

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

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

PAR  
MARIE-PIER BOURDAGES

SOUTENIR LE FONCTIONNEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE  
MENTAL PAR L'AUTOGESTION : UNE PERSPECTIVE ERGOTHÉRAPIQUE

DÉCEMBRE 2021

## REMERCIEMENTS

D'abord, je souhaite remercier ma directrice d'essai, Mme Catherine Briand, pour son implication et sa contribution hors pair à mon projet. Merci Catherine pour ton temps, pour tes conseils et pour tes réflexions. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir donné confiance. Tu as été mon phare, m'éclairant dans toutes les étapes de la dernière année et demie, tu m'as aidé à naviguer dans ce grand projet.

Ensuite, je souhaite remercier les experts qui ont participé à mon projet. Vous m'avez permis d'apporter mon projet à un autre niveau par la richesse de vos réflexions. Merci pour votre implication, votre temps et vos partages. J'en suis grandement reconnaissante.

Par la suite, je tiens remercier mes précieuses amies, Virginie St-Onge, Maude Falardeau et Magalie Lachance, qui m'ont soutenu et accompagné tout au long de ce projet, mais également tout au long de ma vie universitaire.

Finalement, un merci très spécial à mes parents, Sylvie et Jean-Guy, ma sœur, Elyssa, et mon copain, Yan. Vous avez été mes piliers dans la réalisation de ce projet et pendant mon parcours universitaire. Merci pour votre présence constante, vos encouragements, votre intérêt et votre support.

## TABLE DES MATIÈRES

<i>REMERCIEMENTS</i> .....	<i>II</i>
<i>LISTE DES TABLEAUX</i> .....	<i>V</i>
<i>LISTE DES FIGURES</i> .....	<i>VI</i>
<i>LISTE DES ABRÉVIATIONS</i> .....	<i>VII</i>
<i>RÉSUMÉ</i> .....	<i>VIII</i>
<i>1. INTRODUCTION</i> .....	<i>1</i>
<i>2. PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES</i> .....	<i>2</i>
2.1. Définition et prévalence des troubles mentaux.....	<i>2</i>
2.2. Impacts fonctionnels et trouble mental.....	<i>2</i>
2.3. Changement de paradigme de la santé.....	<i>4</i>
2.4. L'autogestion en santé mentale.....	<i>6</i>
2.4.1. Définition de l'autogestion .....	<i>6</i>
2.4.2. Définition de l'outil <i>Allez mieux à ma façon</i> .....	<i>6</i>
2.5. Pertinence .....	<i>10</i>
<i>3. OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE</i> .....	<i>11</i>
<i>4. CADRE CONCEPTUEL</i> .....	<i>12</i>
4.1. Modèles conceptuels en ergothérapie .....	<i>12</i>
4.1.1. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) .....	<i>12</i>
4.1.2. Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) .....	<i>13</i>
4.1.3. Le modèle du développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH) .....	<i>15</i>
4.2. Définition du cadre d'analyse .....	<i>17</i>
4.1.1. Fonctionnement et ergothérapie .....	<i>17</i>
<i>5. MÉTHODE</i> .....	<i>21</i>
5.1. Réalisation d'une revue de la littérature .....	<i>21</i>
5.1.1. Collecte de données .....	<i>21</i>
5.1.2. Analyse des données.....	<i>23</i>
5.1.3. Schématisation initiale à partir de la littérature .....	<i>24</i>
5.2. Validation auprès de groupes d'expert .....	<i>24</i>
5.2.1. Déroulement des rencontres .....	<i>25</i>
5.3. Schématisation secondaire et finale .....	<i>28</i>
<i>6. RÉSULTATS</i> .....	<i>29</i>
6.1. Résultats issus de la revue de la littérature .....	<i>29</i>
6.1.1. Occupations .....	<i>29</i>
6.1.2. Personne.....	<i>30</i>
6.1.3. Environnement.....	<i>30</i>
6.1.4. Participation et engagement.....	<i>31</i>
6.1.5. Schématisation préliminaire .....	<i>32</i>
6.2. Consultation groupes d'expert 1 .....	<i>33</i>

6.2.1. Éléments ressortis par le groupe d'expert 1 .....	33
6.2.2. Schématisation à la suite du groupe d'expert 1 .....	35
6.3. Consultation groupe d'expert 2.....	36
6.3.1. Éléments ressortis par le groupe d'expert 2.....	36
6.3.2. Schématisation à la suite du groupe d'expert 2 .....	38
7. <i>DISCUSSION</i> .....	39
7.1. Soutenir le fonctionnement quotidien par l'autogestion.....	39
7.2. Le pouvoir des occupations dans l'autogestion .....	40
7.3. Considérations pour les ergothérapeutes lors d'utilisation d'outil d'autogestion dans leur pratique .....	40
7.4. Ergothérapie et autogestion.....	42
7.5. Forces et limites .....	43
7.5. Avenues de recherche .....	44
8. <i>CONCLUSION</i> .....	46
<i>RÉFÉRENCES</i> .....	47
<i>ANNEXE A RÉSUMÉ DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS</i> .....	52
<i>ANNEXE B ANALYSE DES ARTICLES EN FONCTION DES QUATRE THÈMES PRINCIPAUX ÉTANT L'ENGAGEMENT ET LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELS, LES OCCUPATIONS LA PERSONNE ET L'ENVIRONNEMENT</i> .....	63

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Éléments du processus de rétablissement .....	5
Tableau 2. Stratégies d'autogestion dans la catégorie J'agis face à mes difficultés dans l'outils aller mieux à ma façon .....	7
Tableau 3. Stratégies d'autogestion dans la catégorie J'entretiens l'espoir dans l'outils aller mieux à ma façon .....	8
Tableau 4. Stratégies d'autogestion dans la catégorie Je fonctionne au quotidien dans l'outils aller mieux à ma façon .....	8
Tableau 5. Stratégies d'autogestion dans la catégorie Je prends soin de ma condition physique dans l'outils aller mieux à ma façon .....	9
Tableau 6. Stratégies d'autogestion dans la catégorie Je prends soin de ma condition physique dans l'outils aller mieux à ma façon .....	9
Tableau 7. Définition des concepts des différents modèles conceptuels présentés liés au fonctionnement .....	19
Tableau 8. Termes de recherche utilisés sur les bases de données EBSCOhost et Pubmed .....	21
Tableau 9. Grille résumant articles .....	23
Tableau 10. Grille d'analyse pour article .....	23
Tableau 11. Déroulement du groupe d'expert 1 .....	25
Tableau 12. Déroulement du groupe d'expert 2 .....	25
Tableau 13. Éléments ressortis par le groupe d'expert 1 .....	33
Tableau 14. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant les résultats issus de la littérature .....	36
Tableau 15. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant les résultats issus du groupe d'expert 1 .....	36
Tableau 16. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant le schéma secondaire .....	37
Tableau 17. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant l'autogestion et la pratique de l'ergothérapie .....	37

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel .....	13
Figure 2. Le modèle de l'occupation humaine .....	15
Figure 3. Le modèle du développement humain – processus de production du handicap .....	17
Figure 4. Sélection des articles .....	22
Figure 5. Pyramide des niveaux d'évidence de recherche .....	24
Figure 6. Schématisation préliminaire issue de la revue de la littérature .....	32
Figure 7. Schématisation secondaire issue de la littérature et de la consultation du groupe d'expert 1 .....	35
Figure 8. Schématisation secondaire issue de la littérature et de la consultation du groupe d'expert 1 et 2 .....	38

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMHB : *Alaska Mental Health Board*

APA : *American Psychological Association*

AQPAMM : Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale

AVD : Activité de la vie domestique

AVQ : Activité de la vie quotidienne

IHE : *Institute of Health Economics*

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

MDH-PPH : Modèle du développement humain – processus de production du handicap

MOH : Modèle de l'occupation humaine

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Au Québec, une personne sur cinq souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie (Gouvernement du Québec, 2018; Fondation Douglas, 2021). Cette prévalence est importante puisque ces personnes peuvent expérimenter diverses conséquences dans leur quotidien, affectant leur fonctionnement (Bonder, 2015). Il y a présentement un changement dans les services offerts en santé mentale, ces services migrent plutôt vers des objectifs de rétablissement. L'autogestion fait d'ailleurs partie du rétablissement en générant des habiletés pour la vie quotidienne (Bourne, Meddings et Whittington, 2017; White, 2011; Sterling et al., 2010). Bien que l'autogestion soit défendue auprès de cette clientèle, l'impact fonctionnelle et les retombées fonctionnelles ne sont pas explorés sous une lunette ergothérapique dans la littérature.

**Objectif :** Comprendre comment les stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. **Cadre conceptuel :** Trois modèles conceptuels utilisés en ergothérapie ont été définis, soit le MCREO, le MOH et le PPH. Ces trois modèles ont été comparés entre eux afin de créer une grille d'analyse regroupant quatre concepts centraux : l'occupation, la personne, l'environnement et l'engagement et la participation.

**Méthode :** Une méthodologie à cinq étapes a été utilisée. Une revue de la littérature a d'abord été réalisée, la schématisation des composantes de l'autogestion qui soutiennent le fonctionnement quotidien, la consultation de deux groupes d'expert (savoirs expérientiels et cliniques) pour valider et bonifier les schématisations préliminaires et secondaires. Puis, une schématisation finale a été réalisée. **Résultats :** 18 articles ont été analysés. Les résultats issus de la littérature et des groupes d'expert ont permis de mettre de l'avant que plusieurs stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. Ces stratégies se regroupent selon les quatre concepts centraux de la grille d'analyse. **Discussion :** La discussion se penche sur comment le fonctionnement est soutenu par l'autogestion, sur le pouvoir des occupations dans l'autogestion, sur les considérations pour les ergothérapeutes lors d'utilisation d'outils d'autogestion dans leur pratique pour promouvoir le fonctionnement et le lien entre l'ergothérapie et l'autogestion. **Conclusion :** Cette étude met en lumière le rôle important de l'ergothérapie dans l'autogestion par sa compétence d'habilitation à l'occupation et par son analyse complète de l'environnement, de la personne et de l'occupation.

