



L'ERGOTHÉRAPEUTE : UN AGENT DE CHANGEMENT ET UN *LEADER* POUR UNE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE AXÉE VERS LE RÉTABLISSEMENT

Les ergothérapeutes sont de plus en plus interpellés par le paradigme du rétablissement. En fait, un nombre grandissant de publications, projets d'intervention, présentations scientifiques concernant les pratiques axées vers le rétablissement impliquent activement les ergothérapeutes. Cet éditorial propose une réflexion sur le rôle d'agent de changement et de leader que peuvent jouer de manière significative les ergothérapeutes dans ce changement de paradigme. Comment les ergothérapeutes appliquent-ils les principes d'une pratique axée vers le rétablissement ? Comment y réfléchissent-ils ? Comment peuvent-ils y contribuer davantage ?

Partout dans le monde, les troubles de santé mentale ont une prévalence importante et représentent un des défis majeurs de la société (OMS, 2013). Toutefois, un écart important demeure entre les besoins des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et les services offerts (OMS, 2013). Avec l'objectif de réduire cet écart, le rétablissement représente le nouveau paradigme guidant les services en santé mentale dans plusieurs pays (Piat & Sabetti, 2012; Shepherd, Boardman, & Slade, 2007, 2008, 2014). Selon ces auteurs, le rétablissement personnel est le processus qui permet à chaque personne un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens. En se basant sur le modèle CHIME (Leamy et al., 2011; Slade, 2012), ce processus est possible à travers : (1) la connexion aux autres et à sa communauté (*connectedness*); (2) le sentiment d'espoir (*hope*); (3) la reconstruction d'une identité positive (*identity*); (4) la découverte d'un sens à son expérience vécue (*meaning*); (5) la réappropriation d'un pouvoir d'agir et d'une place dans la société (*empowerment*). L'acte de guider la personne dans ce processus de rétablissement (et de lui offrir toutes les opportunités pour le faire) appartient à ce qu'on appelle la pratique axée vers le rétablissement (Shepherd, Boardman, & Slade, 2007, 2014). Cette pratique s'inscrit dans les principes et valeurs du paradigme du rétablissement. Il défend l'idée que les systèmes et acteurs doivent transformer leur façon de faire

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v5n1.150

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org>



et commencer un réel changement social, et ce, à tous les niveaux (par ex. : distribution du pouvoir, mécanismes de prise de décision, organisation et prestation des services en santé mentale, lutte à la stigmatisation, etc.).

Plusieurs pays ont pris ce virage et recommandent des changements importants, ainsi que la mise en place d'outils pour faciliter l'implantation des pratiques axées vers le rétablissement dans les réseaux de santé (Piat & Sabetti, 2012; Slade, 2012). Le Canada, avec la *Stratégie en matière de santé mentale* et le *Guide de référence pour des pratiques axées vers le rétablissement* (CSMC), ne fait pas exception (CSMC, 2015; Kirby, Howlett, & Chodos, 2009, 2012). Les orientations actuelles vont vers des services qui soutiennent l'autogestion/autodétermination des personnes, l'amélioration des conditions de vie et l'augmentation des opportunités de participation sociale, la reprise d'une vie satisfaisante, ainsi que la réduction des écarts sociaux et de la stigmatisation/discrimination vécus par les personnes (CSMC, 2015; Shepherd, Boardman, & Slade, 2010, 2014). Au Québec, la mesure 1 du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020, promulguée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et qui correspond au principe de primauté de la personne, invite tous les établissements du réseau de la santé à transformer leur offre de soins et services en implantant une approche axée vers le rétablissement, notamment (1.1) par le respect des droits des personnes à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux; (1.2) en favorisant la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en regard de la maladie mentale; (1.3) par la mise en place et le maintien de soins et services axés sur le rétablissement (soutien entre pairs et autogestion, solutions misant sur les forces et ressources de la personne, reconnaissance du savoir expérientiel, partenariat avec les communautés locales, ainsi qu'avec les milieux de l'éducation et de l'emploi, soutien spécifique aux omnipraticiens, formation pour tous sur le rétablissement et les droits des personnes); (1.4) par la reconnaissance et le soutien de l'implication des membres de l'entourage dans tout le processus de soins et de rétablissement; (1.5) par la participation active de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services (Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services, Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015).

