieux préparées pour assumer

le rôle « d'ergothérapeute en tant que guide du rétablissement ». Si nous continuons de remettre nos perceptions en question, nous pourrions nous appuyer davantage sur ces habiletés dans notre future pratique.

Impressions durables

-Je me sens tellement motivée! J'ai l'impression que je pourrais rester un autre sept semaines.

-C'est fantastique d'entendre ça!! Je me sens exactement comme cela.

-J'ai peine à croire que le stage est presque terminé. Le temps file à la vitesse de l'éclair.

Nos stages respectifs nous ont permis de nous découvrir une passion pour les nombreuses possibilités de l'ergothérapie en santé mentale. Nous sommes particulièrement enthousiastes à l'idée de continuer d'en apprendre le plus possible afin de mieux servir nos clients. Le milieu des soins de santé mentale a allumé nos « cerveaux scientifiques » en mettant en lumière de nombreuses questions sans réponse et des améliorations possibles en matière de prestation de services. Comment pouvons-nous mesurer plus efficacement les progrès dans nos milieux respectifs? Comment le développement de programme et les mesures des résultats peuvent-ils mieux servir cette clientèle? Les possibilités futures d'apprentissage et de recherche dans le domaine du rétablissement et de la santé mentale semblent vastes et captivantes.

Dans l'ensemble, ce stage en santé mentale a été une expérience transformatrice. Il nous a permis d'apprécier davantage les personnes qui exercent l'ergothérapie dans ce domaine et de prendre conscience du fait que les compétences en rétablissement et en réadaptation psychosociale que nous avons peu à peu acquises pouvaient s'appliquer dans tous les milieux. Nous avons découvert qu'il est important de prendre le temps de connaître les clients de manière globale et de les inciter à prendre part à l'établissement d'objectifs et à la planification d'interventions significatives et fondées sur les faits.

En une courte période de temps, nous avons observé que l'espoir, la communication ouverte et l'inclusion sont des moyens efficaces pour établir une relation thérapeutique pouvant produire des résultats transformateurs. En tant que futures ergothérapeutes, nous sommes d'accord pour dire que nos expériences de stage changeront à jamais notre façon d'approcher nos futurs clients et d'interagir avec eux. Cette possibilité d'apprendre et d'exercer dans ces deux milieux uniques de la santé a été inestimable et a fait de nous de futures ergothérapeutes plus réfléchies et chevronnées, mais sans doute aussi de meilleures personnes.

Lectures additionnelles recommandées par les auteurs

Bagatell, N., Lawrence, J., Schwartz, M., et Vuernick, W. (2013). Occupational therapy student experiences and transformations during fieldwork in mental health settings. *Occupational Therapy in Mental Health, 29*, 181-196. doi:10.1080/0164212X.2013.789292

Hartmann, K. D., Nadeau, B., et Tufano, R. (2013). Clinical experiences to promote student education of psychological and social aspects of mental health: A case report. *Work, 44*, 329-335. doi:10.3233/WOR-121509

Scanlan, J. N., Pépin, G., Haracz, K., Ennals, P., Webster, J. S., Meredith, P.J., ... Bruce, R. (2015). Identifying educational priorities for occupational therapy students to prepare for mental health practice in Australia and New Zealand: Opinions of practising occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal, 62*, 286-298. doi:10.1111/1440-1630.12194

Références

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf

Miller, W. R., et Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

À propos des auteurs

Nicole Matichuk est une étudiante de deuxième année au programme de maîtrise en ergothérapie de l'University of British Columbia. Elle a obtenu auparavant un baccalauréat en kinésiologie. On peut joindre Nicole à : nicole.matichuk@alumni.ubc.ca.

Liv Brekke est une étudiante de deuxième année au programme de maîtrise en ergothérapie de l'University of British Columbia. Elle a obtenu auparavant une maîtrise en administration publique et un baccalauréat ès arts à l'University of Victoria. On peut joindre Liv à : liv.brekke@alumni.ubc.ca.

Atelier de l'ACE

Il est à noter que les ateliers sont offerts dans la langue dans laquelle ils sont annoncés.

How does substance use affect your clients?

Toronto, ON- April 1, 2017 or Vancouver, BC- May 6, 2017

The use of prescribed or non-prescribed substances can impact your clients' ability to achieve their personal and therapeutic goals. The effects of substance use can be seen in geriatric, rehabilitation, primary care, corrections, and mental health settings. In this CAOT workshop, you will:

- Increase your knowledge about the prevalence of substance use across occupational therapy settings.
- Gain an understanding of the pharmacological properties of substances, which subsequently impact patterns of use and affect occupational engagement and performance.
- Learn how to access appropriate screening and assessment tools.
- Apply harm reduction and abstinence approaches to clinical decision-making and goal setting.



Pour en savoir plus ou pour s'inscrire, visiter le www.caot.ca/workshop ou education@caot.ca
Association canadienne des ergothérapeutes • www.caot.ca



Réflexions étudiantes sur le rétablissement dans les domaines de la recherche et de la pratique clinique : Leçons apprises et questions sans réponses

Alissa Low, Christine Daniel, Catherine Auger, Rachel Kadoch, Suzanne Rouleau et Laurence Roy

Au cours de la dernière décennie, des changements importants apportés aux politiques en matière de santé mentale au Canada ont entraîné l'adoption d'approches axées sur le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2012; CSMC, 2015). En tant qu'étudiantes au programme de maîtrise professionnelle en ergothérapie, les mots clés ou les concepts du rétablissement, comme ceux retrouvés dans le modèle CHIME : connectivité, espoir et optimisme, identité, sens et but, et réappropriation du pouvoir d'agir (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams et Slade, 2011), nous offrent une direction pour notre pratique en santé mentale. En gardant ces idées à l'esprit, nous avons saisi l'occasion de consacrer l'été 2015 à un projet de recherche. Ce projet consistait à faire des entrevues avec des adultes atteints d'une maladie mentale sévère qui participaient à un programme externe axé sur le rétablissement. Les entrevues contenaient des questions de réflexion sur le sens du rétablissement du point de vue des participants et elles ont permis de corroborer les résultats d'autres études ayant examiné la relation entre l'occupation (activités quotidiennes significatives) et le rétablissement de la santé mentale (p. ex., Kelly, Lamont et Brunero, 2010; Lloyd, Wong et Petchkovsky, 2007). Cet article met l'accent sur quelques apprentissages inattendus face à nos tentatives de mener une recherche axée sur le rétablissement. Tout au long de cet article, nous explorerons deux facettes de cette expérience; premièrement, les tensions éthiques que nous avons dû subir et, deuxièmement, la façon dont certaines questions associées à l'intégration de la recherche et de la pratique sont demeurées sans réponse.

Tensions éthiques

Compte tenu du degré de « complexité morale » de la pratique professionnelle contemporaine (Kinsella, Park, Appiagyei, Chang et Chow, 2008, p. 176) face à la prestation de services de santé mentale, il n'est pas surprenant de constater que, tout au long de notre projet de recherche, nous avons subi des tensions éthiques sur le plan interpersonnel et systémique. Sur le plan interpersonnel, nous avons observé deux complexités en préparant notre étude. La première complexité correspondait à la perspective critique de Lal (2010) selon laquelle la façon dont une personne perçoit le monde influence sa façon d'utiliser et de concevoir le terme « rétablissement »; ainsi, nous avons constaté que nos idées sur le rétablissement étaient influencées par le contenu de notre programme d'études. De façon plus spécifique, l'une de nos lectures dans Leamy et al. (2011) décrivait le rétablissement comme une expérience personnelle, plutôt que comme une série de mesures imposées aux individus par le système de santé mentale. Nous avons également été influencés par les travaux de Patricia Deegan, qui a affirmé que le « rétablissement est un processus et non pas une fin ou une destination. Le rétablissement

est une attitude, une manière d'aborder la journée et les défis que je rencontre... je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais, plutôt que de laisser ces limitations devenir une raison de désespérer et d'abandonner, j'ai appris qu'en étant consciente des choses que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités de toutes les choses que je peux faire » (Deegan, 1997, p. 20-21). Comme l'on constaté Drake et Whitley, la deuxième complexité reposait sur la possibilité que le rétablissement devienne une nouvelle « expression au goût du jour » (2014, p. 237), car les nouvelles approches peuvent parfois reproduire des façons traditionnelles d'offrir des services de santé mentale.

Ainsi, sur le plan interpersonnel, tout en gardant ces perspectives à l'esprit, nous avons tenté de minimiser notre influence sur les définitions du rétablissement du point de vue des participants à la recherche. L'une des stratégies que nous avons utilisée pour réduire notre influence a été d'omettre le mot « rétablissement » dans les questions de l'entrevue. Toutefois, nous avons constaté que l'usage du langage biomédical que nous avons appris était profondément ancré dans notre perception du monde et qu'il devenait rapidement notre langage par défaut dans les moments d'incertitude. Par exemple, dans certaines entrevues, dans une tentative de décrire le rétablissement, nous comparions le processus de rétablissement d'une maladie mentale au processus de rétablissement d'une fracture au poignet. Nous avons rapidement découvert que notre usage non intentionnel du langage influençait la conversation avant même que nous puissions véritablement entendre le point de vue des participants sur le rétablissement. En examinant les relations entre les perspectives interpersonnelles et systémiques, nous nous sommes retrouvées avec des questions sans réponses, quant à la façon dont les pourvoyeurs de services de santé mentale utilisaient réellement le langage associé au rétablissement, car « la terminologie du rétablissement pourrait ne pas être considérée comme reflétant le contexte historique, linguistique ou culturel ni l'expérience des gens » (CSMC, 2015, p. 10), et le rétablissement vise à « [représenter] les intérêts des personnes ayant des troubles de santé mentale ou des maladies mentales, pour qu'elles puissent se faire entendre » (CSMC, 2012, p. 121).

Du point de vue organisationnel, une tension éthique a été identifiée par les participants, face à l'intérêt d'avoir un espace social informel au service de consultation externe qui pourrait être utilisé tout au long du processus de transition vers l'admission ou la sortie des patients de l'hôpital. Certains participants ont dit que même s'ils avaient établi des rapports sociaux au service de consultation externe, ils ne se sentaient pas prêts à consulter des services informels de ce genre dans un milieu communautaire. Tew (2013) a déterminé que les avantages thérapeutiques de l'appartenance et de la participation sociale sont des façons de prendre en charge sa vie personnelle—nos participants nous ont montré qu'il peut être difficile d'acquiescer un

sentiment d'appartenance dans un milieu communautaire. Il est intéressant de constater que Slade et al. (2014) parlent d'un « usage abusif » de l'approche axée sur le rétablissement, lorsque l'on élimine les services en milieu institutionnels pour adopter des services orientés vers le milieu communautaire. Nous sommes confrontés à un dilemme, c'est-à-dire celui de décider quelles voix nous devons écouter. Devrait-on prévoir un espace social informel au service de consultation externe lorsque des espaces sont offerts dans la communauté? Même si l'on atteignait un consensus sur les avantages d'avoir un milieu social informel au service de consultation externe, les ressources ne seraient pas suffisantes pour que cela se produise, en raison des récentes compressions budgétaires. Compte tenu de cette contrainte, nous nous sommes demandé si le besoin que nous avons ciblé devait être comblé d'une autre façon.