**Mots-clés :** Autogestion, fonctionnement, trouble mental, ergothérapie



## 1. INTRODUCTION

Les problématiques liées aux troubles mentaux représentent une préoccupation grandissante dans la société actuelle. Cette préoccupation s'explique par une prévalence importante au Québec et par les conséquences importantes qui en découlent. D'abord, au Québec, la maladie mentale touchera une personne sur cinq au cours de sa vie (Gouvernement du Québec, 2018). Cette prévalence est d'autant plus importante sachant que les personnes vivant avec un trouble mental peuvent expérimenter diverses conséquences dans leur quotidien, affectant leur fonctionnement (Bonder, 2015). Actuellement, les données probantes défendent l'importance de soutenir l'autogestion des personnes aux prises avec un trouble mental. L'autogestion en santé mentale est une intervention prometteuse (Houle et al., 2013). Elle vise à donner plus de pouvoir aux individus sur leur maladie et à jouer un rôle plus actif dans le maintien d'une bonne santé mentale et d'une qualité de vie satisfaisante ainsi que de prévenir les rechutes (Houle et al., 2018). Ainsi, les individus sont amenés à être des acteurs clés dans leur rétablissement en instaurant des stratégies d'autogestion dans leur quotidien. Le présent projet s'intéresse à comment les stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental.

## 2. PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

### 2.1. Définition et prévalence des troubles mentaux

D'abord, il est possible de décrire les troubles mentaux comme étant une perturbation au niveau de la pensée, des émotions et des comportements et que cette perturbation nuit au fonctionnement quotidien et cause de la détresse et de la souffrance (Association canadienne pour la santé mentale, 2020; Gouvernement du Québec, 2018). Il est important de savoir que les troubles mentaux peuvent toucher n'importe qui, peu importe l'âge, le sexe, le statut social, le niveau de scolarité, la nationalité ou l'origine ethnique (Gouvernement du Québec, 2018). Au Québec, une personne sur cinq souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie et moins de la moitié des personnes aux prises avec une maladie mentale consultera un professionnel (Gouvernement du Québec, 2018; Fondation Douglas, 2021). De plus, cinq des dix causes les plus importantes d'incapacités au monde relèvent de troubles mentaux (Fondation Douglas, 2021). Au Canada, chez la population âgée de 18 ans et plus, 4,1 à 4,8% ont un diagnostic de dépression majeure, 0,2 à 0,6% ont un trouble bipolaire, 0,3 à 3,7% ont une dysthymie, 0,3% ont un diagnostic de schizophrénie et finalement 12,2% ont un trouble d'anxiété (AMHB et IHE, 2007).

### 2.2. Impacts fonctionnels et trouble mental

Ensuite, tel que mentionné ci-dessus, les troubles mentaux entraînent des impacts sur le fonctionnement quotidien. Effectivement, il est possible d'observer des changements dans le comportement, par exemple, la personne peut s'isoler, s'éloigner de ses activités habituelles, manger ou dormir trop ou très peu, abuser de drogue ou d'alcool, arrêter sa médication, être désorganisée dans son quotidien et avoir de la difficulté à s'occuper de ses obligations familiales, professionnelles et sociales (Gouvernement du Québec, 2018; AQPAMM, 2018). D'ailleurs, l'altération du fonctionnement est un élément à prendre en compte lorsque le professionnel évalue afin de diagnostiquer un trouble mental.

Pour la schizophrénie, un critère diagnostique pour ce trouble est que « le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, est nettement en dessous du niveau atteint avant [...] ou

il y a un échec à atteindre le niveau attendu dans le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou occupationnel » (APA, 2013). Plus précisément, concernant l'impact fonctionnel chez les personnes vivant avec la schizophrénie, Bonder (2015) mentionne des déficits dans l'ensemble des occupations. Durant les phases où les symptômes sont exacerbés, les habitudes, les routines et les rôles sont soit altérés, soit non établis (Bonder, 2015). Bonder (2015) rapporte également que les fonctions exécutives, la communication, la régulation émotionnelle et les habiletés sociales et cognitives sont significativement atteintes.

Pour la dépression majeure, l'aspect du fonctionnement est également abordé dans les critères diagnostiques proposés dans le DSM-5, soit que les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (APA, 2013). Plus précisément, en ce qui a trait à l'impact fonctionnel chez les personnes ayant un diagnostic de dépression majeure, des difficultés au niveau des activités sociales, du travail et des loisirs sont notés (Bonder, 2015). Bonder (2015) rapporte que la capacité à gérer les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) peut être réduite. Durant les épisodes de dépression, les habitudes, les rôles et les routines se détériorent (Bonder, 2015). Les habiletés motrices, les fonctions exécutives et la communication sont ralenties (Bonder, 2015). Bonder (2015) mentionne que le fonctionnement est amélioré entre les épisodes.

Pour le trouble anxieux généralisé, Bonder (2015) rapporte que la participation dans le travail, les loisirs et les autres occupations sont essentiellement intacts. Cependant, il mentionne que l'anxiété et l'inquiétude persistent lorsque la personne s'engage dans une occupation. Les comportements, les habitudes et les rôles peuvent être limités dans le but d'essayer d'éviter ou de contrôler l'anxiété (Bonder, 2015). Les habiletés cognitives et émotionnelles sont altérées par l'anxiété vécue (Bonder, 2015).

Pour la bipolarité, l'aspect du fonctionnement est également présent dans les critères diagnostiques de ce trouble. Effectivement, la perturbation de l'humeur doit être suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (APA, 2013). Plus précisément, concernant les déficits fonctionnels

chez les personnes vivant avec la bipolarité de type 1, Bonder (2015) mentionne que durant les épisodes, il y a une détérioration du fonctionnement au niveau du travail, des activités sociales, des loisirs, des habitudes, des rôles et routines. Bonder (2015) note également qu'il y a une hyperactivité motrice, des déficits au niveau des fonctions exécutives et que les habiletés de communication ne sont pas sévèrement atteintes. Puis, entre les épisodes, le fonctionnement de la personne tend à s'améliorer (Bonder, 2015). Finalement, pour la bipolarité de type II et pour la cyclothymie, l'impact fonctionnel est semblable, mais moins sévère (Bonder, 2015).

Dans tous les troubles mentaux, les éléments du fonctionnement sont importants à considérer ; ils sont essentiels aux diagnostics, au traitement et au rétablissement. Ces éléments liés au fonctionnement sont en concordance avec le tournant dans les services offerts en santé mentale, par exemple, en vivant au quotidien avec son trouble et en soutenant la personne à entamer son processus de rétablissement.

### **2.3. Changement de paradigme de la santé**

Il y a présentement un changement dans les services offerts en santé mentale. Ceux-ci s'éloignent des services traditionnels visant le traitement et la guérison des individus. Les services en santé mentale migrent plutôt vers des objectifs de rétablissement, que seulement le soulagement des symptômes et la prévention des rechutes (Sheperd, Boardman et Slade, 2012). Bien que l'amélioration des symptômes soit importante, la qualité de vie (selon ce que considère la personne) prévaut dans le rétablissement. Le logement, l'emploi, les études, les loisirs et la participation à la communauté sont les objectifs primaires dans le rétablissement, et non des objectifs secondaires qui se produiront peut-être lorsque l'individu sera « guéri » comme dans le modèle traditionnel (Sheperd, Boardman et Slade, 2012). Ainsi, offrir des services en santé mentale axés sur le rétablissement signifie de se soucier de la santé et du bien-être des individus et de les soutenir pour leur permettre de jouer un rôle actif dans la société (Sheperd, Boardman et Slade, 2012).

Plus précisément, le rétablissement est centré sur le bien-être, plutôt que seulement l'absence de symptômes (Sterling et al., 2010; Sherperd, Boardman et Slade, 2012). Le rétablissement met l'accent sur retrouver une vie pleine de sens, d'occuper des rôles valorisés, de prendre des

responsabilités et le contrôle sur sa vie (O’Keffee et al., 2015; Sommer et al., 2019; White, 2011). L’espoir, l’empowerment, la qualité de vie et l’autodétermination sont mis de l’avant (O’Keffee et al., 2015; White, 2011). Patricia Deegan (2005) décrit le rétablissement comme étant un processus et non seulement un point d’arrivée. Elle souligne l’importance de reconnaître ses limites pour mieux entrevoir les possibilités infinies que la vie offre. Sheperd, Boardman et Slade (2012) proposent les principes suivants du rétablissement :

- Rendre sa vie intéressante et satisfaisante à ses propres yeux, et ce avec la présence ou non de symptômes ;
- Se concentrer sur ses forces, sa santé et son bien-être, plutôt que sur sa maladie et ses symptômes ;
- L’espoir est primordial, en voyant comment on peut reprendre du pouvoir d’agir sur sa propre vie et de voir comment d’autres y sont parvenus ;
- Le rétablissement est étroitement lié à l’inclusion sociale et à assumer des rôles sociaux significatifs et satisfaisants au sein de la communauté ;
- (Re)découvrir son identité personnelle, qui n’est pas définie par la maladie ;
- Le soutien par les pairs (familles et autres aidants) est important et ces derniers doivent le plus possible être acceptés et être des partenaires dans le processus de rétablissement ;
- L’autogestion est encouragée.

Puis, il y a quatre éléments du processus de rétablissement, directement liés aux principes du rétablissement (Andresen, Oades et Caputi, 2003 ; Sheperd, Boardman et Slade, 2012) :

Tableau 1. Éléments du processus de rétablissement tiré de Sheperd, Boardman et Salde (2012)

<b>Éléments du processus de rétablissement</b>	<b>Exemples</b>
Trouver et garder espoir croire en soi	Avoir le sentiment personnel de pouvoir agir ; voir l’avenir avec optimisme
Retrouver une identité positive	Trouver une nouvelle identité qui intègre la maladie tout en conservant une image centrale de soi positive
Bâtir une vie pleine de sens	Comprendre la maladie; trouver un sens à sa vie, en dépit de la maladie; mordre dans la vie
Se prendre en main et être maître de sa vie	Avoir le sentiment d’être en contrôle de sa maladie et sa vie

L'autogestion, faisant partie du rétablissement, est d'ailleurs en lien avec plusieurs éléments du processus de rétablissement mentionné ci-dessus, soit le pouvoir d'agir, comprendre la maladie et d'avoir le sentiment de contrôle sur sa vie et sa maladie.