Les ergothérapeutes ont souvent le sentiment que leur approche correspond déjà au paradigme du rétablissement. Ce texte leur offre une grille d'analyse et de réflexion sur leur propre pratique. Que ce soit comme praticiens, enseignants ou chercheurs, les ergothérapeutes ont un rôle essentiel à jouer dans l'actualisation du paradigme du rétablissement. Grâce à leurs valeurs et principes d'intervention, leurs modèles théoriques et outils d'analyse (par ex. : opportunités occupationnelles, transformation des environnements, compréhension sociale des obstacles, travail au sein des collectivités, etc.), ils sont probablement les professionnels de la santé les mieux positionnés pour agir comme *leader* et faire la différence (Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE], 2002, 2013; Gruhl, 2005).

L'ergothérapeute : agent de changement et *leader* pour une pratique axée rétablissement

L'ergothérapeute partage des valeurs communes à la fois avec le concept d'*empowerment* et celui du rétablissement (Gruhl, 2005; Townsend, 2002). L'ergothérapeute croit que toute personne peut faire ses propres choix et se mettre en action à travers l'occupation afin de se bâtir un futur au-delà de la maladie. Il croit aussi que chaque personne est unique, possède des forces et des ressources, privilégiant ainsi une pratique centrée sur le client (Gruhl, 2005). Ces valeurs communes, en synergie, vont dans le sens du développement d'une identité occupationnelle positive qui permet à toute personne de retrouver un sens à sa vie et de reprendre les activités et rôles qu'elle valorise (Bélanger, Briand, & Rivard, 2005; Kielhofner, 2007). Cela dit, bien que les concepts d'*empowerment* et de rétablissement soient considérés comme indissociables l'un de l'autre par plusieurs auteurs (Gruhl, 2005; Piat et al., 2010), ils apparaissent se distinguer sur certains points. En effet, le concept d'*empowerment* met davantage l'emphase sur l'habileté de la personne à prendre le contrôle sur sa vie (Fitzsimons & Fuller, 2002) et moins, sur les composantes organisationnelles du système de soutien et les conditions qui peuvent réellement soutenir ce cheminement personnel vers la pleine participation sociale. Le concept du rétablissement fait passer la discussion d'une préoccupation uniquement centrée sur l'individu à la transformation systémique et sociétale des pratiques (Shepherd, Boardman, Rinaldi, & Roberts, 2014; Shepherd, Boardman, & Slade, 2007). Entre autres, l'une des distinctions majeures de ce concept est de permettre l'implication et l'intégration de personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale à tous les niveaux décisionnels du système de santé, et ce, tant dans la planification, la prestation que dans l'évaluation des services en santé mentale. Ce nouveau paradigme amène les différents acteurs du système à établir des relations d'égal à égal (*On the tap*) et non de pouvoir (*Top to bottom*) avec les personnes atteintes, ainsi qu'avec les membres de leur entourage (Perkins & Repper, 2012; Toney & al, 2018).

Sherperd et ses collègues (2008, 2010, 2014) et Slade (2014) ont résumé les orientations/actions concrètes d'une pratique axée vers le rétablissement. Ils donnent des pistes sur comment l'ergothérapeute peut être un agent de changement et *leader* dans cette transition vers un autre paradigme. Ainsi, l'ergothérapeute devrait :

- Minimiser l'utilisation des services de santé mentale et encourager l'identification de stratégies par la personne elle-même (philosophie d'autogestion/autodétermination)
- Miser davantage sur les choix, les forces et les ressources de la personne dans son réseau naturel
- Favoriser, comme premier point de contact, celui avec un pair aidant ou un patient partenaire (ou l'accès à des témoignages de personnes en processus de rétablissement)
- Militer pour la création de postes de pairs aidants ou patients partenaires
- Impliquer rapidement la personne et les membres de l'entourage (ou personnes significatives) dans l'élaboration d'un plan de rétablissement, incluant des directives anticipées en cas de situation de crise
- Développer des formations sur le rétablissement et les droits en tandem avec des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale

- Utiliser des approches d'intervention favorisant réellement le processus de rétablissement et répondant aux besoins des personnes, telles que le modèle des forces, l'élaboration d'un plan de rétablissement et de bien-être, la prise de décision partagée, le plan de crise conjoint ou directives anticipées, les approches de soutien à l'emploi (p. ex. : *Individual Placement Support*, IPS) et au logement (p. ex. : *Housing first*)
- Prioriser l'amélioration des conditions de vie par le retour au travail et aux études, l'accès à un logement autonome au choix de la personne
- Travailler avec les milieux citoyens (municipalités, écoles, entreprises, propriétaires de logements, etc.) pour permettre l'accès aux services et l'embauche massive des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale
- Lutter explicitement contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et l'auto-stigmatisation et ce, autant à l'extérieur qu'à l'intérieur du réseau de la santé mentale
- Soutenir l'embauche de personnes en rétablissement dans le réseau de la santé et leur implication à tous les niveaux de décision, revendiquer leur place au sein des comités de planification et d'organisation des services
- Impliquer dans le développement et la réalisation de projets d'intervention et d'évaluation, des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale, prioriser le co-développement « Jamais pour eux, sans eux ! »

Et, l'ergothérapeute chercheur...