Ce scénario a entraîné une dernière tension éthique systémique, qui met en relief le dilemme auquel font face les programmes axés sur le rétablissement qui n'ont pas les ressources requises pour aller au-delà des interventions individuelles. Nous avons habilité les participants à exprimer leurs besoins en matière de services et nous leur avons demandé de décrire les services qui, de leur avis, favoriseraient leur rétablissement personnel, alors que nous ne sommes pas habilités nous-mêmes en tant que cliniciens ou chercheurs à offrir ces services. Par exemple, comme pouvons-nous concilier le besoin d'occuper un emploi rémunéré ou de participer à des activités à base communautaire (p. ex., activités artistiques), tel que discuté dans la littérature sur le rétablissement et dans les récits des participants, avec l'incapacité de mettre en œuvre des interventions axées sur le rétablissement et fondées sur les faits, par exemple, des stages et du soutien individuel, ou l'accès à du soutien par les pairs (Slade et al., 2014)? Donc, qu'arrive-t-il à l'appui que nous accordons aux interventions en matière de rétablissement si notre travail auprès des individus ne nous permet pas d'actualiser ce que Deegan (1997) décrit comme « une ouverture aux possibilités de toutes les choses que je peux faire ».

Intégrer la recherche et la pratique clinique dans un cadre axé sur le rétablissement

Notre étude nous a poussés à considérer le processus de recherche en lui-même comme une stratégie pour demeurer critique face à notre propre approche axée sur le rétablissement. En tant que futures praticiennes, nous croyons que l'instauration de mécanismes qui favorisent une participation continue à la recherche dans nos milieux de travail est essentielle au développement de compétences professionnelles comme la réflexivité critique et la défense des intérêts. À quoi pourraient ressembler ces mécanismes? Nous croyons qu'il faut poursuivre la discussion sur la valeur de la recherche dans la pratique quotidienne de l'ergothérapie et sur les responsabilités des praticiens, employeurs et universités face à l'intégration de la recherche et de la pratique clinique.

Ce genre d'intégration permettrait aux praticiens et aux clients d'explorer et de discuter en profondeur, entre autres, des tensions éthiques interpersonnelles et systémiques, comme nous l'avons observé dans notre étude. En menant notre étude, nous avons réussi à acquérir une perspective critique sur le rétablissement, à appliquer la réflexivité et à faire face aux tensions éthiques qui se sont produites

pendant nos recherches axées sur le rétablissement. Par ailleurs, nous sommes plus conscientes à présent de l'importance de prendre le temps d'écouter les clients et de leur permettre de diriger leur propre rétablissement, dans leur propre langage. En tant qu'ergothérapeutes débutant leur carrière, nous espérons continuer d'exercer la réflexivité critique et de demander le point de vue des personnes atteintes de maladies mentales, face à des questions individuelles et systémiques. La question complexe concernant la façon de revendiquer une plus grande intégration de la recherche et de la pratique demeure le sujet de futures discussions.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les participants au projet de recherche. Nous avons vraiment été privilégiées d'entendre leurs histoires inspirantes.

Références

- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Deegan, P. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24. doi:10.1300/J010v25n03_02
- Drake, R. E., et Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 236-242. doi:10.1177/070674371405900502
- Kelly, M., Lamont, S., et Brunero, S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 129-135. doi:10.4276/030802210X12682330090532
- Kinsella, E. A., Park, A. J., Appiagyei, J., Chang, E., et Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 75, 176-183. doi:10.1177/000841740807500309
- Lal, S. (2010). Prescribing recovery as the new mantra for mental health: Does one prescription serve all? *Revue canadienne d'ergothérapie*, 77, 82-89. doi:10.2182/cjot.2010.77.2.4
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Lloyd, C., Wong, S. R., et Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: A qualitative investigation. *British Journal of Occupational Therapy*, 70, 207-214. doi:10.1177/030802260707000505
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13, 12-20. doi:10.1002/wps.20084
- Tew, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16, 360-374. doi:10.1080/13691457.2012.687713

À propos des auteures

Alissa Low, MScA, (ergothérapie), Christine Daniel, MScA, (ergothérapie), Catherine Auger, MScA, (ergothérapie), Rachel Kadoch, MScA (ergothérapie), Suzanne Rouleau, MSc, et Laurence Roy, PhD, ont mené l'étude initiale à l'été 2015, dans le cadre des exigences du programme de maîtrise de l'Université McGill suivi par les quatre premières auteures. On peut communiquer avec les auteures à : alissa.low@mail.mcgill.ca.

De la réflexion à l'action : Explorer des pratiques de réconciliation dans la pratique axée sur le rétablissement

Colleen McCain

Récemment, j'ai commencé à travailler au sein d'une région régionale de la santé, en partenariat avec des organisations et communautés des Premières Nations, afin de mettre sur pied des services en santé mentale et toxicomanie basés sur l'apprentissage réciproque, la sécurité culturelle et les perspectives autochtones en matière de mieux-être. Afin de débiter efficacement ce travail en tant que femme d'origine européenne de classe moyenne ayant eu accès à des études supérieures, je me suis engagée dans un cheminement actif en vue d'examiner en quoi consiste la réconciliation dans le contexte de ma vie personnelle et professionnelle. J'ai commencé à me demander comment je pouvais intégrer des pratiques axées sur la réconciliation, la sécurité culturelle et le respect dans les services de santé mentale généraux dans lesquels je travaille, et dans mes partenariats avec les personnes, familles, organisations et communautés autochtones. Dans le commentaire suivant, je mettrai en lumière les apports de la Commission de vérité et de réconciliation (2015), du *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMSC; 2015) et de la littérature en ergothérapie, afin d'explorer les pratiques de réconciliation pertinentes pour les ergothérapeutes.

La Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR) définit la réconciliation entre les personnes autochtones et non autochtones au Canada comme un « processus continu visant à établir et à maintenir des relations respectueuses » (2015, p. 16) afin de favoriser la guérison, le renforcement et la revitalisation des cultures, des langues, de l'identité et de la gouvernance autochtones au Canada. La CVR incite les Canadiens à trouver des façons de faire de la réconciliation une réalité dans leurs vies, leurs communautés, leurs écoles et leurs lieux de travail (p. 21). Le processus de la CVR et les Appels à l'action énumérés dans son rapport final sont des étapes déterminantes pour reconnaître les politiques d'assimilation de notre pays dans le passé et pour entreprendre une transformation de nos relations avec les peuples autochtones (CVR, 2015). Pour répondre aux Appels à l'action de la CVR, il faut faire preuve de responsabilité professionnelle en apprenant l'histoire et les conséquences continues de la colonisation pour les peuples autochtones. Pour les Canadiens en général et les ergothérapeutes, ces recommandations ciblent la nécessité de comprendre que les inégalités en matière de santé auxquelles les Autochtones font face sont directement liées au racisme, aux traumatismes intergénérationnels et à l'interruption de culture découlant des politiques de colonisation et des attitudes au Canada (CVR, 2015).

En tant qu'ergothérapeutes, nous commençons à peine à réfléchir de manière critique à nos pratiques et à trouver des façons de les relier à la réconciliation. Des auteurs comme Hammell (2013), Gerlach (2012, 2015) et Beagan (2015) ont présenté les concepts clés de la sécurité culturelle, de l'humilité culturelle, de la décentralisation et de l'intersectionnalité de l'identité dans le cadre occupationnel de la santé et du bien-être, afin de nous inciter à faire un examen critique de nos modèles, suppositions et valeurs professionnels. Par exemple, Beagan (2015) nous a incités à aller au-delà de la compétence

culturelle pour explorer la nature dynamique de l'humilité culturelle, afin de faire un examen critique de nos propres suppositions et croyances professionnelles et de notre héritage culturel et colonial en matière de pouvoir et de privilèges. Si nous ne faisons pas ce genre de pratique réflexive et si nous résistons à l'apprentissage réciproque et excluons les diverses perspectives et pratiques culturelles, nous courons le risque de perpétuer par inadvertance les relations de pouvoir coloniales. Ceci pourrait entraîner éventuellement une perte de pouvoir pour les personnes dont nous voulons favoriser le bien-être, face à leurs soins de santé (Gerlach, 2012).

La CSMC s'est engagée à une réconciliation avec les personnes des Premières Nations, les Métis et les Inuit du Canada (CSMC, 2016). Le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (*Guide de référence*; CSMC, 2015) comprend un chapitre sur les pratiques de réconciliation qui sont essentielles aux pratiques axées sur le rétablissement en partenariat avec les personnes, organisations et communautés autochtones. En effet, le chapitre 5, intitulé, « Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis » décrit les connaissances de base, les valeurs et les attitudes requises pour travailler en partenariat avec ces trois groupes de personnes au Canada, de même qu'avec les populations autochtones vivant en milieu urbain. Le *Guide de référence* est une ressource qui préconise un examen critique des pratiques professionnelles en fonctions des pierres angulaires que sont la sécurité culturelle, l'humilité culturelle, la réciprocité et l'autodétermination, de même que les approches qui favorisent la diversité culturelle au sein des services de santé, de mieux-être et d'ergothérapie. Le *Guide de référence* propose une liste de ressources pour aider les praticiens de la santé à en apprendre davantage sur les groupes autochtones du Canada. Le *Guide de référence* (2015) invite les praticiens en santé mentale axée sur le rétablissement à veiller à ce que les gens aient un choix de services occidentaux et traditionnels/culturels combinés, tout en respectant « la façon dont chaque personne conçoit la culture en tant que fondement du mieux-être » (CSMC, 2015, p. 68).

Bien que des progrès aient été réalisés au sein de la profession d'ergothérapeute, une plus grande attention doit être accordée à l'application des concepts comme la sécurité culturelle, l'humilité culturelle et l'intersectionnalité de l'identité, pour que la profession participe activement au processus de réconciliation et qu'elle contribue à la revitalisation des cultures autochtones au Canada et au bien-être des Canadiens d'origine autochtone. Le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* de la CSMC (2015) nous montre comment l'esprit de réconciliation peut être mis en pratique dans notre vie et nos interactions quotidiennes.

Remerciements

J'aimerais reconnaître les peuples salishs de la côte, territoire traditionnel où je vis et travaille. Je suis reconnaissante envers les anciens, les chefs et les collègues qui ont partagé leurs histoires, cultures et expériences avec moi. Je tiens également à remercier Alison Gerlach, Laurel Jebamani et Leslie Bonshor pour leurs

commentaires et suggestions tout au long de la préparation et de la rédaction de cet article.