## **2.4. L'autogestion en santé mentale**

### 2.4.1. Définition de l'autogestion

L'autogestion est vue comme faisant partie du rétablissement en générant des habiletés pour la vie quotidienne (Bourne, Meddings et Whittington, 2017; White, 2011; Sterling et al., 2010). Le client est vu comme un acteur clé dans son rétablissement, en étant un participant actif dans ce qui a trait à sa santé. L'autonomie et l'empowerment sont mises de l'avant (Bourne, Meddings et Whittington, 2017; White 2011). En effet, dans l'autogestion, la personne reprend du pouvoir sur sa santé en posant des gestes au quotidien et en occupant un rôle proactif pour améliorer sa qualité de vie (Houle, 2013). Cependant, l'autogestion ne signifie pas que la personne doit prendre en charge, par elle-même seulement, l'entièreté de sa santé (Houle, 2013).

Il y a de plus en plus de données probantes qui justifient l'utilisation de stratégies d'autogestion en santé mentale, de même que les guides de pratique, qui soutiennent également l'utilisation de stratégies d'autogestion auprès de cette clientèle (Lam et al., 2016). Les stratégies d'autogestion jouent un rôle clé dans le rétablissement (Degaan, 2005). Actuellement, il y a une grande variété de stratégies d'autogestion proposées dans la littérature pour soutenir l'autogestion des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. L'outil *Allez mieux à ma façon* est d'ailleurs un outil d'autogestion utilisé au Québec, ce dernier regroupe un grand nombre de ces stratégies d'autogestion.

### 2.4.2. Définition de l'outil *Allez mieux à ma façon*

Janie Houle propose *Allez mieux à ma façon*, un outil pour soutenir l'autogestion au quotidien (Meunier et al., 2019). L'autogestion est conceptualisée en cinq catégories, faisant référence aux cinq domaines du rétablissement qui sont proposés par Whitley et Drake (2010), soit :

- (1) le rétablissement clinique : réduction et au contrôle des symptômes, prise de médication
- (2) le rétablissement existentiel : empowerment, espoir et bien-être
- (3) le rétablissement fonctionnel : travail, études, logement

(4) le rétablissement physique : exercice, alimentation, consommation

(5) le rétablissement social : amis, famille, activité sociale, communauté.

Chaque domaine du rétablissement regroupe plusieurs stratégies d'autogestion.

#### 2.4.2.1. J'agis face à mes difficultés

Cette catégorie fait référence au rétablissement clinique et propose 13 stratégies d'autogestion à appliquer au quotidien. Ces stratégies se regroupent en quatre thématiques, tel que l'illustre le tableau 2.

Tableau 2. Stratégies d'autogestion dans la catégorie J'agis face à mes difficultés dans l'outil aller mieux à ma façon

<b>Thématiques</b>	<b>Stratégies d'autogestion</b>
J'essaye de comprendre ce que je vie	Noter et porter attention à ses pensées, à ses émotions et ses comportements
	Se renseigner sur la dépression, l'anxiété ou la bipolarité via internet, la télévision, conférence ou autres
	Consulter un intervenant en santé mentale
Je cherche de l'aide	Contacteur un organisme en santé mentale
	Consulter un professionnel
	Prendre des médicaments prescrits pour une problématique de santé mentale
	Utiliser des traitements complémentaires
J'affronte ce qui va moins bien	Modifier la manière de voir les choses et de se parler
	Faire face à ses peurs
	Régler les problèmes une étape à la fois
Je reste vigilant aux risques de rechute	Continuer à utiliser des moyens qui font du bien
	Apprendre à reconnaître les signes d'une rechute
	Prendre du recul face aux événements dérangeants

#### 2.4.2.2 J'entretiens l'espoir

Cette catégorie fait référence au rétablissement existentiel et suggère 15 stratégies d'autogestion à appliquer au quotidien, regroupées dans trois thématiques, tel que le suggère le tableau 3.

Tableau 3. Stratégies d'autogestion dans la catégorie J'entretiens l'espoir dans l'outils aller mieux à ma façon

<b>Thématiques</b>	<b>Stratégies d'autogestion</b>
Je me concentre sur le positif	Diriger son attention sur le moment présent
	Utiliser des mots d'encouragement, des images ou des phrases inspirantes
	S'inspirer de personnes ayant également des difficultés
	Apprécier les belles choses, les petits plaisirs de la vie
	Utiliser l'humour
	Se féliciter pour ses réussites, qu'elles soient petites ou grandes
	Essayer de garder espoir dans les moments les plus difficiles
Je prends soins de moi	Consacrer du temps à ma vie spirituelle, incluant la religion, la philosophie, la méditation
	Faire des activités mettant en valeur ses forces
	Apprendre à vivre avec ses forces et ses limites
	Éviter de trop se comparer aux autres
	Apprendre à séparer son problème de santé mentale de sa personne
Je prends du pouvoir	Respecter son propre rythme de vie en fonction de ses capacités
	Exprimer ses pensées et ce ressenti
	S'affirmer lorsque nécessaire.

#### 2.4.2.3. Je fonctionne au quotidien

Cette catégorie regroupe neuf stratégies d'autogestion sous les trois thématiques, tel que l'illustre le tableau 4. Cette catégorie fait référence au rétablissement fonctionnel.

Tableau 4. Stratégies d'autogestion dans la catégorie Je fonctionne au quotidien dans l'outils aller mieux à ma façon

<b>Thématiques</b>	<b>Stratégies d'autogestion</b>
Je me crée une routine	Se tenir une liste ou un agenda avec les tâches à effectuer
	Organiser ses journées autour d'un horaire
Je respecte ma façon de fonctionner	Tenir compte de ses capacités dans son horaire
	Faire des activités valorisantes pour soi-même
	Se fixer des objectifs réalistes



	Aménager son logement ou sa maison pour répondre à ses besoins
Je me mets en action	S'occuper pour ne pas toujours penser à ses difficultés
	Se garder du temps pour faire des activités aimées
	Fréquenter des endroits publics dans son quartier

#### 2.4.2.4. Je prends soin de ma condition physique

Cette catégorie fait référence au rétablissement physique et regroupe huit stratégies d'autogestion séparées en deux thématiques, comme que l'illustre le tableau 5.

Tableau 5. Stratégies d'autogestion dans la catégorie Je prends soin de ma condition physique dans l'outil aller mieux à ma façon

Thématiques	Stratégies d'autogestion
Je m'occupe de mon corps	Surveiller ou réduire sa consommation
	Manger sainement
	Faire du sport ou de l'activité physique
	Consulter un professionnel
	Utiliser des ressources complémentaires
Je gère mon énergie	Adopter de bonnes habitudes de sommeil
	Faire des activités relaxantes
	Prendre du temps de repos lorsque nécessaire

#### 2.4.2.5. J'entretiens des relations positives avec les autres

Cette dernière catégorie fait référence au rétablissement social et regroupe sept stratégies d'autogestion regroupées en deux thématiques principales, tel que le montre le tableau 6.

Tableau 6. Stratégies d'autogestion dans la catégorie Je prends soin de ma condition physique dans l'outil aller mieux à ma façon

Thématiques	Stratégies d'autogestion
Je m'entoure des gens qui me font du bien	Voir des amis ou des membres de sa famille
	Obtenir de l'aide de son entourage
	Participer à un groupe de soutien ou d'entraide

---

	Faire des activités ou des sorties avec d'autres personnes
Je participe au bien-être autour de moi	S'occuper d'un animal
	Prendre soin d'une ou plusieurs personnes
	Aider les personnes qui vivent des difficultés semblables

---

## 2.5. Pertinence

Actuellement, l'impact de l'autogestion est documenté seulement pour des outils très restrictifs et ne permet pas, de cette façon, de comprendre quel est l'impact général de l'autogestion auprès des personnes vivant avec un trouble mental dans leur quotidien. Puis, très peu d'études s'adressent aux ergothérapeutes. Ainsi, la retombée occupationnelle et fonctionnelle est peu détaillée dans la littérature actuellement.

### 3. OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE

Bien que la littérature ressorte différents types de stratégies d'autogestion et l'effet que ceux-ci ont, on ne cerne pas spécifiquement l'impact des stratégies d'autogestion sur le fonctionnement quotidien des individus. Ainsi, l'objectif principal de ce présent essai est de comprendre comment les stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. Afin d'avoir une meilleure compréhension, le sous-objectif de cet essai est de schématiser l'utilisation de stratégies d'autogestion dans le quotidien des personnes vivant avec une maladie mentale selon une perspective ergothérapique. La question de recherche principale est : comment les stratégies d'autogestion soutiennent-elles le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental? La question de recherche secondaire est : quelles sont les stratégies d'autogestion qui contribuent au fonctionnement quotidien?

## 4. CADRE CONCEPTUEL

### 4.1. Modèles conceptuels en ergothérapie

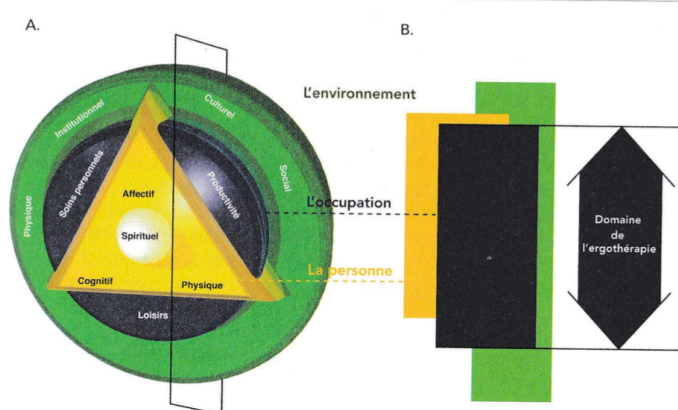
L'ergothérapie est une profession permettant aux personnes de réaliser les occupations qu'elles considèrent comme importantes (OEQ, 2021). Townsend et Polatajko (2013) décrivent l'ergothérapie comme étant « l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur bien-être ; habiliter les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager, selon leur plein potentiel, dans les activités de la vie quotidienne » (p.441). Cette profession s'appuie sur des modèles conceptuels. Ces derniers permettent d'orienter la pratique en présentant différents concepts de base. Dans le cadre de cet essai, trois modèles utilisés en ergothérapie fréquemment par les ergothérapeutes québécois seront présentés : 1) Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels, 2) Le modèle de l'occupation humaine et 3) Le modèle du développement humain - Processus de production du handicap.