L'ergothérapeute chercheur a cette même responsabilité que son homonyme praticien. Il détient une position unique qui fait de lui un agent de changement privilégié pour l'implantation du paradigme du rétablissement. Dans l'ensemble de ses projets, il doit revendiquer la place des personnes : elles passent ainsi d'objets de recherche à parties prenantes et partenaires décisionnels. L'ergothérapeute doit mettre de l'avant l'apport du savoir expérientiel et la participation active de patients partenaires à toutes les étapes de ses projets. C'est de sa responsabilité de mettre en place des processus d'évaluation et de recherche qui impliquent les personnes et les membres de l'entourage, et qui tiennent compte des acteurs concernés et de leur parole. L'ergothérapeute possède les compétences pour créer ces lieux et espaces de discussion et de décision, où le patient partenaire, le membre de l'entourage et le citoyen ont une voix, et ce, au même titre que les praticiens, gestionnaires et décideurs. Le chercheur ergothérapeute ne travaille pas seul. Il s'entoure de toutes les parties prenantes et défend souvent des projets de recherche-action participative transformatrice (Cousins & Chouinard, 2012; Ridde, 2009; Simard, 1997). Il privilégie le contact direct et des rapports sociaux égalitaires pour permettre une distribution différente des pouvoirs et une prise de décision collective permettant l'émergence de méthodes et savoirs intégrés.

L'ergothérapeute chercheur a la même responsabilité de défense des droits, des intérêts et des possibilités occupationnelles que dans la pratique clinique (ACE, 2013; Hammell & Iwama, 2012). Il est un agent de changement unique pour lutter contre les injustices sociales et occupationnelles, en particulier, par l'accès à la connaissance, aux opportunités d'emploi, aux mécanismes de prise de décision et de formation continue. Il doit soutenir l'embauche des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale dans ses équipes de travail et au sein de ses laboratoires de recherche.

Il doit être un employeur exemplaire, qui offre des opportunités de dépassement et d'épanouissement personnel. Par exemple, il peut créer au sein des équipes de travail et des laboratoires de recherche (avec ses étudiants, collègues, patients partenaires), des lieux de réflexion et de parole. Ces lieux peuvent servir à discuter de la répartition des tâches et responsabilités; à identifier des stratégies de maintien de rapports sociaux sains et bienveillants ; ou permettre la mise en place de mécanismes collectifs pour promouvoir une qualité de vie et une bonne santé mentale au travail pour tous. L'ergothérapeute chercheur se doit d'incarner les valeurs de l'ergothérapie et du paradigme du rétablissement au sein des équipes de travail, des projets de recherche dans lequel il est impliqué, ainsi qu'auprès des partenaires. D'ailleurs, il est encouragé à prioriser les projets avec les réseaux de santé et autres milieux citoyens (municipalités, écoles, entreprises, etc.) pour étendre la portée de ses idées de justice sociale et occupationnelle, et ce, bien au-delà des services et pratiques cliniques habituels. En agissant de la sorte, il peut participer réellement à l'émergence d'environnements sociaux sains, égalitaires et habilitants.

L'ergothérapeute chercheur devrait :

- Soutenir l'implication de personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale dans la planification, la collecte et l'analyse de données, la présentation des résultats, la publication (dont l'émergence de recommandations) dans tous ses projets d'évaluation, d'intervention ou de recherche.
- Revendiquer la place du savoir expérientiel dans tous les lieux de décision d'un projet pour permettre l'émergence d'un savoir intégré qui allie le savoir théorique (issu des données probantes), le savoir pratique (issu de la clinique) et le savoir d'expérience (issu du vécu).
- Soutenir l'embauche de patients partenaires et membres de l'entourage dans ses équipes de travail et ses laboratoires de recherche. Offrir ainsi des opportunités réelles de faire des choix et de mettre en valeur ses forces et compétences.
- Mettre en lien les étudiants et patients partenaires au sein des mêmes équipes de travail. Privilégier des expériences réelles de partenariat, sans hiérarchie.
- Offrir un travail régulier rémunéré au titre, statut et tarif horaire correspondant à l'emploi. Ne faire aucune distinction.
- Défendre, au sein de ses équipes de travail et de ses laboratoires de recherche, les droits des personnes et lutter ainsi contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation. Offrir aux personnes des opportunités de dépassement, de formation continue, etc.
- Créer des espaces de réflexion à même ses laboratoires de recherche sur le bien-être au travail, la bienveillance entre travailleurs et l'importance de stratégies collectives pour soutenir une bonne santé mentale en emploi.
- User de son influence pour revendiquer la place des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale au sein de comités de planification et d'organisation des services de santé mentale, mais également au sein des emplois et des lieux de décision de tous les milieux citoyens (réseaux de santé et de l'éducation, municipalités, entreprises, etc.).