Références

Beagan, B. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82, 272-282. doi:10.1177/0008417414567530

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Déclaration de Louise Bradley, présidente directrice générale de la Commission de la santé mentale du Canada, à l'occasion de la journée nationale des Autochtones*. Téléchargé

au <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/news-article/12304/declaration-de-louise-bradley-presidente-directrice-generale-de-la-commission-de>

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Téléchargé au http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf

Gerlach, A. (2015). Sharpening our critical edge: Occupational therapy in the context of marginalized populations. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82, 245-253. doi:10.1177/0008417415571730

Gerlach, A. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, 151-158. doi:10.2182/cjot.2012.79.3.4

Hammell, K. (2013). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 80, 224-234. doi:10.1177/0008417413500465

À propos de l'auteure

Colleen McCain, ergothérapeute, BScKin, MSc(ergothérapie), vit à North Vancouver, en Colombie-Britannique. Elle a travaillé pendant plus de dix ans dans des milieux communautaires et hospitaliers en santé mentale et en toxicomanie en tant qu'ergothérapeute et dans des rôles de leadership au sein de la Vancouver Coastal Health. On peut la joindre à : colleen.mccain@vch.ca

Atelier de l'ACE

Il est à noter que les ateliers sont offerts dans la langue dans laquelle ils sont annoncés.

Learn best practice in chronic pain management and assessment

• Toronto, ON- October 21-22, 2016 • Edmonton, AB- November 18-19, 2016 • Dartmouth, NS -April 28-29, 2017

One in every five Canadian adults live with chronic, enduring pain, which can be a barrier to occupational performance and engagement. Join this CAOT workshop to:

- Know how and why to educate clients in pain physiology.
- Be aware how and when to use various pain-related outcome measures.
- Be able to assess clients in pain and identify the benefits of several treatment approaches and techniques.
- Be able to integrate pain science and practice through clinical examples.

Increase your confidence and competence in driver screening

• Halifax, NS – November 25-26, 2016 • Ottawa, ON – April 28-29, 2017 • Calgary, AB – June 2-3, 2017
• Location in Saskatchewan coming soon!

Occupational therapists are the health professionals that are most likely to assess driving and community mobility, and recognize that driving is itself a meaningful occupation and it also contributes to participation in other meaningful occupations. Join this CAOT workshop to:

- Understand the role of occupational therapy in driver screening.
- Be able to describe the skills required for driving.
- Identify screening tools and assessments appropriate to different workplace settings.
- Become more confident in using screening tools, interpreting results and summarizing recommendations with medically at-risk drivers.



Pour en savoir plus ou pour s'inscrire, visiter le www.caot.ca/workshop ou education@caot.ca
Association canadienne des ergothérapeutes • www.caot.ca



Le but de ce numéro thématique des *Actualités ergothérapeutiques* est d'offrir à un vaste auditoire, dont des ergothérapeutes, des professionnels de la santé, des clients, des décideurs, la population générale et autres parties intéressées, de l'information sur le rôle de l'ergothérapie dans le domaine de la réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement. Ce numéro est libre d'accès et disponible en ligne au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4074>

Veuillez partager largement ce lien!

Promouvoir le rétablissement grâce aux prix annuels « Archie Awards »

Matthew Tsuda et Erica Schott

Les services axés sur le rétablissement font la promotion des « principes importants du rétablissement » comme l'espoir, la réappropriation du pouvoir d'agir et les rapports humains, et ils visent à créer une culture positive de la guérison (Jacobson et Greenley, 2001). Il s'agit des conditions internes et externes fondamentales qui permettent de faciliter le rétablissement des personnes atteintes de maladies mentales. À la Downtown West Archway Clinic, une clinique externe au sein du Complex Mental Illness Program du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) à Toronto, nous voulions appliquer ces principes dans des programmes, de manière à favoriser une culture fondée sur l'espoir et la guérison, dans l'ensemble de notre clinique. Nous avons donc décidé de lancer un programme d'attribution de prix annuels dans le domaine du rétablissement, soient les Archie Awards, qui honorent les réussites individuelles face à différents aspects du rétablissement.

La Downtown West Archway Clinic sert environ 430 clients ayant des maladies mentales complexes dans l'ouest de Toronto, en offrant des suivis intensifs dans le milieu et des services de gestion des cas graves. Mis à part le fait qu'ils soient atteints d'une maladie mentale grave, bon nombre de nos clients vivent des difficultés en lien avec les déterminants sociaux de la santé (p. ex., mauvaises conditions de logement, pauvreté, sans emploi, etc.), des traumatismes, des problèmes de toxicomanie et des problèmes de santé physique concomitants. Comme nous avons vu de nombreux clients franchir des étapes importantes de leur parcours vers le rétablissement et surmonter plusieurs de ces difficultés, nous voulions créer une avenue pour célébrer ces réalisations. Nous avons aussi le sentiment qu'une partie importante d'une journée type était consacrée aux problèmes « urgents » et à la détermination des besoins de nos clients. Ces prix nous ont donc donné l'occasion d'examiner de manière intentionnelle les réalisations des clients et de reconnaître les nombreux aspects dans lesquels les clients s'épanouissent.

La cérémonie de remise des Archie Awards est un événement annuel organisé par un petit comité de praticiens, dont deux ergothérapeutes agissant à titre de co-présidents. Notre perspective ergothérapeutique nous fournit un cadre global et centré sur les forces pour travailler avec les clients en vue de favoriser l'acquisition d'habiletés et la participation à des activités quotidiennes significatives. Cette perspective nous permet de cibler les réalisations des clients dans de nombreux domaines. Les prix font appel à la nomination et au processus de sélection des candidats, effectués par des praticiens, et se concluent par une cérémonie de remise des prix et une réception. Les clients reçoivent des nominations et des prix dans les domaines suivants :

- Travail
- Éducation
- Bien-être spirituel
- Soutien par les pairs
- Vie saine
- Créativité
- Parcours vers le rétablissement (bien-être général)

La cérémonie de remise des prix met à l'honneur notre groupe musical formé de clients, des conférenciers choisis parmi les membres du personnel, un conférencier choisi parmi nos clients (qui partage son cheminement vers le rétablissement) et la remise des prix. Chacun des lauréats reçoit un certificat et une carte-cadeau ou des fleurs et une carte-cadeau, et les finalistes reçoivent également des certificats. Pendant l'événement, on présente un diaporama composé de photos des lauréats, de photos de différentes sorties des clients et des événements spéciaux de l'année, de même que de citations de clients expliquant ce que le rétablissement signifie pour eux. Les clients, les membres de leur famille et leurs amis, de même que le personnel du CAMH sont invités à assister à l'événement, et le service des affaires publiques prend des photos pour mettre à l'honneur tous les lauréats et leurs réalisations. Après la cérémonie, nous organisons une petite réception pendant laquelle les convives peuvent déguster du gâteau et des boissons, écouter de la musique et danser. Les prix se sont transformés en une importante célébration qui permet aux clients, au personnel et aux membres de la collectivité de se rassembler pour souligner le travail assidu et les efforts déployés par plusieurs de nos clients pour réussir leur parcours vers le rétablissement. Cette célébration est une occasion d'encourager les clients, de renforcer le sentiment d'appartenance et de lutter contre les préjugés.

Les Archie Awards appliquent plusieurs des principes exposés dans le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (2015) de la Commission de la santé mentale du Canada. Les trois principes spécifiques mis de l'avant par ces prix sont les suivants :

- 1) Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme
- 2) Mettre l'accent sur les forces et la responsabilité individuelle
- 3) Reconnaître la valeur de la famille des amis et de la collectivité

Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme

Une partie de la promotion d'une culture empreinte d'espoir et d'optimisme comprend la communication d'attentes positives et de messages d'espoir au sujet du rétablissement, de même que l'affirmation de la croyance en la capacité d'un individu de mener une vie significative (CSMC, 2015). Pendant la cérémonie, les présentateurs donnent des exemples spécifiques de la façon dont le lauréat a fait preuve de courage et de ténacité pour progresser vers ses objectifs en matière de rétablissement. Parmi les lauréats, certains ont réussi à terminer leurs études, persévérés face à leurs objectifs en matière d'emploi en dépit de nombreux obstacles, ont obtenu un meilleur logement, cessé de fumer, réussi un marathon ou participé à d'autres événements sportifs, et assumé un rôle de défenseur ou offert du soutien à des pairs. Cette reconnaissance n'est pas seulement un encouragement pour le lauréat, mais également pour les autres clients et leurs pairs qui ont ainsi la possibilité d'entendre plusieurs histoires de rétablissement. Une autre façon déterminante

de nourrir l'espoir est d'inviter un client à titre de conférencier afin qu'il raconte le parcours de son rétablissement.

Une partie de l'établissement d'une culture empreinte d'optimisme est de favoriser l'adoption d'une approche globale du rétablissement, en mettant en relief l'importance des rapports sociaux, des rôles sociaux, de l'expression créative, de l'activité physique et de la spiritualité ou de la foi (CSMC, 2015). Les prix visent à favoriser une approche globale en reconnaissant les réussites dans des domaines comme le bien-être spirituel, une vie saine et la créativité, de même que l'idée selon laquelle il faut penser au-delà de l'étiquette d'un diagnostic en reconnaissant la valeur de la participation à des activités pour le bien-être et de l'établissement de rapports significatifs. La cérémonie met en relief le fait que les individus ne sont pas uniquement définis par leur maladie et qu'il est possible pour eux de reprendre des rôles sociaux importants ou d'assumer de nouveaux rôles. En bout de ligne, les prix aident la clinique à se transformer en un lieu bienveillant, inclusif et sûr, qui encourage les clients à s'aider mutuellement et à être ouverts face à leurs expériences de rétablissement.

Mettre l'accent sur les forces et la responsabilité individuelle

Les Archie Awards ont été créés pour reconnaître les forces des clients et ils ont donné aux praticiens la possibilité « d'affirmer leur croyance dans la capacité de l'usager de se rétablir, de s'épanouir et de mener une vie productive et utile » (CSMC, 2015, p. 34). Après la première remise des prix en 2014, de nombreux clients ont exprimé le désir d'être mis en nomination, en espérant remporter un prix dans l'avenir. Les prix ont permis d'entreprendre avec les clients un dialogue sur le rétablissement et la responsabilité individuelle, car les clients ont discuté de leur projet d'assister à des groupes et de travailler en vue d'atteindre leurs objectifs personnels. Au fil des ans, on s'est rendu compte que les prix favorisaient la croyance des clients en leur capacité de se rétablir. Comme il y a plus de 430 clients à la clinique et qu'il n'y a que sept lauréats chaque année, c'est un grand honneur d'être reconnu. À chaque année, il y a de nombreuses nominations dans chaque catégorie de prix et le comité a beaucoup de difficulté à choisir les lauréats dans la liste de candidats exceptionnels qui ont tous démontré que « les personnes ont le potentiel nécessaire pour se rétablir, se reprendre en mains et transformer leur vie » (CSMC, 2015, p. 34).