#### 4.1.1. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)

Le MCREO est un modèle utilisé en ergothérapie conceptualisant le rendement et l'engagement occupationnels en tant qu'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement (Townsend et Polatajko, 2013). La personne est représentée par plusieurs sphères; l'affectif, le cognitif, le physique et la spiritualité (Townsend et Polatajko, 2013). Puisque chaque individu vit dans un contexte environnemental qui lui est propre, la personne est représentée à l'intérieur de l'environnement, qui se divise en environnements culturel, institutionnel, physique et social (Townsend et Polatajko, 2013). L'environnement offre des possibilités occupationnelles aux individus. À cet effet, les occupations sont conceptualisées comme faisant le pont entre l'environnement et l'individu, puisque celui-ci agit sur son environnement par le biais de ses occupations. Ce modèle propose trois finalités occupationnelles, soit les soins personnels, la productivité et les loisirs (Townsend et Polatajko, 2013). Le rendement occupationnel est défini comme le « résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation. Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne

de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significantes qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, déterminées par la culture et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté ». Puis, l'engagement occupationnel, « capture la plus large des perspectives de l'occupation » (Townsend et Polatajko, 2013, p.28). Selon, Townsend et Polatajko (2013), ce terme réfère à tout ce qu'une personne fait pour s'impliquer, s'investir, pour participer et pour s'occuper. Ainsi, l'engagement occupationnel est plus que la simple réalisation d'une occupation (Townsend et Polatajko, 2013).

Figure 1.3 Le MCREO<sup>1</sup> : spécifier notre intérêt primordial



A : <sup>1</sup> Désigné sous le nom de MCRO dans Promouvoir l'occupation (1997, 2002) et MCREO depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)*, dans *Habiliter à l'occupation - Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Figure 1. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel tiré de Townsend et Polatajko (2013)

#### 4.1.2. Le Modèle de l'occupation humaine (MOH)

Le MOH est également un modèle utilisé en ergothérapie. Ce modèle « s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société » (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006, p.8). Le MOH possède quatre composantes principales : l'être, l'agir, le devenir et l'environnement (Kielhofner, 2004).

Premièrement, la dimension de l'être conceptualise l'humain selon trois composantes, soit la volition, l'habitation et la capacité de rendement. La volition fait référence au degré de

motivation d'une personne à agir et à choisir ce qu'elle fait (Kielhofner, 2004). Ce concept inclut les déterminants personnels qui consistent en « un ensemble dynamique de pensées et de sentiments d'une personne à l'égard de ses propres capacités et de son efficacité » (Kielhofner, 2004, p.2). Les valeurs, qui réfèrent à ce qu'une personne considère comme une occupation importante et significative à faire, et les intérêts, référant à ce qu'une personne estime agréable et satisfaisant à faire, font également partie de la volition (Kielhofner, 2004). L'habitation, quant à elle, structure et organise les actions des personnes en comportements semi-automatiques (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006 ; Kielhofner, 2004). L'habitation inclut à la fois les habitudes et les rôles. En ce qui a trait à la capacité de rendement, celle-ci fait référence à la capacité d'une personne à réaliser une occupation en tenant compte des composantes objectives (par ex. ses capacités physiques et mentales) et de l'expérience subjective (par ex. comment elle se sent face à l'idée de s'engager dans cette occupation) (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006 ; Kielhofner, 2004).

Deuxièmement, l'agir fait référence à l'occupation qui se divise en trois niveaux : la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés. La participation occupationnelle correspond au plus haut niveau occupationnel dans ce modèle, qui signifie que la personne s'engage dans son travail, dans ses loisirs et dans ses AVQ. Le rendement occupationnel, quant à lui, s'attarde aux formes occupationnelles, autrement dit, aux séquences d'actions orientés vers un but qui soutiennent la participation occupationnelle (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006 ; Kielhofner, 2004). Par exemple, un étudiant à temps plein doit réaliser différents accomplissements tels qu'assister à des cours, prendre des notes, faire des lectures, etc. La participation occupationnelle dans cet exemple est d'étudier à temps plein, tandis que le rendement est plutôt d'assister aux cours, prendre des notes et faire des lectures. Le dernier niveau concerne les habiletés, qui sont les plus petites unités occupationnelles. Ce sont des actions observables et orientées vers un but. Selon le MOH, il existe trois types d'habiletés : les habiletés motrices, les habiletés opératoires et les habiletés de communication et d'interaction (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006 ; Kielhofner, 2004).

Troisièmement, le devenir est composé de trois éléments interdépendants : la compétence, l'identité et l'adaptation occupationnelles. Kielhofner (2002) propose que l'adaptation occupationnelle soit, au fil du temps et dans un environnement propre à chacun, la construction

d'une identité positive et la réalisation de la compétence. L'adaptation occupationnelle inclue donc l'identité, qui réfère à « la pluralité de [l'] identité et [du] devenir en tant qu'être occupationnel et [qui] découle de l'historique de [la] participation occupationnelle » (Kielhofner, 2004, p.7) et la compétence occupationnelle qui elle, correspond à la capacité de la personne de réaliser et actualiser cette identité (Kielhofner, 2004).

Quatrièmement, dans le MOH, l'environnement influence la participation occupationnelle puisqu'il peut fournir des opportunités et des ressources, mais peut également imposer des exigences et des contraintes (Kielhofner, 2004). L'environnement peut être physique (par ex. lieu aménagé, espace naturel, objets, etc.) ou social (par ex. groupe de personne, etc.) (Kielhofner, 2004).

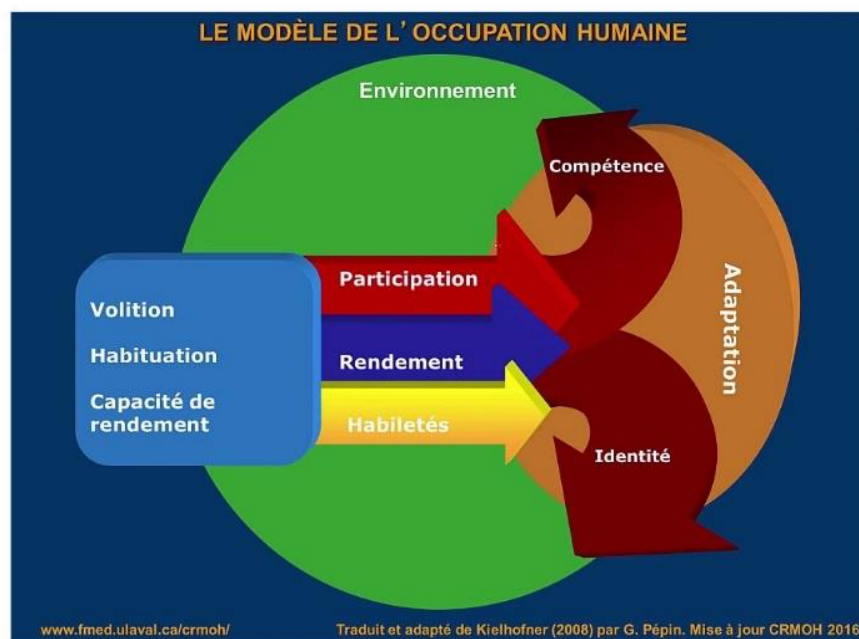


Figure 2. Le modèle de l'occupation humaine

#### 4.1.3. Le modèle du développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH)

Le MDH-PPH est un modèle qui permet d'identifier et d'expliquer les causes et les conséquences des maladies, des traumatismes et le développement de la personne (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998). Le MDH-PPH permet d'analyser la participation sociale ou la situation de handicap en regard de l'interaction entre les facteurs personnels, les

facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Il s'agit d'un modèle positif qui ne place pas la responsabilité du handicap sur la personne.

Premièrement, les facteurs personnels regroupent les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes de la personne. Il s'agit de caractéristiques appartenant à la personne. Les facteurs identitaires sont caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles de la personne. Les valeurs, l'histoire de vie et les préférences de la personne sont également incluses dans cette catégorie. Les systèmes organiques font référence à un ensemble de composantes vivant une fonction, il existe 14 catégories : Morphologie, système endocrinien, système reproducteur, système cutané, système musculaire, système squelettique, système nerveux, système auriculaire, système oculaire, système digestif, système respiratoire, système cardiovasculaire, système urinaire et système hématopoïétique et immunitaire. Les systèmes organiques s'apprécient selon une échelle allant d'intégrité (pas d'altération) à déficience (altération légère, modérée ou considérable). Puis, les aptitudes de la personne réfèrent à la capacité d'une personne à accomplir une activité mentale ou physique et sont appréciées selon une échelle allant de capacité (accomplir l'activité partiellement ou complètement avec aide ou non) à incapacité (ne réalise pas). Il existe 10 catégories : Aptitudes reliées aux activités intellectuelles, aptitudes reliées au langage, aptitudes reliées aux comportements, aptitudes reliées aux activités motrices, aptitudes reliées à la respiration, aptitudes reliées au sens et à la perception, aptitudes reliées à la digestion, aptitudes reliées à l'excrétion, aptitudes reliées à la reproduction et aptitudes reliées à la protection et à la résistance.

Deuxièmement, les facteurs environnementaux comprennent les facteurs sociaux et physiques des environnements macro (société), méso (communauté) et micro (personnel). Ces facteurs sont appréciés selon une échelle allant de facilitateur (favorise la réalisation des habitudes de vie) à obstacle (entrave la réalisation des habitudes de vie).

Troisièmement, les habitudes de vie correspondent à la réalisation d'activité courante ou d'un rôle valorisé par la personne. Les habitudes de vie sont liées à l'épanouissement de la personne dans la société. La réalisation des habitudes de vie est appréciée selon une échelle allant de participation sociale à situation de handicap. La participation sociale fait référence à la pleine



réalisation des habitudes de vie, tandis que la situation de handicap est la réduction de la réalisation ou à l'incapacité à réaliser des habitudes de vie. Les habitudes de vie sont composées de six activités de la vie courante : communications, déplacements, nutrition, condition corporelle, soins personnels et habitation, et six rôles : responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail et loisirs.