L'ergothérapeute joue, à plusieurs niveaux, un rôle de premier plan dans l'application concrète des paramètres définissant une approche axée vers le rétablissement. Il est fréquemment l'un des principaux intervenants du système de santé mentale appelés à créer un lien de confiance avec les personnes, les membres de l'entourage, les communautés et à défendre leurs droits et intérêts. L'ergothérapeute contribue au changement de paradigme actuel. Il doit se poser en *leader* dans la transformation des services actuels, la reconnaissance de la place et du pouvoir décisionnel des personnes, le développement d'espaces habilitants et dans la lutte aux injustices sociales. Que nous soyons ergothérapeutes praticiens, enseignants ou chercheurs, nous avons tous cette responsabilité.

Voici une invitation, Chers collègues ergothérapeutes, à incarner et à défendre véritablement les valeurs propres à l'ergothérapie, qui sont au cœur de notre profession.

Catherine Briand, ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée au département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé de Montréal (CRIUSMM), Fondatrice du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS)

Myreille Bédard, patiente partenaire, formatrice et conférencière, auteure, chargée de projet au CÉRRIS, CRIUSMM

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). (2013). *Enabling occupation II*. ACE-CAOT, Ottawa, Canada.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). (2002). *Enabling occupation : An occupational therapy perspective*. ACE-CAOT, Ottawa, Canada.
- Bélanger, R., Briand, C. et Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). In M.-J. Manidi (Ed.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (pp. 111-158). Lausanne, Suisse: Les Cahiers de l'École d'Études sociales et pédagogiques.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Cousins, J.B. et Chouinard, J.A. (2012). *Participatory evaluation Up Close*. Charlotte, NC: Information Age Publishing, Inc.
- Fitzsimons, S. et Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health, 11*(5), 481-499.
- Gruhl, K. L. R. (2005). The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Canadian journal of occupational therapy, 72*(2), 96-102.
- Hammell, K. R. W. et Iwama, M. K. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19*(5), 385-394.
- Kielhofner, G. (2007). *Model of human occupation: Theory and application (4 ed.)*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kirby, M., Howlett, M. et Chodos, H. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être: Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ottawa, Ontario : Commission de la santé mentale du Canada.
- Kirby, M., Howlett, M. et Chodos, H. (2012). *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa, Ontario : Commission de la santé mentale du Canada.
- 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(6), 445-452.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec. Récupéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001798/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève, Suisse.
- Perkins, R. et Repper, J. (2012). *Recovery College*. Sainsbury Centre for Mental Health, Londres.
- Piat, M. et Sabetti, J. (2012). Recovery in Canada: Toward social equality. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 19-28.
- Piat, M., Sabetti, J. et Bloom, D. (2010). The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 168-177.
- Ridde, V. (2009). Une évaluation participative des processus avec renforcement du pouvoir d'agir de travailleurs de rue. Dans V. Ridde et C. Dagnenais (eds.). *Approches et pratiques en évaluation de programmes (chap. 14)*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M. et Roberts, G. (2014). *ImROC - Implementing Recovery through Organisational Change 8. Supporting recovery in mental health services: Quality and Outcomes*. London, UK: Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Burns, M. (2010). *Implementing recovery: A methodology for organisational change*. London, UK: Sainsbury Center for Mental Health.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2007). *Faire du rétablissement une réalité, Sainsbury Centre for Mental Health, London. Traduction en 2012 du document Making Recovery a Reality, Institut universitaire de santé mentale*. Douglas, Montréal, Québec, Canada.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2008). *Putting recovery into mental health practice*. Mental health today (Brighton, England), 28-31.
- Simard, P., O'Neill, M., Frankish, C.J., George, A., Daniel, M. et Doyle-Waters, M. (1997). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada francophone*. Ottawa, Ontario: Santé Canada.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. et Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology & Psychiatric Science*, 21(4), 353-364.
- Slade, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(1): 1-4.
- 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(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., ... Slade, M. (2018). Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatric Services*, 69(12), 1222-1229. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800283>
- Townsend, E. A. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans E. A. Townsend (Ed.), *Promouvoir l'occupation: Une perspective de l'ergothérapie (pp. 33-64)*. Ottawa, Ontario : Association canadienne des ergothérapeutes.