Reconnaître la valeur de la famille, des amis et de la collectivité

La famille, les amis et les pairs sont reconnus par les pourvoyeurs de soins de santé de la Downtown West Clinic comme les défenseurs et supporters du rétablissement des clients. Pour cette raison, ils sont invités aux rendez-vous des clients avec les gestionnaires de cas et les psychiatres et à assister aux deux grands rassemblements des deux grandes cliniques à chaque année (un BBQ estival et une soirée pendant les vacances hivernales). Les prix sont une autre avenue par laquelle les clients sont encouragés à inviter leurs proches et qui leur donne la possibilité de faire partie d'une expérience positive qui nourrit l'espoir. Les prix donnent également aux lauréats la possibilité

d'accepter leur prix et de remercier leurs amis et leur famille pour leur influence positive dans leur vie et face à leur parcours vers le rétablissement. Les prix permettent aussi de souligner le rôle important joué par le réseau de soutien des clients.

Dans le discours d'ouverture, on souhaite toujours la bienvenue aux clients, puis, le diaporama permet à l'auditoire d'avoir un aperçu des groupes de clients et des activités auxquelles leur proche a participé à la clinique. Pendant la réception, tous les convives peuvent se rencontrer, interagir et socialiser. Les commentaires des membres des familles qui ont participé à la cérémonie de remise des prix indiquent qu'ils ont apprécié cette occasion de participer à la célébration de leur proche et de rencontrer les praticiens et autres clients.

Conclusion

Alors que le comité planifie les prochains Archie Awards et lisent les nominations, nous nous rappelons du travail assidu que nos clients effectuent en vue de se rétablir. Nous voyons les clients qui ont progressé vers l'atteinte de leur objectifs en matière d'emploi et de bénévolat; les clients qui poursuivent leur éducation et leur apprentissage; les clients qui ont fait de la méditation, de la méditation de la pleine conscience, des prières ou qui se sont adonnés à une certaine forme de spiritualité pour se sentir appuyés dans leurs parcours vers le rétablissement; les clients qui ont participé à des programmes communautaires et offert du soutien continu à leurs pairs; et les clients qui ont rehaussé leur bien-être en participant à des programmes dans les domaines de la nutrition, du renoncement au tabac et de l'activité physique. Nous célébrons nos clients en reconnaissant leurs réalisations et nous vous invitons à faire la même chose. Il y a une myriade de façons de souligner les réussites des clients. Nous invitons les ergothérapeutes et autres professionnels en santé mentale à déterminer et à partager avec nous leurs façons de célébrer les réussites de leurs clients dans leurs milieux respectifs.

Remerciements

Les auteurs aimeraient reconnaître les apports de tous les praticiens et psychiatres de la Downtown West Clinic, en particulier les membres du comité des Archie Awards, pour le travail qu'ils ont accompli pour rendre ces prix possibles, de même que tous les clients qui sont pour nous une source d'inspiration et qui font preuve de résilience à tous les jours.

Références

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf

Jacobson, N., et Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485. doi:10.1176/appi.ps.52.4.482

À propos des auteurs

Matthew Tsuda, MScOT, Erg. Aut. (Ont.), BEd, BAH, a travaillé à la Downtown West Archway Clinic du CAMH pendant trois ans et il travaille actuellement pour le nouveau programme ENCORE du CAMH. On peut joindre Matthew à : matthew.tsuda@camh.ca.

Erica Schott, MScOT, Erg. Aut. (Ont.), BScOT, BAH, travaille actuellement à titre d'ergothérapeute et de gestionnaire de cas à la Downtown West Archway Clinic du CAMH, auprès de personnes ayant une maladie mentale complexe. On peut joindre Erica à : erica.schott@camh.ca.

La participation à des loisirs : Collaborer pour favoriser le rétablissement

Catherine White, Lara Fenton et Karen Gallant

Les loisirs : « une voie importante vers le rétablissement, la promotion de la santé et l'amélioration de la qualité de la vie » (Iwasaki, Coyle et Shank, 2010, p. 485)

Introduction : Adopter la philosophie du rétablissement

Le rétablissement est une philosophie axée sur les forces qui consiste à miser sur les atouts individuels, familiaux, culturels et communautaires pour aider les personnes atteintes de maladies mentales à mener une vie empreinte d'espoir, autodéterminée et satisfaisante dans les environnements de leur choix. Le Canada a adopté le paradigme du rétablissement, qui est exposé dans la première stratégie canadienne en santé mentale, *Changer les orientations, changer des vies* (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2012). La mise en œuvre d'une direction axée sur le rétablissement au sein du système de santé mentale exige que l'on porte attention aux enjeux de la participation significative aux activités communautaires et à l'intégration sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale, afin qu'elles puissent être des citoyens à part entière (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell et Rowe, 2009; Piat et Sabetti, 2012). Compte tenu de l'accent mis sur l'habilitation de la participation à des activités significatives et de l'attention qu'ils accordent à l'élimination des barrières individuelles et environnementales, les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour jouer un rôle de leadership afin de favoriser l'avancement de la stratégie et du rétablissement.

Les loisirs : une possibilité négligée

Bien qu'il y ait de nombreuses façons de promouvoir la santé mentale et de favoriser le rétablissement (p. ex., emploi assisté, logement subventionné), le soutien à la participation à des activités de loisirs demeure « largement négligé (et sans doute sous-évalué) » (Iwasaki et al., 2014, p. 159) à titre de facteur contribuant au rétablissement et à l'intégration sociale. Le but de cet article est de mettre en relief la pertinence des loisirs en tant que moyen de rétablissement, de discuter des barrières aux loisirs rencontrées par les personnes ayant des troubles de santé mentale et de donner un exemple de participation en ergothérapie, dans une collaboration intersectorielle, à l'aide du *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (CSMC, 2015) afin de sensibiliser les différents intervenants au rôle des loisirs face au rétablissement.

Les loisirs font partie des trois domaines abordés couramment en ergothérapie et ils sont considérés comme « un domaine clé de la vie (et non pas seulement comme une activité anodine) qui peut aider les gens à donner un sens à leur vie » (Shank, Iwasaki, Coyle et Messina, 2015, p. 131). Ce constat est particulièrement poignant, compte tenu des taux élevés de chômage au sein de la population d'individus atteints d'une maladie mentale. Des données de recherche récentes appuient le lien

entre les loisirs et le rétablissement qui se tisse à travers les moments de joie, les émotions positives, l'adaptation au stress, l'acquisition d'une identité autre que celle associée à la maladie mentale et l'établissement de rapports sociaux et culturels significatifs (par exemple, voir Fenton et al., 2016; Iwasaki et al., 2014; Lloyd, King, McCarthy et Scanlan, 2007; Shank et al., 2015).

Barrières : Surmonter les obstacles à la participation

La stratégie canadienne pour la santé mentale met l'accent sur le besoin de promouvoir le rétablissement dans les milieux communautaires, y compris dans les milieux où les activités de loisirs se déroulent; toutefois, c'est dans ce genre de milieux que de nombreux individus ayant des problèmes de santé mentale font face à des barrières (CSMC, 2012). En effet, les gens peuvent se sentir vulnérables et ne pas avoir le sentiment d'être en sécurité dans les espaces publics, en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion sociale (McDevitt, Snyder, Miller et Wilbur, 2006). En raison de la stigmatisation, un facteur de risque de l'exclusion sociale (Clifton, Repper, Banks et Remnant, 2013), certaines personnes peuvent hésiter à aller de l'avant et à saisir des possibilités, car elles peuvent sous-estimer leurs capacités ou anticiper le rejet (CSMC, 2015), ce qui entraîne une « auto-exclusion préventive » (Fieldhouse, 2012, p. 422). Ces barrières psychosociales ne sont pas les mêmes que les barrières rencontrées par les personnes ayant des handicaps physiques, car elles sont « engendrées par un manque de compréhension de la société face au rôle qu'elle joue dans la création de ces barrières » (Fieldhouse, 2012, p. 422). Ce manque de conscience rend les préjugés et la discrimination entourant les maladies mentales plus difficiles à aborder et il renforce la barrière à la participation.

Le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement : un nouvel outil

Le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (CSMC, 2015) met en relief l'importance des communautés inclusives en tant que « lieu du rétablissement et de la participation citoyenne active, où les personnes peuvent trouver un sens à leur vie, en fonction de leurs propres coutumes, traditions, cultures et éducation » (p. 50). Ce guide de référence oriente les pourvoyeurs de services afin qu'ils aident les gens à déterminer leurs besoins sociaux, créatifs, spirituels et récréatifs, facilitent les rapports communautaires et créent des possibilités qui favoriseront la participation communautaire et récréative. De plus, afin de favoriser l'inclusion sociale, le rétablissement et la justice occupationnelle, il faut « déterminer les barrières environnementales et systémiques qui empêchent les gens de participer à des occupations qui favorisent la santé et améliorent la qualité de vie » (Wolf, Ripat, Davis, Becker et MacSwiggan, 2010, p. 15). Pour aborder ces barrières, il faut établir des

À propos des auteures

Catherine White est professeure adjointe à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University; on peut la joindre à : Cathy.white@dal.ca.

Lara Fenton est professeure adjointe à la Faculty of Kinesiology and Recreation Management de l'University of Manitoba et on peut la joindre à : fentonl@umanitoba.ca.

Karen Gallant est professeure adjointe à la School of Health and Human Performance de la Dalhousie University; on peut la joindre à : Karen.gallant@dal.ca.

liens entre les différents groupes, mécanismes de soutien et services communautaires. Par ailleurs, la pratique axée sur le rétablissement « encourage la constitution de partenariats multisectoriels [...] qui soutiennent l'inclusion et font la lutte aux politiques et pratiques qui restreignent les possibilités (CSMC, 2015, p. 42) en vue d'adopter une approche plus globale.

Les ergothérapeutes en tant que partenaires pour la transformation des systèmes : le projet Recreation for Mental Health

Comme on le propose dans le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012), les rôles de collaborateur « travaillant de manière efficace avec des intervenants clés pour favoriser la participation à des occupations » et d'agent de changement, « travaillent en vue d'apporter des changements positifs pour améliorer les programmes, les services et la société au sein du système de santé et d'autres systèmes » (p. 3), sont deux rôles clés que les ergothérapeutes peuvent assumer. Les membres intersectoriels de notre nouveau partenariat communautaire en collaboration se sont inspirés de ces rôles pour créer des possibilités de favoriser le rétablissement et ont élaboré le projet Recreation for Mental Health. Au sein de ce partenariat, les chercheurs des facultés universitaires en ergothérapie et en récréologie collaborent avec des services communautaires en santé mentale et des services récréatifs et les usagers des services dans le but de promouvoir des milieux communautaires inclusifs pour favoriser la participation aux loisirs. Les responsables du projet ont présenté trois symposiums de deux jours et ils facilitent des groupes de travail régionaux en faisant de la sensibilisation et en établissant des partenariats locaux à travers la Nouvelle-Écosse. Ils participent à des recherches locales pertinentes et à des activités d'application des connaissances pour favoriser la création de pratiques axées sur le rétablissement.