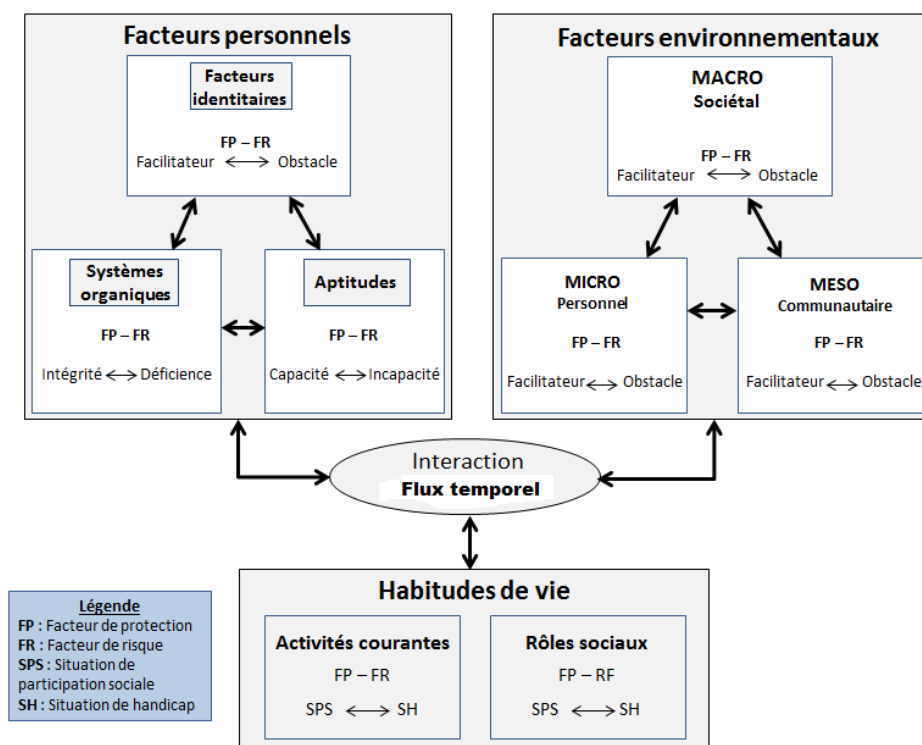


Figure 3. Le modèle du développement humain – processus de production du handicap tiré du réseau international sur le processus de production du handicap (2021)

## 4.2. Définition du cadre d'analyse

### 4.1.1. Fonctionnement et ergothérapie

Le fonctionnement peut être défini de plusieurs façons selon différents auteurs, tel qu'illustré par les différents modèles présentés ci-dessus. Par exemple, il peut être défini comme étant la réalisation d'activités et de tâches qui sont exigées dans l'accomplissement d'un rôle (Townsend et Polatajko, 2013). D'une autre part, le fonctionnement d'une personne peut être vu comme étant lié à son habitude, c'est-à-dire, qu'elle a des comportements guidés par ses

habitudes et ses rôles et ceux-ci sont adaptés à ses environnements (Kielhofner, 2004). Le tableau 2 met en relation les concepts inhérents au fonctionnement provenant des trois modèles présentés et fait ressortir les concepts clés à analyser pour comprendre comment l'autogestion soutient le fonctionnement quotidien.

Tableau 7. Définition des concepts des différents modèles conceptuels présentés liés au fonctionnement

Concepts	MCREO	MOH	MDH-PPH
Participation et engagement occupationnels	<p><b>Rendement occupationnel :</b> « Capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction » (Townsend et Polatajko, 2013, p.446)</p> <p><b>Engagement occupationnel :</b> Fait référence à s'impliquer, s'investir dans une occupation et fait appel à la notion subjective de l'individu face à l'occupation (Townsend et Polatajko, 2013).</p>	<p><b>Rendement :</b> « Exercer une forme occupationnelle » (Kiolohfner, 2004, p. 16)</p> <p><b>Participation :</b> « Engagement au travail, dans les loisirs ou les activités de la vie quotidienne qui sont partie intégrante du contexte socioculturel de l'individu et qui sont souhaitables ou nécessaires pour son bien-être » (Kiolohfner, 2004, p. 16)</p> <p><b>Adaptation occupationnelle :</b> inclut identité et compétence occupationnelles (Kieolohfner, 2004).</p> <p><b>Rôle :</b> « intégration d'un statut social ou personnel bien déterminé et d'un ensemble d'attitudes et d'actions connexes » (Kiolhfner, 2004, p. 16). Par exemple, être étudiant, travailleur, parent et ami correspondent à rôles.</p>	<p><b>Participation sociale :</b> « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultante de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (Fourgeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998, p. 142).</p> <p><b>Rôles :</b> responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail et loisirs</p>
Occupations / occupations significatives	<p><b>Soins personnels :</b> tout ce que la personne fait pour prendre soin d'elle même</p> <p><b>Productivité :</b> tout ce que la personne fait pour contribuer à la société</p> <p><b>Loisirs :</b> tout ce que fait une personne pour se divertir</p>	<p><b>Habitudes :</b> « tendances acquises à agir et à réagir automatiquement de manière constante dans des environnements ou des situations familières » (Kiolhfner, 2004, p. 16).</p>	<p><b>Activités courantes :</b> communications, déplacements, nutrition, condition corporelle, soins personnels et habitation</p>

Personne	<p><b>Dimension affective</b> : Émotions, attitudes, motivations, perception de soi, modes d'interactions, etc.</p> <p><b>Dimension cognitive</b> : Planification, organisation, pensée, raisonnement, mémoire, etc.</p> <p><b>Dimension physique</b> : force, douleur, endurance, etc.</p>	<p><b>Volition</b> : « faculté de vouloir agir, profondément ancrée dans l'être humain, à laquelle s'ajoute les pensées et sentiments associés à l'acte » (Kiolhfner, 2004, p. 2) (et est composée des déterminants personnels, intérêts et valeurs de la personne)</p> <p><b>Capacité de rendement</b> : « capacité de faire des choses compte tenu des composantes objectives physiques et mentales sous-jacentes et de l'expérience subjective correspondante » (Kiolhfner, 2004, p. 16).</p> <p><b>Habilités</b> : « Actions observables, orientées vers un but précis, utilisées par une personne dans l'accomplissement d'une tâche » (Kiolhfner, 2004, p. 15).</p>	<p><b>Système organique</b> : « ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune » (Fougeryrollas, 1998, p.57)</p> <p><b>Facteurs identitaires</b> : « caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles propres à un individu et à son histoire de vie » (RIPPH, 2021)</p> <p><b>Aptitudes</b> : « possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale » (Fougeryrollas, 1998, p.71)</p>
Environnement	<p>L'environnement est <b>social, physique, culturel et institutionnel</b>.</p>	<p>L'<b>environnement</b>, physique ou social, est « l'élément qui fournit les occasions et les ressources et qui impose les exigences et les contraintes » (Kiolhfner, 2004, p. 4).</p>	<p><b>Facilitateur</b> : favorise la réalisation des habitudes de vie</p> <p><b>Obstacle</b> : entrave la réalisation des habitudes de vie</p>

## 5. MÉTHODE

Dans le cadre de ce présent essai, une méthodologie en cinq étapes a été utilisée. Premièrement, une collecte de données a été réalisée par une revue de la littérature et une schématisation préliminaire des composantes de l'autogestion qui soutiennent le fonctionnement quotidien en est découlée. Deuxièmement, un premier groupe d'expert détenant les savoirs expérientiels a été consulté afin de valider et bonifier la schématisation initiale issue de la littérature. Troisièmement, une schématisation secondaire bonifiée a été réalisée à la suite des commentaires du premier groupe d'expert. Quatrièmement, un deuxième groupe d'expert, détenant les savoirs cliniques cette fois-ci, a été consulté afin de bonifier la seconde schématisation. Cinquièmement, une dernière schématisation, soit la finale a été proposée à la suite de ce dernier groupe d'expert.

### 5.1. Réalisation d'une revue de la littérature

#### 5.1.1. Collecte de données

##### 5.1.1.1. Choix des bases de données

Les bases de données EBSCOhost, incluant CINHAL1 et MEDLINE, et Pubmed ont été choisies afin de couvrir le domaine des sciences de la santé et de la psychiatrie.

##### 5.1.1.2 Choix des mots clés

Les mots clés et les opérateurs booléens suivants ont été utilisés pour réaliser la collecte de données le 3 juin 2021. Un intervalle de 10 ans soit de 2011 à 2021 a été utilisé, afin de s'assurer d'avoir les articles les plus récents. Afin de pouvoir lire les articles, le français et l'anglais ont été sélectionnés comme langue.

*Tableau 8. Termes de recherche utilisés sur les bases de données EBSCOhost et Pubmed*

Termes	Mots clés et opérateurs booléens
S1	«self management» OR «self-management» dans TITLE

S2	«mental health» or «mental illness» or «mental disorder» or «psychiatric illness» or psychiatric or «mood disorders» or depression or bipolar or anxiety or schizophrenia or «psychotic disorder» or «schizophrenic disorder» dans TITLE
S3	functioning or «activity of daily living» or participation or occupation* dans ABSTRACT
S4	diabet* or cancer or «cerebral palsy» or «chronic pain»
S5	S1 AND S2 AND S3 NOT S4