En ce qui a trait spécifiquement à la transformation des services et des systèmes, le projet Recreation for Mental Health s'est basé sur le guide de référence de la CSMC, notamment sur quatre principes qui appuient la pratique axée sur le rétablissement à l'échelle des systèmes (2015, p. 78). Les principes et nos actions résultantes sont les suivants : 1) établir des partenariats de services axés sur le rétablissement (nous avons établi des liens entre les secteurs récréatifs et en santé mentale par l'intermédiaire d'un comité consultatif et de symposiums basés sur la collaboration), 2) reconnaître, valoriser et apprendre des connaissances expérientielles (nous intégrons activement les personnes ayant un savoir expérientiel à différentes étapes de la planification et de la prise de décision et en tant que conférenciers à chacun des symposiums), 3) mettre de l'avant une vision axée sur le rétablissement au sein des organisations (nous échangeons nos connaissances respectives sur le rétablissement) et 4) développer une main-d'œuvre axée sur le rétablissement (l'un des points centraux de notre collaboration continue). Le guide de référence offre une perspective utile pour comprendre les interactions complexes qui favorisent l'adoption de la pratique axée sur le rétablissement dans les secteurs des loisirs et de la santé mentale. Nos collaborations intersectorielles doivent veiller à ce que les secteurs des loisirs et de la santé s'éclaircissent mutuellement, à ce qu'ils témoignent des connaissances actuelles sur les soins axés sur le rétablissement, à ce qu'ils reconnaissent les avantages des loisirs et à ce qu'ils incorporent graduellement le savoir expérientiel des différents intervenants. Comme l'un de nos collaborateurs « ayant un savoir expérientiel » l'a dit, le fait de devenir partenaire en vue d'apporter « des changements sociaux ou de créer des mécanismes de soutien pour les gens...voilà ce qui me donne le sentiment d'être vivant et d'être en charge de ma vie, en santé et heureux »; cette affirmation témoigne de la valeur des rôles des personnes ayant un savoir expérientiel.

Conclusion: Des voies créatives vers le rétablissement par les loisirs

Les loisirs sont une « voie importante vers le rétablissement, la

promotion de la santé et l'amélioration de la qualité de vie » (Iwasaki, Coyle et Shank, 2010, p. 485), mais ils demeurent sous-évalués et sous-utilisés. À mesure que les ergothérapeutes établissent des partenariats avec des collaborateurs intersectoriels et des personnes ayant des perspectives « expérientielles », nous pourrions nous appuyer sur le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* et travailler ensemble pour « contrecarrer les stéréotypes négatifs, équilibrer les inégalités en matière de statut social, réduire l'isolement social et renverser les désavantages sociaux » (Krupa, 2008, p. 201) pour ainsi favoriser la participation de tous à des loisirs porteurs de sens.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>
- Clifton, A., Repper, J., Banks, D., et Remnant, J. (2013). Co-producing social inclusion: the structure/agency conundrum. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20, 514-524. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01953.x
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J., et Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Fenton, L., White, C., Gallant, K., Hutchinson, S., Gilbert, R., Hamilton-Hinch, B., et Lauckner, H. (2016). The benefits of recreation for the recovery and social inclusion of individuals with mental illness: An integrative review. *Leisure Sciences*. Publication à l'avance en ligne. doi:10.1080/01490400.2015.1120168
- Fieldhouse, J. (2012). Community participation and recovery for mental health service users: An action research inquiry. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75, 419-428. doi:10.4276/03080221x13470263980838
- Iwasaki, Y., Coyle, C., Shank, J., Messina, E., Porter, H., Salzer, M., . . . Koons, G. (2014). Role of leisure in recovery from mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17, 147-165. doi:10.1080/15487768.2014.909683
- Iwasaki, Y., Coyle, C. P., et Shank, J. W. (2010). Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. *Health Promotion International*, 25, 483-494. doi:10.1093/heapro/daq037
- Krupa, T. (2008). Part of the solution...or part of the problem? Addressing the stigma of mental illness in our midst. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 75, 198-205. doi: 10.1177/000841740807500404
- Lloyd, C., King, R., McCarthy, M., et Scanlan, M. (2007). The association between leisure motivation and recovery: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 33-41. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00648.x
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., et Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity participation among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00077.x
- Piat, M., et Sabetti, J. (2012). Recovery in Canada: Toward social equality. *International Review of Psychiatry*, 24, 19-28. doi:10.3109/09540261.2012.655712
- Shank, J. W., Iwasaki, Y., Coyle, C., et Messina, E. S. (2015). Experiences and meanings of leisure, active living, and recovery among culturally diverse community-dwelling adults with mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18, 129-151. doi:10.1080/15487768.2014.954160
- Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Becker, P., et MacSwiggan, J. (2010). Application d'un cadre relatif à la justice occupationnelle. *Actualités ergothérapeutiques*, 12(1), 15-18.

Le modèle axé sur les forces : une approche novatrice de la gestion de cas en santé mentale communautaire

Danielle Hogan et Kathy Pennell

Au cours des trois dernières décennies, les soins de santé mentale au Canada ont subi une transformation considérable. De façon plus spécifique, les services sont passés de la prestation de services basée sur le modèle médical, selon lequel les soins étaient principalement centrés sur le handicap ou la maladie, à des modèles axés sur le rétablissement, dans lesquels les soins sont centrés sur la personne dans le contexte de sa vie, de ses buts, de ses rêves et de ses aspirations. Au Canada, les services centrés sur la personne sont maintenant un objectif de la réforme de la santé. En 2015, la Commission de la santé mentale du Canada publiait le *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Dans ce guide de référence, les principes des valeurs, des connaissances, des habiletés et des attitudes centrées sur la personne sont mis en relief en tant qu'aspects fondamentaux des soins axés sur le rétablissement. Les six dimensions exposées dans le document, notamment les dimensions un et deux (« promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme » et « le rétablissement par et pour la personne ») favorisent l'usage d'une approche des soins axée sur les forces. Le présent article décrit l'adoption de ce genre d'approche par deux programmes offerts à St. John's, à Terre-Neuve. Nous présentons un aperçu du modèle de gestion de cas basé sur les forces (MGCBF) et discutons de la manière dont ce modèle d'intervention en équipe a permis de faire avancer la théorie du rétablissement dans la pratique clinique, en mettant un accent particulier sur la perspective ergothérapique.

Mise en contexte

En 2010, deux programmes communautaires en santé mentale de la Eastern Health se sont amalgamés pour former des services de gestion de cas. La direction, qui souhaitait adopter une approche axée sur le rétablissement et les forces, a dirigé un petit groupe de travail en vue d'explorer les pratiques exemplaires au sein des équipes de gestion de cas en santé mentale communautaire (GCSMC). Par conséquent, les membres ont découvert le MGCBF, un modèle utilisé aux États-Unis depuis le milieu des années 1980 (Fukui et al., 2012). Les données probantes recueillies ont montré que le MGCBF est considéré comme une pratique exemplaire et qu'il est associé à des résultats positifs pour les clients, notamment une amélioration en matière d'emploi, d'éducation et de logement autonome, de même qu'à une réduction des hospitalisations psychiatriques (Fukui et al., 2012; Tse et al., 2016).

L'équipe de GCSMC de St. John's

En 2011, le personnel du programme de gestion de cas de St. John's est devenu la première équipe canadienne à recevoir une formation sur le MGCBF et à le mettre en œuvre dans la pratique clinique. Présentement, l'équipe est composée de huit gestionnaires de

cas ayant diverses formations cliniques, notamment une infirmière autorisée en psychiatrie clinique, une infirmière autorisée en psychiatrie, une ergothérapeute et un travailleur social. L'équipe est enrichie par du personnel de soutien dont un superviseur clinique en ergothérapie, un assistant de l'ergothérapeute et un superviseur clinique en soins infirmiers psychiatriques. Chaque gestionnaire de cas a un nombre de cas maximal de 19 clients. À l'aide des outils et de la philosophie du MGCBF, les membres de l'équipe font tous du counseling, de la prévention et de la gestion de crise, de la gestion des symptômes et de la maladie, de l'enseignement de compétences, de l'éducation sur les médicaments et la santé, et du soutien au logement; ils aident également les clients à établir des routines quotidiennes et font des revendications au nom des clients et des familles. Depuis que nous avons mis ce modèle théorique en pratique, nous avons démontré par nos résultats que le modèle basé sur les forces complémente efficacement le modèle axé sur le rétablissement.

Le Modèle de gestion de cas basé sur les forces

Le MGCBF a été élaboré afin de combler les lacunes des approches axées sur le handicap et pour favoriser le rétablissement en adoptant une approche orientée sur les buts avec les clients (Brun et Rapp, 2001; Fukui et al., 2012). Les équipes de GCSMC se « préoccupent davantage de l'atteinte d'un but que de la résolution de problèmes; d'améliorer la situation du patient au lieu de simplement favoriser sa survie; de nourrir les rêves et l'espoir plutôt que de simplement prôner l'adaptation à la situation; et de triompher plutôt que de s'attarder au traumatisme. Pour que cela se produise, les gens doivent avoir des buts, des rêves et des aspirations » (Rapp et Goscha, 2012, p. 39). Six principes de base représentent le fondement de la pratique axée sur les forces : 1) les personnes ayant des troubles psychiatriques peuvent se rétablir tout en réclamant et transformant leur vie, 2) l'accent est mis sur les forces de la personne plutôt que sur ses déficits ou ses difficultés, 3) la communauté est considérée comme un oasis de ressources, 4) le client est le maître d'oeuvre du processus de guérison, 5) la relation travailleur-client est primordiale et essentielle et 6) le principal milieu d'intervention des [gestionnaires de cas] est la communauté (Rapp et Goscha, 2012). Les forces sont les qualités et caractéristiques personnelles, les talents et les habiletés, les ressources du milieu et les intérêts et aspirations de la personne. Le but du MGCBF est de favoriser une relation et un environnement dans lesquels les clients ont le sentiment d'avoir du pouvoir pour utiliser les connaissances qu'ils ont acquises, leur capacité d'introspection et leurs mécanismes de soutien et ressources naturelles, afin de faire des changements positifs dans leur vie. Outre le fait que ce modèle est une philosophie de pratique, le MGCBF propose également un ensemble d'outils conçus pour favoriser le rétablissement (Fukui et al., 2012).

Les outils du MGCBF

Le modèle comprend un vaste éventail d'outils pour aider les gestionnaires de cas à l'utiliser dans la pratique. Les deux principaux outils sont l'évaluation par les forces et le plan de rétablissement personnel (PRP); chaque outil a sa propre fonction, mais ils sont utilisés conjointement pour faciliter l'exploration et l'atteinte des buts.