### 5.1.1.3. Sélection des articles

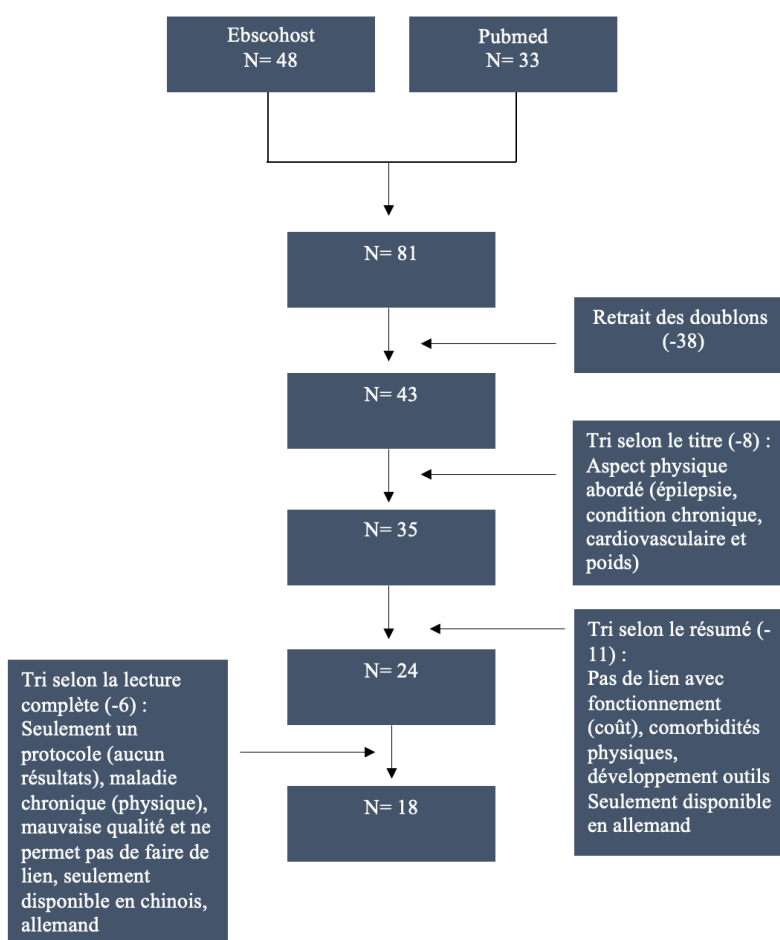


Figure 4. Sélection des articles

Un premier tri des articles trouvés a été réalisé via le titre. Afin d'être inclus dans l'étude, le titre devait contenir la clientèle adulte vivant avec un trouble mental et aborder l'autogestion. Les articles abordant l'autogestion auprès de la clientèle en santé physique ou ayant des comorbidités étaient exclus. Puis, un second tri a été réalisé avec le résumé, où, afin d'être inclus

dans l'étude, un lien avec le fonctionnement de la personne doit être présent (se référer au tableau 2). Finalement, un troisième tri a été réalisé avec la lecture complète des articles.

### 5.1.2. Analyse des données

L'analyse des articles est réalisée à l'aide de deux grilles, une première où le titre, l'objectif de l'étude, la méthodologie, les stratégies d'autogestion utilisées, les principaux résultats et la qualité de l'article sont identifiés. La deuxième grille permettant de faire ressortir l'impact de l'autogestion sur le fonctionnement.

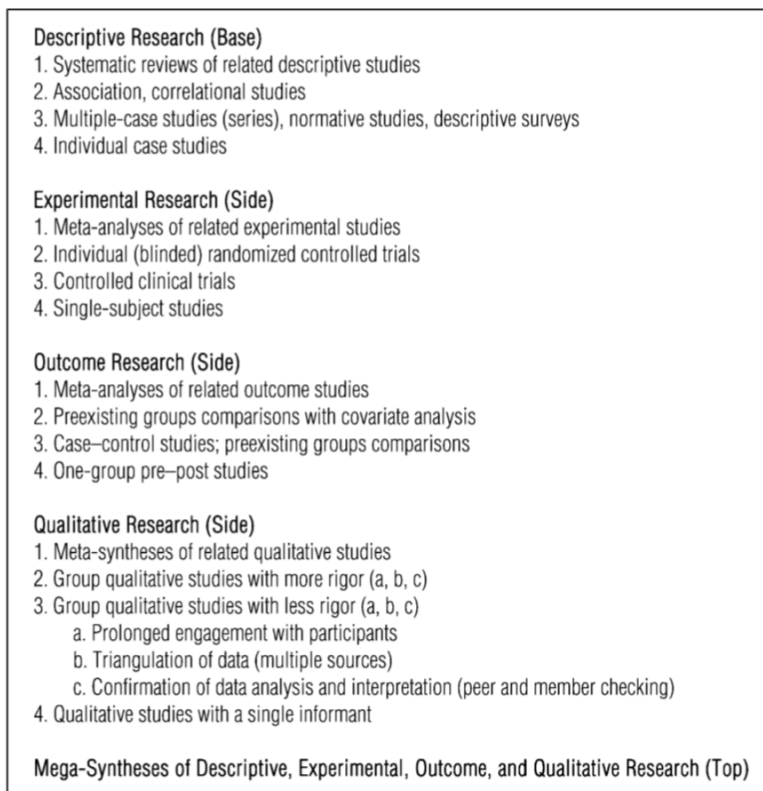
*Tableau 9. Grille résumant articles.*

Titre, auteur, année	Objectif	Méthodologie	Stratégies d'autogestion	Principaux résultats	Qualité de l'article (cote)

*Tableau 10. Grille d'analyse pour article*

Auteurs et année	Engagement et participation	Occupations	Personne	Environnement

Afin de noter la qualité des articles sélectionnés, la pyramide de recherche (voir figure 5) proposée par Tomlin et Borgetto (2011) est utilisée.



**Figure 2. Research Pyramid levels of evidence.**

*Figure 5. Pyramide des niveaux d'évidence de recherche tiré dans Tomlin et Borgetto (2011)*

### 5.1.3. Schématisation initiale à partir de la littérature

Les tableaux d'extraction de données permettent de créer une première compréhension issue de la littérature de comment l'autogestion soutient le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. Les tableaux ont permis de regrouper les notions similaires en quatre grandes catégories liées au fonctionnement. Puis, la mise en commun des éléments ressortie dans la littérature a permis de créer la schématisation préliminaire.

## 5.2. Validation auprès de groupes d'expert

Afin de valider les données obtenues via la revue de la littérature, la consultation de deux groupes d'expert a été organisée. Ces deux consultations ont pour but d'obtenir l'avis de deux groupes d'expert sur les stratégies d'autogestion qui soutiennent le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental et d'approfondir la compréhension de comment



l'autogestion soutient le fonctionnement de ces personnes, et ce dans le but de bonifier la schématisation initiale proposée.

Une première consultation a eu lieu avec le groupe d'expert 1. Ce premier groupe d'expert détenait le savoir expérientiel et était composé de trois personnes vivant avec un trouble mental ou étant le proche d'une personne vivant avec un trouble mental.

Une seconde consultation a eu lieu avec le groupe d'expert 2. Ce deuxième groupe détenait les savoirs cliniques et était composé de deux ergothérapeutes travaillant avec des personnes vivant avec un trouble mental et étant familier avec l'autogestion.

### 5.2.1. Déroulement des rencontres

La consultation des deux groupes d'expert a pris la forme d'une rencontre par la plateforme de vidéoconférence Zoom d'une durée variant entre 1h et 1h30. Pour le groupe d'expert 1, les données issues de la littérature ont été discutées avec les experts. Pour le groupe d'expert 2, les données issues de la littérature ont également été discutées avec les experts de ce groupe, mais aussi les éléments nouveaux apportés par le groupe d'expert 1.

Tableau 11. Déroulement du groupe d'expert 1

Étape	Description
1	Présentation Présentation de l'étudiante-chercheure et des participants
2	Présentation brève de la recherche Explication des objectifs et questions de recherche
3	Définition des concepts centraux Explication du concept de l'autogestion, du fonctionnement et de l'ergothérapie
4	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Occupation</b> Définition de ce qu'est une occupation ; présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent les occupations qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )

5	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Personne</b>	Définition des dimensions de la personne ; présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent la personne qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )
6	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Environnement</b>	Définition de l'environnement ; présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent l'environnement qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )
7	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Engagement et participation</b>	Définition de l'environnement ; présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent l'engagement et la participation qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )

Tableau 12. Déroulement du groupe d'expert 2

Étape	Description
1	Présentation
2	Présentation brève de la recherche
3	Définition des concepts centraux
4	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Occupation</b>

5	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Personne</b>	Présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent la personne qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )
6	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Environnement</b>	Présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent l'environnement qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )
7	Présentation des résultats issus de la littérature <b>Engagement et participation</b>	Définition de l'environnement ; présentation des résultats issus de la revue de la littérature ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Que pensez-vous de ces résultats? Pouvez-vous bonifier des aspects qui n'auraient pas été abordé, mais qui vous trouvez important pour bien fonctionner? Vos expériences? Quelles sont les stratégies d'autogestion qui touchent l'engagement et la participation qui vous aident à mieux fonctionner?</i> )
8	Présentation des résultats issus du groupe d'expert 1	Présentation des résultats du groupe d'expert 1 ; Questions ouvertes aux participants (ex. <i>Qu'en pensez-vous? Êtes-vous en accord? Pouvez-vous bonifier?</i> )
9	Présentation de la schématisation initiale	Présentation de la présentation initiale ; Les participants sont invités à partager leurs idées pour bonifier la schématisation et à partager leur commentaire pour améliorer cette dernière
10	Discussion	Discussion ouverte sur l'application et les rôles de l'ergothérapie en autogestion

Il est à noter que les deux consultations ont été enregistrés, avec le consentement des participants, via la plateforme de vidéoconférence Zoom. Les verbatim ont ensuite été transcrit par l'étudiante-chercheure.

### 5.2.2. Considération des avis d'experts

L'analyse des informations ressorties dans les verbatim, découlant de la consultation du groupe d'expert, s'est d'abord faite sous la forme d'un tableau, où plusieurs éléments bonifiant la

compréhension de la question de recherche ont été soulevés puis expliqués. Puis, ces éléments ont ensuite été intégrés respectivement aux nouvelles schématisations.

### **5.3. Schématisation secondaire et finale**

Une schématisation secondaire a été réalisée à la suite de la consultation du groupe d'expert 1. Les éléments rapportés par les experts ont été ajoutés à la schématisation initiale. Les éléments nouveaux ont été ajoutés en mauve afin de différencier la provenance des informations. Finalement, le groupe d'expert 2 a permis de bonifier la schématisation secondaire. Les nouveaux éléments provenant du deuxième groupe ont été ajoutés en orange. Puis, afin de faciliter la compréhension des schématisations présentées, une ligne pointillée a été ajoutée pour séparer les éléments répondants à la question de recherche principale (comment les stratégies d'autogestion soutiennent-elles le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental?) et à la question secondaire (quelles sont les stratégies d'autogestion qui contribuent au fonctionnement quotidien?). Ainsi, les éléments se trouvant au-dessus de la ligne pointillée aide à répondre à la question de recherche secondaire et les éléments se trouvant en-dessous aide à répondre à la question principale.