L'évaluation par les forces

L'évaluation par les forces est « un outil qui permet au [gestionnaire de cas] de demeurer orienté vers les buts pour aider les clients à se rétablir et à réclamer et transformer leur vie. Lorsque cet outil est utilisé judicieusement, il donne une perspective globale du [client] » (Rapp et Goscha, 2012, p. 95). L'évaluation par les forces est axée sur sept domaines de la vie : vie à domicile/quotidienne, atouts—finances/assurances, emploi/éducation/connaissances spécialisées, réseau de soutien, santé/bien-être, loisirs, et spiritualité/culture. Tout comme un ergothérapeute appliquerait le modèle personne-environnement-occupation (Townsend et Polatajko, 2013), les gestionnaires de cas utilisent l'évaluation par les forces pour orienter leur approche et aider les clients à atteindre leurs buts. L'outil explore la personne en identifiant les divers talents, qualités, compétences et croyances passés et actuels de cette personne. L'environnement est examiné en fonction de ce qui s'est passé et se passe naturellement dans la vie de la personne et de ses ressources officielles. Au cœur de cette évaluation, l'occupation est examinée en identifiant les buts et les aspirations du client et en les mettant en ordre d'importance; cet aspect devient le point central de l'intervention. Bien que l'évaluation par les forces livre un portrait global du client, le PRP procure au client une liste active de choses à faire.

Le plan de rétablissement personnel

Le PRP est un outil utile pour les gestionnaires de cas et les clients, car il favorise les interactions orientées vers les buts à chaque séance. Le client identifie et met en ordre d'importance un but qu'il a ciblé lui-même. Le gestionnaire de cas utilise le PRP en collaboration avec le client, afin de fragmenter le but en petites étapes et de faciliter l'atteinte de ce but. Le PRP, qui est utilisé à chacune des séances, permet de cibler les étapes que le client, le gestionnaire de cas ou les deux ont décidé d'entreprendre entre les séances. L'usage du PRP est semblable au processus d'analyse de la tâche, qui est essentiel en ergothérapie et dans lequel une tâche difficile est divisée en étapes plus faciles à effectuer, en vue de rehausser le rendement occupationnel.

L'évaluation par les forces et le PRP sont des outils efficaces du MGCBF et lorsque le client et le gestionnaire de cas les utilisent régulièrement, ils les aident à demeurer centrés sur le client et sur ses forces, pendant chaque séance. Comme dans tout domaine de pratique, et particulièrement en santé mentale, il n'est pas inhabituel que les symptômes, les agents de stress de la vie ou les situations de crise entravent la progression de l'intervention. Le MGCBF comporte deux outils/processus de supervision, soit la supervision de groupe et le mentorat sur le terrain, pour aider les gestionnaires de cas à demeurer centrés sur les forces, afin qu'ils puissent aider les clients à poursuivre avec succès leur cheminement vers le rétablissement.

Supervision de groupe

La supervision de groupe est une séance de remue-méninges structurée hebdomadaire qui permet aux gestionnaires de cas de proposer des buts aux clients afin de recueillir des suggestions et stratégies créatives pour l'atteinte de ces buts. Les diverses formations et expériences cliniques des membres de l'équipe offrent au gestionnaire de cas et au client la possibilité d'entendre de nombreuses perspectives uniques. Les étapes particulières du

processus de supervision de groupe permettent de discuter du but particulier d'un client de manière respectueuse et bienveillante, de susciter des idées et d'acquérir des connaissances sur les ressources qui se manifestent naturellement dans la communauté. Lors des rendez-vous subséquents des clients, les gestionnaires de cas discutent des suggestions et stratégies du groupe, afin de décider de la prochaine étape vers l'atteinte de chacun des objectifs ayant fait l'objet d'une discussion. Outre ce remue-méninges, les gestionnaires de cas partagent les réussites des clients et les étapes franchies. Grâce à ce processus d'affirmation, nous entendons parler de réussites comme les suivantes : « mon client s'est trouvé un emploi la semaine dernière », « mon client commence l'école le mois prochain », « ma cliente a essayé le yoga pour la première fois » ou encore « ma cliente a pris l'autobus pour aller jouer aux quilles ». Au-delà des réussites des clients, la communication entre les membres de l'équipe est passée du langage axé sur les déficits ou les difficultés (p. ex., « cliente schizophrène de 41 ans désirant trouver un emploi ») à un langage axé sur les forces (p. ex., « cliente de 41 ans ayant de l'expérience de travail et désirant retourner sur le marché du travail »). Nous apprenons les uns des autres que la pratique orientée vers les buts et le rétablissement est enchâssée dans le MGCBF. Bien que le processus de supervision de groupe crée des possibilités de collaborer en équipe, le processus de mentorat sur le terrain permet au gestionnaire de cas d'avoir un soutien individualisé de la part d'un superviseur clinique lors de la mise en œuvre du MGCBF.

Mentorat sur le terrain

Le mentorat sur le terrain est « une méthode de supervision structurée utilisée pour aider les [gestionnaires de cas] à acquérir et perfectionner leurs compétences pour la pratique [...] le mentorat sur le terrain consiste à enseigner une compétence, un outil ou une méthode au gestionnaire de cas qui intervient auprès d'un client et ce, dans son milieu de pratique réel » (Rapp et Goscha, 2012, p. 240). Le mentorat n'est pas une forme de microgestion ou d'évaluation négative.

Les composantes du MGCBF associées à la supervision permettent au gestionnaire de cas de conserver un sentiment de responsabilité face au client et au modèle. Le but de la supervision est d'aider les gestionnaires de cas à utiliser le MGCBF aussi efficacement que possible, pour offrir aux clients un service porteur d'espoir, basé sur les forces et orienté vers les buts. Ces quatre outils/processus sont essentiels à la pérennité du modèle et, éventuellement, à la réussite du cheminement des clients vers le rétablissement. L'un des outils/processus particulièrement important est l'évaluation de la fidélité.

Évaluation

Au-delà des expériences et des réussites des clients, une partie du MGCBF est un processus de fidélité, qui est une évaluation de l'efficacité de la mise en œuvre du modèle et du degré d'adoption des composantes du modèle (Fukui et al., 2012). Les analyses de la fidélité font appel à des entrevues avec le superviseur clinique et le gestionnaire de cas, à une évaluation du programme de supervision de groupe, à des groupes de discussion avec des clients et à un examen des notes cliniques, soit l'évaluation par les forces et le PRP. Un évaluateur ayant suivi une formation spécialisée et qui n'est pas un gestionnaire de cas effectue les évaluations de la fidélité. Outre les recommandations émises dans les rapports d'évaluation de la fidélité, les rétroactions des groupes de discussions avec les clients ont un impact assez important. Les clients ont fait des affirmations comme les suivantes : « cela fait une grande différence d'avoir des buts sur lesquels il faut travailler », « elle ne pense jamais que ce que je veux est stupide », « cela m'aide à améliorer mon mode de vie », « cela

¹ L'occupation est définie par les ergothérapeutes comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne » (Townsend et Polatajko, 2013, p. 377).

me donne une chose sur laquelle je peux me concentrer et j'aime consulter fréquemment mon PRP », « J'aime le fait que je reçois tout par écrit et cela me donne une idée de mes forces » et « quand je regarde mon PRP, cela me rappelle les choses qui vont bien ».

Résultats

À St. John's, les résultats et les cotes de fidélité se sont constamment améliorés depuis la mise en œuvre du MGCBF. L'échelle de cotation de la fidélité comprend neuf items dans trois domaines de base : structure, supervision et clinique /service, et chaque item est évalué sur une échelle de 1 à 5; la cote de 5 représente la plus haute fidélité (Fukui et al., 2012). Outre les items de fidélité, des données démographiques sur les clients sont recueillies trimestriellement afin de rassembler de l'information sur le logement, l'emploi, l'éducation et les admissions psychiatriques. Le tableau 1 présente les domaines spécifiques et les cotes de fidélité au sein du programme de MGCBF de St. John's, selon les données recueillies à partir de six mois après la mise en œuvre (en octobre 2012) jusqu'à la dernière évaluation, en septembre 2015.

Tableau 1 Résultats des clients et cotes de fidélité 2012-2015

Résultats par domaine	Six mois après la mise en œuvre : Octobre 2012	Septembre 2015
Emploi	11 %	20 %
Hospitalisations	10 %	9 %
Éducation	8 %	10 %
Vie autonome	75 %	87 %
Item de fidélité*		
Structure	3,3	4,5
1. Taille du nombre de cas	4,0	5,0
2. Contacts communautaires	2,0	4,0
Supervision	3,0	5,0
3. Supervision de groupe	4,0	5,0
4. Superviseur	2,0	5,0
Clinique/Service	1,7	4,4
5. Évaluation par les forces – qualité	1,0	5,0
6. Évaluation par les forces – intégration	1,0	4,0
7. Plan de rétablissement personnel	1,4	4,4
8. Ressources se manifestant naturellement	1,0	5,0
9. Pratique favorisant l'espoir	4,0	4,0
Total Évaluation de la fidélité	2,4/5,0	4,6/5,0

* Échelles de cotation de 1 à 5; un score élevé indique une fidélité élevée

Conclusion

Le MGCBF nous permet d'évaluer la personne dans sa globalité, dans son environnement et à travers les occupations de son choix, en vue d'optimiser son rendement occupationnel et d'appuyer le fondement de la profession d'ergothérapeute. Bien que cet article mette l'accent sur la perspective ergothérapeutique, le MGCBF est complémentaire à toute profession qui valorise une approche globale et axée sur le rétablissement. Le modèle ne vise pas à remplacer les compétences cliniques ou à ignorer les problèmes ou la maladie; il demeure plutôt axé sur l'espoir, sur l'utilisation des forces de la personne et sur les ressources qui se manifestent naturellement pour elle, en vue d'atteindre les buts qu'elle s'est fixée. Une cliente a bien saisi l'essence du MGCBF lorsqu'elle a affirmé : « Nous n'allons plus simplement prendre un café pour parler du temps qu'il fait; nous parlons de moi et de ce que je veux faire ». De l'exploration à la mise en œuvre d'une pratique de pointe, nous croyons qu'il est primordial de miser sur les forces de nos clients et nous croyons qu'en travaillant en collaboration avec les clients plutôt qu'en travaillant pour les clients, nous leur redonnons espoir et favorisons leur rétablissement.

Références

- Brun, C., et Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work, 46*, 278-288. doi:10.1093/sw/46.3.278
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Fukui, S., Goscha, R., Rapp, C. A., Mabry, A., Liddy, P., et Marty, D. (2012). Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatric Services, 63*, 708-710. doi:10.1176/appi.ps.201100373.
- Rapp, A. C., et Goscha, R. J. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. New York, NY: Oxford University Press.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (Édit.). (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2nd ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Tse, S., Tsoi, E. W. S., Hamilton, B., O'Hagan, M., Shepherd, G., Slade, M., ... Petrakis, M. (2016). Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *International Journal of Social Psychiatry, 62*, 281-291. doi: 10.1177/0020764015623970

À propos des auteures

Danielle Hogan, OT(R) NL, est ergothérapeute et superviseur clinique au sein de la Strengths Team de la Eastern Health, à St. John's, Terre-Neuve.