## 6. RÉSULTATS

Cet essai de maîtrise s'intéresse à l'autogestion et plus précisément, à comment elle soutient le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. Afin d'approfondir la compréhension de la retombée fonctionnelle de l'autogestion, une revue de la littérature a d'abord été réalisée. 18 articles ont été analysés à partir de quatre concepts clés en ergothérapie se rapportant au fonctionnement, soit les concepts de l'occupation, la personne, l'environnement et l'engagement et la participation. Une variété de stratégies d'autogestion a été relevée en lien avec ces quatre concepts. Puis, la tenue de deux groupes d'expert a permis de bonifier la compréhension de l'apport de l'autogestion dans le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental.

### 6.1. Résultats issus de la revue de la littérature

#### 6.1.1. Occupations

Au niveau des occupations, il est ressorti dans la littérature l'importance d'avoir une routine régulière (Nicholas et al., 2017; van Grieken et al., 2014) et d'y intégrer des activités physiques (Coulombe et al., 2016; Meunier et al., 2019; Nicholas et al., 2017; van der Krieke et al., 2014; van Grieken et al., 2014) agréables ainsi que des activités réflexives, méditatives, créatives (Murray et al., 2011; Nicholas et al., 2017; van Grieken et al., 2014) et des exercices de respirations (Coulombe et al., 2016; Meunier et al., 2019). Il a été également relevé l'importance d'avoir un équilibre entre les activités sociales (Meunier et al., 2019) et solitaires (Murray et al., 2011) et de réduire sa consommation de café, de cigarettes, d'alcool et de drogue (Meunier et al., 2019; Nicholas et al., 2017; van der Krieke et al., 2014). Puis, l'importance de s'engager dans des activités significatives (par ex. passion) a été soulevé (Gould et al., 2020; Meunier et al., 2019; Nicholas et al., 2017; van der Krieke et al., 2014; van Grieken et al., 2014), de même que d'explorer de nouveaux hobbies (van Grieken et al., 2014). La gradation de tâches (par ex. au travail) et se faire un horaire adapté à sa réalité sont également ressortis (van Grieken et al., 2014). Il a aussi été mentionné de ranger son environnement régulièrement (van Grieken et al., 2014). Finalement, la littérature ressort que l'autogestion amène une meilleure adhérence à la médication prise de médicaments (Zhou & Gu, 2014; Zou et al., 2013) et permet de s'engager dans des activités qui

étaient auparavant anxiogènes consciemment et avec moins de stress (Gould et al., 2020; van Grieken et al., 2014).

### 6.1.2. Personne

Au niveau de la personne, dans la littérature, il est mentionné qu'en autogestion il importe de développer ses connaissances sur soi, sur sa maladie (Cai et al., 2021; Zhou & Gu, 2014) et sur ses patrons comportementaux (Murray et al., 2011; Nicholas et al., 2017; van Grieken et al., 2014), de développer ses compétences de gestions du stress (Nicholas et al., 2017), du temps et des émotions, de développer ses habiletés de résolutions de problèmes et de reconnaître ses forces, ses accomplissements, ses contributions et ses limites (Coulombe et al., 2016; Meunier et al., 2019). Puis, il a également été relevé l'importance de distinguer la maladie de la personne, d'apprendre à accepter son diagnostic, de vivre au-delà des symptômes (de Almeida et al., 2018), d'utiliser l'humour et de trouver la motivation pour se rétablir, pour aller mieux (Meunier et al., 2019). Finalement, la littérature rapporte que l'autogestion amène une diminution des symptômes dépressifs (Cai et al., 2021; de Almeida et al., 2018; Gliddon et al., 2019; Lean et al., 2019; Pinto et al., 2013; Zou et al., 2013) et des rechutes (Zou et al., 2013) et qu'elle augmente la confiance personnelle, l'espoir, l'estime, l'efficacité, l'optimisme face à l'avenir et amène à être plus orienté vers ses objectifs et la réussite (de Almeida et al., 2018).

### 6.1.3. Environnement

Au niveau de l'environnement, la littérature ressort l'importance de l'endroit où l'on pratique nos activités et qu'il est favorable de pratiquer des activités dehors (Murray et al., 2011). Il est également mentionné qu'il faut quitter la maison régulièrement et identifier les causes de stress dans son environnement (Meunier et al., 2019; van Grieken et al., 2014). Puis, en ce qui a trait à l'environnement social, il est ressorti important de favoriser l'éducation de ses proches, de connecter avec les autres (Murray et al., 2011; Nicholas et al., 2017; van Grieken et al., 2014), d'aider les autres, d'être avec des personnes avec qui l'on peut être soi-même (Meunier et al., 2019; van Grieken et al., 2014) et de participer à des groupes de soutien (Coulombe et al., 2016). Il a été ressorti de prendre inspiration sur quelqu'un de rétabli (Meunier et al., 2019). Puis, il est soulevé que l'environnement social joue un rôle important pour aider la personne à voir les signes

d'alerte et mettre des stratégies en place (Cai et al., 2021; Murray et al., 2011; Nicholas et al., 2017; van Grieken et al., 2014; Zhou & Gu, 2014). Par la suite, il a été ressorti dans la littérature que l'autogestion aide à diminuer les hospitalisations (Gilbert et al., 2012; Lean et al., 2019; Zhou & Gu, 2014; Zou et al., 2013).

#### 6.1.4. Participation et engagement

Au niveau de la participation et de l'engagement, plusieurs stratégies sont ressorties dans la littérature soit, de développer un nouveau talent, de faire des plans pour le futur (van Grieken et al., 2014) de trouver un projet, un but ou un rêve (Meunier et al., 2019), de faire un plan de rétablissement, de prendre un rôle central dans sa santé et d'essayer de nouveaux rôles et activités (Nicholas et al., 2017). Puis, il est mentionné de trouver un équilibre entre la vie personnelle et le travail, de trouver des tâches et des buts qui ont du sens dans son travail et de s'engager dans des activités qui procurent un sentiment de compétence (Meunier et al., 2019). Se fixer des objectifs réalistes (Meunier et al., 2019) et prendre des décisions par soi-même sont également ressorties dans la littérature (van Grieken et al., 2014). Finalement, la littérature soutient que les stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement psychosocial, soit la capacité d'une personne à accomplir les tâches de la vie quotidienne et à nouer des relations mutuelles avec d'autres personnes de manière gratifiante pour l'individu et les autres, et qui répondent aux besoins de la communauté dans laquelle la personne vit (Murray et al., 2011).

## 6.1.5. Schématisation préliminaire



*Figure 6. Schématisation préliminaire issue de la revue de la littérature*



## 6.2. Consultation groupes d'expert 1

### 6.2.1. Éléments ressortis par le groupe d'expert 1

La consultation de ce groupe d'expert a permis de relever plusieurs éléments bonifiant la compréhension de la question de recherche. Le tableau 7 regroupe les différents éléments abordés par les experts et donne une explication.

Tableau 13. Éléments ressortis par groupe d'expert détenant les savoirs expérientiels

Éléments	Explication
<i>Graduellement et par étapes</i>	Les experts ont rapporté l'importance d'intégrer les stratégies d'autogestion graduellement, d'y aller par étapes, à certains moments dans sa vie et de prendre le temps. Les acquis se feront graduellement et permettront à la personne de mettre en place l'autogestion dans son quotidien.
<i>Évolutions des stratégies</i>	Les stratégies évoluent au fil du temps, dépendant de comment l'on va, selon les symptômes, selon où on en est dans le processus de rétablissement.
<i>Autonomie / autodétermination</i>	L'autogestion apporte du pouvoir sur sa vie. Bien que nous ayons besoin des autres, l'autogestion nous apprend que nous pouvons nous-mêmes nous donner du soutien, se faire du bien, s'aider et qu'on ne dépend pas seulement des autres, et ce malgré qu'on puisse croire au début que nous n'avons pas les ressources intérieures pour y arriver. Toutefois, cette autonomie ne signifie pas être indépendante.
<i>Intervenants</i>	L'importance d'avoir un suivi avec un intervenant a été soulignée à plusieurs reprises. D'une part, pour aider les personnes à apprendre l'autogestion, mais également pour les aider à avoir accès à un bien-être minimal pour ensuite intégrer l'autogestion. D'une autre part, pour aider à voir quand ça va moins bien et aider à se remettre à niveau pour continuer son parcours. Il est important de recevoir des services pour instaurer une base et pour accompagner les personnes dans l'intégration de l'autogestion dans leur vie. À cet effet, les experts mentionnent que l'organisation des services peut amener certaines barrières, en devant mettre fin à certains suivis ou en ayant des délais d'attente pour avec un suivi avec un intervenant.
<i>Connaissance de soi</i>	La connaissance de soi c'est important et bien pour tout le monde. Il faut se connaître et se reconnaître, se donner une propre valeur, avoir une estime de soi, connaître ses comportements, ce qui nous affecte. Il s'agit d'un apprentissage important, si tu ne sais pas pourquoi tu réagis de telle façon, tu vas toujours réagir de cette façon. Les déclencheurs sont parfois inconscients, on doit connaître notre histoire, sinon, il est difficile de travailler à son avantage, de s'améliorer.
<i>Se relever plus facilement d'une fois à l'autre</i>	De par l'autonomie développée avec l'autogestion, il est plus facile de se relever suite à une rechute. La personne peut nommer ce qu'il lui faut pour aller mieux, pour « ressusciter », continuer de travailler sur son autogestion en appliquant les outils qui fonctionnent pour elle et continuer de se développer et d'apprendre. Ainsi, la personne se rétablit plus facilement, réintègre sa vie « normale » et reprend son travail plus rapidement.
<i>Autogestion, toujours présente</i>	L'autogestion est toujours présente, elle est en arrière-plan. La personne sait qu'elle peut rechuter, mais par les stratégies d'autogestion qu'elle met en place elle évite d'aller trop loin dans les symptômes qui indiquent qu'elle va retomber. L'autogestion est un processus continue, la personne continue toujours d'apprendre, par exemple, sur pourquoi elle a fait une rechute et sur comment elle peut l'éviter.
<i>Barrières à l'éducation des proches</i>	Bien que les proches aient un rôle important à jouer, ils peuvent se sentir démunis et ne pas savoir vers qui se tourner pour obtenir de l'aide pour eux et pour leur proche en détresse. Les experts soulèvent que le pont entre le milieu hospitalier et les ressources communautaires n'est pas assez établi. Qu'il faut rendre plus accessibles et connues les ressources pour aider les proches.