Kathy Pennell, OT(R) NL, est gestionnaire de cas en ergothérapie au sein de la Strengths Team de la Eastern Health, à St. John's, Terre-Neuve.

Appliquer des pratiques novatrices en réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement dans des régions à faibles ressources en vue de favoriser la participation communautaire des personnes ayant une maladie mentale grave

Regina Casey, Terry Krupa, Rosemary Lysaght, Ruth Ruhara, Victoria Mutiso, Sean Kidd, David Ndeti et Arlene MacDougall

Soixante-quinze pour cent des personnes atteintes d'une maladie mentale qui vivent dans des pays à faible et moyen revenus ne reçoivent pas de services de santé mentale. Ce manque d'accès à des traitements, de même que des problèmes sociaux comme la pauvreté et la stigmatisation ont des effets négatifs sur la participation communautaire (Whiteford et al., 2013). Dans des milieux à faibles ressources, comme au Kenya, cette situation rend les personnes atteintes de maladies mentales graves inaptes à l'emploi et elles sont alors reléguées aux marges de la société.

En réponse au défi lancé par les bailleurs de fonds de notre projet de trouver des solutions audacieuses à des problèmes de santé mondiaux, nous avons mis sur pied le projet CREATE. Ce projet repose sur un nouveau paradigme du rétablissement qui combine l'entreprise sociale à des pratiques ciblées et culturellement adaptées en réadaptation psychosociale (RPS) et à des mesures de soutien par les pairs. Ce projet de 18 mois est basé à Machakos, une ville d'environ 150 000 personnes située à 60 kilomètres au sud ouest de Nairobi, au Kenya.

Dans cet article, nous présenterons d'abord un bref aperçu des éléments clés de l'initiative, suivi d'une description de l'évolution et de la mise en oeuvre d'une trousse en réadaptation psychosociale. Nous concluons par des réflexions sur le processus et quelques leçons tirées de cette expérience.

Les éléments clés du projet CREATE

Entreprise sociale

Les entreprises sociales sont une forme d'entreprise dont le but premier est de créer des emplois pour les membres de groupes marginalisés. Ces entreprises sont commercialement viables et elles produisent et vendent des biens et services à la population. Les entreprises sociales peuvent offrir de la formation et des possibilités d'emploi aux personnes ayant des maladies mentales graves, en créant des milieux de travail qui misent sur les capacités et les forces des travailleurs. Comme toute entreprise, ces entreprises doivent, pour réussir, être façonnées par la sagesse, en ce qui concerne le contexte local (p. ex., étude de marché, compétences et intérêts des travailleurs, besoins et possibilités communautaires). Les entreprises sociales peuvent redonner espoir et favoriser l'intégration communautaire des personnes atteintes d'une maladie mentale et de leurs proches, en offrant du soutien à l'emploi et en suscitant l'engagement des participants en tant qu'agents actifs de leur propre rétablissement. Cette approche fondée sur les forces correspond aux valeurs défendues par les ergothérapeutes. Dans le contexte du projet CREATE, nous avons consulté des personnes atteintes d'une maladie mentale grave à Machakos, des pourvoyeurs de services de santé et des gens d'affaires de la communauté, afin d'établir une imprimerie et de créer des conditions propices au lancement d'autres entreprises sociales.

Trousse en réadaptation psychosociale

Les connaissances sur les pratiques exemplaires en RPS axées sur le rétablissement ont été appliquées afin d'être utilisées dans le contexte local sous la forme d'une trousse à faible coût. La trousse a été conçue initialement à l'intention des employés de l'imprimerie, en vue de favoriser leur participation continue à cette entreprise sociale, mais elle a également été élaborée en vue d'être disséminée plus largement dans la communauté locale. La trousse en RPS (décrite plus bas) a été conçue en fonction du paradigme du rétablissement. La trousse a été conçue spécifiquement pour aider les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère à mieux connaître leur maladie et pour les inciter à acquérir des stratégies en matière de santé et de bien-être en s'impliquant dans des possibilités de participation communautaire et d'emploi.

Création de la trousse

Les membres de notre équipe interdisciplinaire étaient toujours engagés à appliquer des pratiques exemplaires en développement communautaire, comme le renforcement des capacités communautaires, la création de possibilités réelles de participation, y compris des processus participatifs pour le partage d'information et la prise de décisions, l'établissement de partenariats communautaires, la création de liens entre les différents secteurs et ressources et l'assurance de la pérennité du projet (Lauckner, 2011; Thibeault, 2013). Pour atteindre ces objectifs, la participation des partenaires locaux à la création de la trousse a nécessité six groupes de réflexion, de même que huit consultations formelles et plusieurs consultations informelles auprès d'informateurs clés. Les consultations ont fait appel à 50 personnes uniques provenant de multiples organisations, dont des membres de Users and Survivors of Psychiatry (USP) Kenya, le personnel et les administrateurs de deux hôpitaux en santé mentale au Kenya, des délégués d'organismes gouvernementaux, comme le Machakos Social Welfare and Empowerment Board, des avocats et des enseignants. Dans l'esprit des approches émancipatrices, les intervenants ont été engagés dès le début du projet, afin qu'ils acquièrent un sentiment d'appartenance et de responsabilité face aux actions et aux résultats de l'intervention pilote. Par ailleurs, des personnes atteintes de maladie mentale et des membres de leur famille, des représentants des personnes handicapées et des praticiens ont été consultés pour connaître leurs besoins en matière de contenu, de style, de langage et de dissémination de la trousse. Les intervenants ont aussi participé à un essai pilote de la prestation du contenu. Les consultations ont entraîné la création d'une trousse qui comprend deux sections (voir les détails dans le tableau 1) et de nombreuses améliorations face au contenu, au langage et à la présentation du matériel.

Tableau 1. **Contenu de la trousse**

Section 1 Comprendre la maladie mentale	Section 2 Acquérir des compétences sur le rétablissement
Ressources pour sensibiliser les individus et leurs proches aux maladies et pour aider les individus à partager leur expérience personnelle face à la maladie	Ressources pour aider les gens à développer leurs compétences, leurs forces et leurs mécanismes de soutien face à différents aspects comme s'aider soi-même, l'adaptation des soins personnels et la participation à des rôles/activités valorisants dans des communautés de leur choix.
Prodiguer de l'enseignement sur les sujets suivants : Troubles d'anxiété, trouble obsessionnel-compulsif, dépression, trouble bipolaire, trouble de stress post-traumatique, schizophrénie, toxicomanie et suicide, de même que la sensibilisation face aux conséquences des symptômes	Offrir des séances sur les sujets suivants : S'épanouir au travail, établir un réseau de soutien, communiquer efficacement, apprendre des stratégies axées sur le bien-être, gérer les facteurs déclencheurs de la maladie, élaborer des plans pour les situations de crise et faire face aux préjugés
Approche : Psychoéducation, réflexion personnelle, acquisition d'un langage personnel pour décrire l'expérience et les besoins	Approche : Basée principalement sur les approches cognitivo-comportementales en situation de groupe : détermination des forces et des objectifs, enseignement, jeux de rôle, répétition, rétroaction et exercices à domicile

Afin de renforcer les compétences locales, les personnes atteintes de maladie mentale et les travailleurs de la santé de la communauté intéressés ont suivi une formation pour apprendre comment utiliser la trousse; cette formation mettait un accent particulier sur la façon d'utiliser la trousse pour favoriser le rétablissement. De plus, la formation offrait une plateforme pour favoriser davantage la participation des intervenants, tout en permettant de cibler et de renforcer les compétences des leaders potentiels. Ces séances de formation initiales ont également permis de faire l'essai des processus et des mesures d'évaluation. Les commentaires étaient positifs à

la suite de cette formation initiale; par ailleurs, les participants ont demandé plus d'appui et de formation. En général, les participants ont dit que la formation les avait aidés à acquérir des compétences en animation, à prendre conscience de leurs forces, à faire face aux préjugés et à devenir plus réfléchis. De plus, les participants ont proposé d'apporter quelques changements à la trousse, par exemple, en simplifiant le langage et en fournissant plus d'information à l'avance sur la formation. Un des participants a émis un commentaire très important, qui nous a permis de mieux comprendre le contexte dans lequel nous voulions apporter des changements : « La marginalisation...est profonde dans les milieux de travail... [dans tous les comtés, [dans] le pays et même dans la constitution ... [cela] prive les patients en santé mentale de leurs droits humains. »

Le prochaine étape dans l'élaboration de la trousse fait appel à une deuxième série de formations pour développer l'expertise du facilitateur et pour inciter les différents intervenants à évaluer formellement la trousse; ces formations seront offertes à compter de juin 2016, dans un nouveau lieu urbain. Si nous réussissons, nous prévoyons élargir le projet et rendre la trousse disponible dans d'autres pays à faible et moyen revenus.

Pour en savoir davantage, prière de consulter le : www.createkenya.com. On peut voir une courte vidéo sur le projet au: <https://www.youtube.com/watch?v=SNCj2wSSdd0>.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants envers nos nombreux partenaires et supporters, notamment Grands Défis Canada, la Fondation africaine de la santé mentale, Users and Survivors of Psychiatry Kenya et le Douglas College. Nous tenons également à remercier Grands Défis Canada et la Western University qui nous ont accordé une aide financière pour le projet CREATE.

Références

- Lauckner, H. M., Krupa, T. M., et Paterson, M. L. (2011). Conceptualizing community development: Occupational therapy practice at the intersection of health services and community. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 78, 260-268. doi:10.2182/cjot.2011.78.4.8
- Thibeault, R. (2013). Occupational justice's intents and impacts: From personal choices to community consequences. Dans M. P. Cutchin & V. A. Dickie (Édit.), *Transactional perspectives on occupation* (pp. 245-256). Netherlands: Springer.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., . . . Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6

À propos des auteures

Regina Casey, PhD, est boursière postdoctorale pour la Fondation africaine de la santé mentale à Nairobi, au Kenya. On peut la joindre à : regina.casey@gmail.com.

Terry Krupa, PhD, Erg. Aut. (Ont.), est professeure à la School of Rehabilitation Therapy de la Queen's University, à Kingston, en Ontario.

Rosemary Lysaght, PhD, est professeure agrégée à la School of Rehabilitation Therapy de la Queen's University, à Kingston, en Ontario.

Ruth Ruhara, MA, est agente de projet pour la Fondation africaine de la santé mentale à Nairobi, au Kenya.

Victoria Mutiso, PhD, est directrice de la recherche, de l'administration et des finances pour la Fondation africaine de la santé mentale à Nairobi, au Kenya.

Sean Kidd, PhD, est professeur adjoint au Department of Psychiatry de l'University of Toronto à Toronto, en Ontario.

David Ndeti, MD, FRCPsych (UK), DSc, est le directeur fondateur de la Fondation africaine de la santé mentale à Nairobi, au Kenya.

Arlene MacDougall, MD, MSc, FRCPC, est professeure adjointe au Department of Psychiatry et au Department of Epidemiology and Biostatistics de la Schulich School of Medicine and Dentistry à la Western University, à London, en Ontario.

L'emploi et l'éducation comme objectifs cibles du rétablissement dans les soins de santé mentale

Skye Barbic, Stephany Berinstein, Lyn Heinemann et Vivian Lau

Au Canada, l'une des valeurs fondamentales du rétablissement est la croyance selon laquelle toute personne a la capacité de mener une vie remplie et satisfaisante. De plus en plus de données probantes suggèrent que les personnes atteintes d'une maladie mentale considèrent que l'emploi est déterminant pour leur rétablissement (Modini et al., 2016). Bien que l'on estime que 85 % à 90 % des adultes aux prises avec une maladie mentale affirment que le travail est important pour eux (Barbic, Kidd et McKenzie, 2016), paradoxalement, des taux élevés de chômage et de sous-emploi subsistent (étude estimée de 75 % à 95 %; Statistique Canada, 2015). Comme un si grand nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale considèrent qu'un emploi est déterminant pour leur rétablissement, les ergothérapeutes ont la possibilité d'examiner comment le soutien à l'emploi pourrait être un service offert à toute personne ayant une maladie mentale qui le désire.

Dans cet article, nous donnons l'exemple de deux programmes dirigés par des ergothérapeutes qui ont adopté des approches uniques pour offrir des services de soutien à l'emploi. Le but commun de ces organismes est d'atteindre des taux de réussites durables et de convaincre les intervenants clés de favoriser le financement continu des programmes de soutien à l'emploi et de les considérer comme des interventions de base à intégrer dans le spectre des soins de santé mentale.

L'exemple de Gastown Vocational Services (GVS)

Le GVS est un service professionnel spécialisé à Vancouver pour les individus ayant des problèmes de santé mentale. Le GVS est en service depuis 1991 et son personnel est composé d'ergothérapeutes, de prospecteurs d'emploi, de travailleurs offrant du soutien à leurs pairs et d'un psychologue. Le personnel du GVS travaille avec les personnes en vue de leur rétablissement, afin qu'elles atteignent leurs objectifs en matière d'emploi et d'éducation, en offrant divers services de soutien à l'emploi. Les services du GVS sont basés sur la réadaptation psychosociale (RPS) et les principes du rétablissement et ils sont centrés sur les forces et les habiletés de chaque personne, de même que sur la promotion du mieux-être au moyen de plans professionnels individualisés.

Le GVS travaille avec les clients en tant que membres d'une équipe, pour les aider à améliorer leur confiance en eux, leur bien-être, leurs habiletés et leur expérience, en vue d'atteindre leurs objectifs en matière d'emploi (rémunéré ou non) et d'éducation. Ce processus est facilité en partie par la présence d'ergothérapeutes dans des postes de direction au GVS et en tant que coordonnateurs à l'emploi. Le rôle de l'ergothérapie s'étend au-delà d'un service professionnel traditionnel, puisqu'il comprend des évaluations et des interventions qui tiennent compte de tous les aspects d'une personne, en fonction de son environnement et de ses objectifs en matière de santé. Au GVS, les ergothérapeutes travaillent avec les clients, les équipes de santé et les employeurs afin de coordonner les plans d'intervention en matière d'emploi et de santé et de relever l'accès aux possibilités d'emploi dans la collectivité, par la création et la revendication d'emplois.

L'exemple du programme Inner City Youth (ICY)

Les jeunes adultes âgés de 15 ans à 24 ans sont généralement aux études ou dans des programmes de formation spécialisés, afin d'acquérir les aspects fondamentaux qui leur assureront un avenir stable. L'ICY, un service de santé pour les jeunes marginalisés vivant à Vancouver, a travaillé en vue de cibler les lacunes dans la façon dont les clients font l'acquisition de compétences pour le travail et entrent sur le marché du travail ou poursuivent leur éducation. Ce service emploie maintenant un ergothérapeute jouant le rôle de navigateur ou de prospecteur, afin d'aider les clients à trouver un emploi ou à poursuivre leurs études.

Auprès des jeunes ayant des objectifs en matière d'emploi, le rôle de l'ergothérapeute est de travailler avec les clients pour élaborer des plans d'action dynamiques qui coordonnent les objectifs en matière de santé, d'emploi et de bien-être, et pour collaborer avec les employeurs et les équipes de santé en vue d'optimiser les possibilités d'emploi à long terme des clients. Auprès des jeunes qui sont aux études, le rôle de l'ergothérapeute est de contribuer à l'élaboration de plans éducatifs individuels, pour veiller à ce que le soutien adéquat soit en place et à la continuité entre l'école et les aspirations des jeunes en matière de santé.

L'ICY a formé des partenariats avec des employeurs et des organismes communautaires comme le YMCA afin de concevoir des programmes accessibles et adaptés aux jeunes marginalisés. L'équipe comprend maintenant des travailleurs offrant du soutien par les pairs et elle a établi un partenariat avec l'University of British Columbia pour surveiller l'efficacité, l'adaptabilité et la rentabilité de ses services. Ce partenariat permet une évaluation objective du programme et l'intégration immédiate du point de vue des jeunes lors du développement de programme et de la planification des services.

Réflexions finales

L'accès à l'emploi et à l'éducation est essentiel au bien-être des personnes atteintes d'une maladie mentale et pour l'ensemble de la société. Les ergothérapeutes ont de nombreuses possibilités de diriger des initiatives visant à examiner comment le soutien à l'emploi et les services éducatifs peuvent être offerts selon une perspective axée sur le rétablissement et la RPS et fondée sur les faits.

Pour en savoir davantage, communiquer avec Skye Barbic, à : skye.barbic@ubc.ca.

Références

- Barbic, S., Kidd, S. A., et McKenzie, K. (2016). *What are the recovery needs of Canadians with mental illness?* Manuscript soumis en vue de sa publication.
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., et Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*. Publication à l'avance en ligne. doi:10.1177/1039856215618523
- Statistique Canada. (2015). *Emploi et chômage*. Téléchargé au http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/ind01/l3_2621_1803-fra.htm?hili=None

APPEL DE COMMUNICATIONS



Congrès de l'ACE
2017

Honorer notre passé. Façonner notre avenir.

Charlottetown, Î.-P. É.
Du 21 au 24 juin

Vue du ciel, l'Île-du-Prince-Édouard ressemble à une mosaïque où les couleurs rouges sont le sol, les verts sont les champs et les bleus sont la mer. Cette mosaïque nous rappelle qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, lieu où le Canada est devenu une confédération il y a 150 ans, l'histoire est très riche. Charlottetown est un endroit idéal pour honorer notre passé en tant qu'ergothérapeutes et pour nous rassembler avec des collègues pour s'échanger des connaissances et des stratégies qui façonneront notre avenir.

Nouvelle date limite
1^{er} novembre 2016

Soumettez votre proposition en ligne,
au www.caot.ca

Information : (800) 434-2268, poste 232

Courriel : conference@caot.ca

www.caot.ca/conference



ACE - CAOT
Association canadienne des ergothérapeutes
Canadian Association of Occupational Therapists



jack hirose
& ASSOCIATES INC.
Quality workshops & community resources

JACKHIROSE.COM

20 PROVEN & EFFECTIVE SELF-REGULATION STRATEGIES

*For Children with Sensory Disorders, Learning
Disabilities, Anxiety & ADHD*



Saskatoon, SK.....October 31, 2016
Winnipeg, MB.....November 1, 2016

LYNNE KENNEY, PSY.D.

SMART BUT SCATTERED

*Strengthening Executive Skills
in Children & Adolescents*



Winnipeg, MB.....October 19, 2016
Saskatoon, SK.....October 20, 2016
Calgary, AB.....October 21, 2016
Lethbridge, AB.....October 24, 2016
Abbotsford, BC.....October 25, 2016
Burnaby, BC.....October 26, 2016

PEG DAWSON, ED.D., NCSP

SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH CONFERENCES

With Ross W. Greene, PH.D.



Edmonton, AB.....October 26-28, 2016
Richmond, BC.....November 7-9, 2016

ROSS GREENE & 6 SPEAKERS

MAKING SENSE OF ANXIETY & RELATED PROBLEMS

Six Week Webinar



January 9, 2017 - February 13, 2017

GORDON NEUFELD, PH.D.

\$10 OFF! Promo Code: CAOT10 JACKHIROSE.COM



800-578-7906
www.ebshealthcare.com



800-579-9970
www.ebsunited.com

Travel opportunities throughout the U.S. and South America!



EBS offers unlimited opportunities for an exciting and rewarding career. As a member of the EBS team, you will gain access to the most comprehensive support, training, and mentorship programs available while building lifelong professional and personal relationships with top specialists in the field. Our goal is to empower occupational therapists to become leaders in their fields, while providing the highest-quality services for children, families, and communities around the world.

DISCOVER YOUR CAREER

Choose a Setting

- School
- Home
- Clinic

Explore Locations

- Local
- National
- International

Embrace your Role

- Entry-Level
- Supervisor
- Consultant

REACH YOUR POTENTIAL

Extensive Training

- CEU/Professional Development
- Career Coaching
- Professional Partnerships

Ongoing Support

- Mentorship/Training Program
- Regional/National Supervisors
- 24/7 HR Representatives

Professional Growth

- Leadership Development
- Community Outreach
- Conferences/Associations

EXPERIENCE SUCCESS

Expand your Boundaries

- Immersion/Outreach Programs
- Volunteer Abroad
- Bilingual Certification

Become a Leader

- Mentor/Lead Therapist
- Speaker/Researcher
- Board/Clinical Member

Achieve your Goals

- Travel to New Locations
- Develop Areas of Expertise
- Make a Difference

Join the EBS team and turn your career into a successful and rewarding journey while making a difference in lives you touch!



Grâce à mon
Fusion, plus rien
n'est "trop loin".

FUSION^{MC} 2_{dans} 1

**Ambulateur à pliage
latéral et fauteuil de
transport – tout en un.**

Mon Fusion me permet de socialiser et de vivre ma vie comme je l'entends. Son incomparable stabilité et conception légère me donnent la confiance de marcher en sécurité. Mais son plus grand avantage est que **si j'ai besoin de me reposer, un proche peut m'aider à rentrer à la maison avec style et confort.**

Pour une démonstration, contactez-nous au **1-800-363-2381** ou visitez votre vendeur Airgo.



23"
Hauteur
de siège

Maintenant disponible
en plus grand!

Airgo[®]

www.airgomobility.com