---

<i>Ressources internet</i>	Les experts soulignent l'importance de développer ses connaissances sur la maladie, autant pour la personne elle-même que ses proches. Toutefois, l'information fiable sur internet est parfois difficile à trouver.
<i>Besoins différents</i>	Dans l'autogestion, il faut tenir compte que chaque individu a des besoins différents. En effet, les personnes ne sont pas toutes à la même « place », n'ont pas les mêmes expériences, ni les mêmes histoires, d'où l'importance d'intégrer des stratégies d'autogestion qui correspondent à ses besoins et d'y aller graduellement.
<i>Se sentir valorisé</i>	Le sentiment de valorisation est important à considérer. La participation à différentes tâches, par exemple, de sortir les poubelles ou d'intégrer un nouveau travail procure se sentiment de valorisation, de se sentir utile. La réalisation de ces tâches permet de s'ancrer dans le présent, de faire une tâche réelle qui a un sens et qui rend service.
<i>Occupation signifiante</i>	L'importance d'une passion, d'une occupation signifiante est relevée, a contribué à se réintégrer socialement, à reprendre part à la vie.

---

## 6.2.2. Schématisation à la suite du groupe d'expert 1

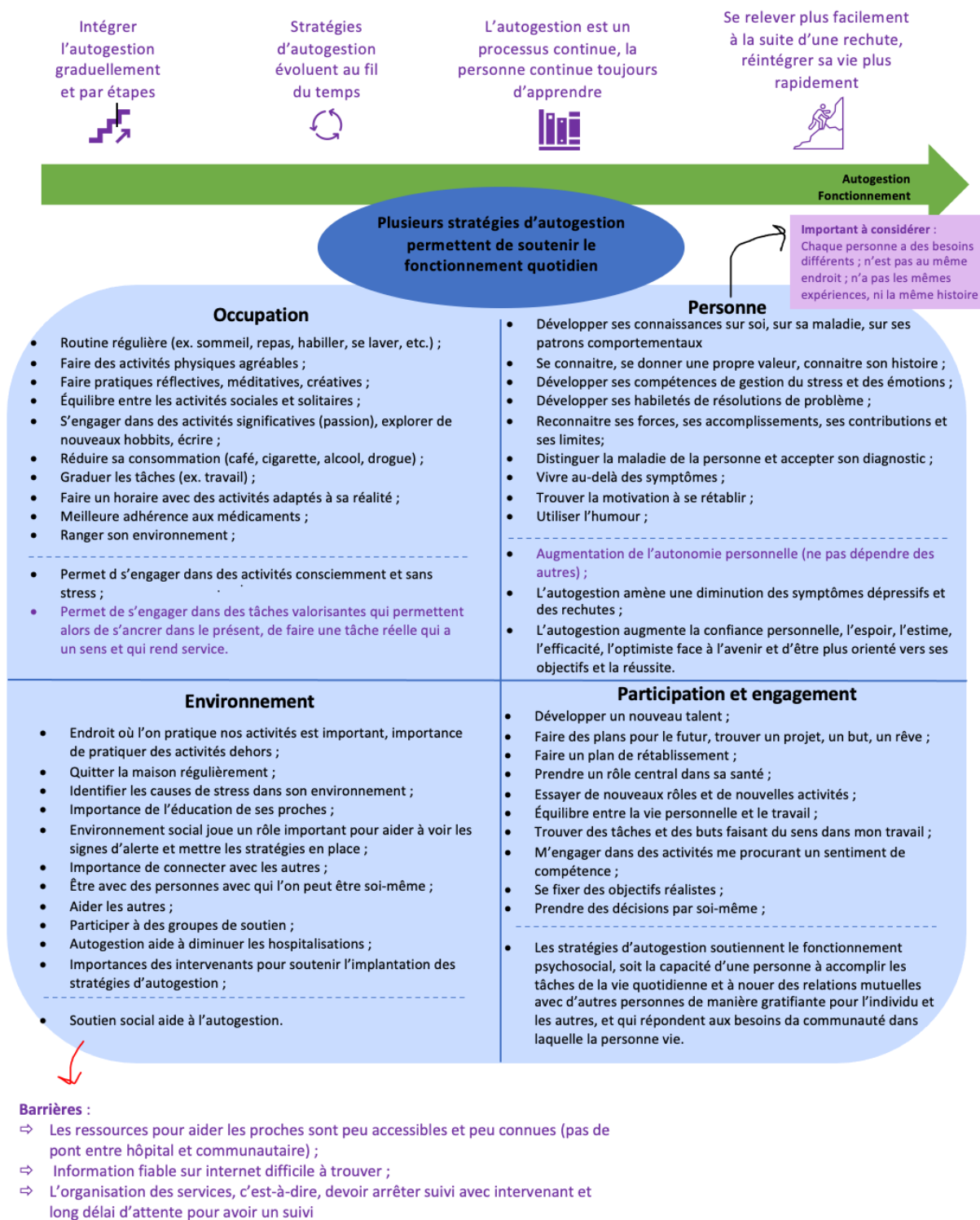


Figure 7. Schématisation secondaire issue de la littérature et de la consultation d'experts 1

### 6.3. Consultation groupe d'expert 2

#### 6.3.1. Éléments ressortis par le groupe d'expert 2

Tableau 14. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant les résultats issus de la littérature

Éléments	Explication
Augmentation de la confiance, de l'espoir et de l'estime	Les experts soulignent l'importance de l'augmentation de la confiance personnelle, l'espoir, l'estime, l'efficacité, l'optimisme face à l'avenir et d'être plus orienté vers ses objectifs et la réussite. Cet aspect a un grand impact sur le fonctionnement des personnes. L'autogestion permet d'amener les gens à être plus autonomes dans leur vie et d'apprendre à se faire confiance. Les stratégies d'autogestion permettent à la personne de reprendre du contrôle sur sa vie.
Dimension cognitive pas abordée	Les experts soulignent que la dimension cognitive n'est pas abordée dans la littérature, alors que les stratégies dites cognitives sont importantes dans l'autogestion.
L'aspect sensoriel pas abordé	Tant au niveau de l'environnement et de la personne, l'aspect sensoriel n'a pas été abordé comme stratégie d'autogestion, alors que les experts mentionnent utiliser cette modalité auprès de la clientèle.
Éducation au proche	Il faut parfois faire un travail avec les proches et avec l'environnement social pour que la personne utilise et applique certaines stratégies dans son quotidien. Dans le même ordre d'idées, lorsque la personne met des stratégies dans son milieu de travail, il est important de collaboration avec ce milieu et de veiller à ce qu'il y ait des accommodations pour mettre les stratégies en place, si nécessaire.
Participant actif	En autogestion, il est important que la personne soit active, qu'elle s'engage, qu'elle soit prête à essayer des nouvelles stratégies. L'ergothérapeute a donc un rôle dans l'habilitation du pouvoir d'agir, afin d'aider la personne à être active dans la gestion de ses difficultés.

Tableau 15. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant les résultats issus du groupe d'expert 1

Éléments	Explication
<i>Modeling</i>	Les experts rajoutent que l'intervenant est utile également pour faire du <i>modeling</i> dans l'apprentissage des stratégies d'autogestion.
Individualisé	Les experts rajoutent, qu'en plus d'évaluées et de tenir compte des besoins différents de chaque personne, les stratégies se doivent d'être flexibles, adaptables et individualisées pour chaque client.
Pratique <i>invivo</i>	En plus d'y aller graduellement et par étapes, les experts soutiennent l'importance de l'étape de la pratique <i>invivo</i> pour consolider les apprentissages et pour généraliser dans sa vie quotidienne. Ainsi, il ne faut pas seulement faire un plan avec la personne, il faut pratiquer et mettre en action et en place les stratégies.
Connaissance de ce qui se passe / analyse de la situation	Les experts rajoutent qu'au-delà de la connaissance de soi, il y a la connaissance de ce qui se passe, d'être capable de savoir la cause de la difficulté vécue afin d'appliquer une stratégie adéquate. C'est de reconnaître ce qui empêche la personne de fonctionner et d'agir sur cet aspect, en d'autres mots, c'est l'analyse de la situation.
Isolement	Les experts mentionnent que l'éducation aux proches est importante, toutefois, il ne faut pas oublier que certaines personnes n'ont pas de proche pour les aider dans leur processus de rétablissement et d'autogestion et que ces personnes peuvent vivre de l'isolement.

Barrières ressource internet	Les experts rajoutent qu'il peut également avoir des barrières au niveau du contexte, c'est-à-dire, au niveau financier et au niveau cognitif.
Barrières à l'éducation de l'environnement social – pistes de solution	Les experts ressortent l'importance du travail en collaboration, de travailler en partenariat avec l'environnement social de la personne et la personne elle-même pour expliquer les stratégies à mettre en place, par exemple. Puis, il a été soulevé de travailler en collaboration avec la travailleuse sociale au dossier, car elle peut être déjà impliquée auprès des proches.
Principe préalable - volontaire	Avant d'enseigner et de pratiquer les stratégies, il est primordial que la personne soit volontaire et soit prête à s'engager et à essayer différentes stratégies. Pour ce faire, il faut montrer les bénéfices et expliquer à la personne ce qu'elle a à gagner. Cela peut se faire en présentant les principes théoriques (données probantes), par des expériences personnelles, par l'expérience des pairs (+ de valeurs aux yeux de la personne et a + d'impact) en divulguant un témoignage vidéo ou en invitant un pair dans un groupe.

*Tableau 16. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant le schéma secondaire*

<b>Éléments</b>	<b>Explication</b>
Double sens	Les experts soulignent qu'il est possible qu'une personne régresse, ainsi, la flèche illustrant l'autogestion et le fonctionnement devraient être bi directionnel (double sens)
Changement dans le rôle de l'intervenant	Les experts rapportent que le rôle de l'intervenant change et évolue au cours du processus. Au début, l'intervenant est + impliqué, en éduquant, en enseignant et en convainquant. Il va ensuite accompagner la personne dans son processus. Graduellement, l'intervenant est moins actif et laisse la personne être plus active. L'intervenant ne fera pas les mêmes interventions au début ou lors d'une rechute.
Prendre soin de son environnement	Les experts mentionnent qu'il serait mieux d'englober ranger son environnement avec un terme plus large : prendre soin de son environnement. En autogestion c'est plus que de seulement faire son ménage, c'est de s'impliquer dans son milieu, de le rendre à son image afin d'y être bien.

*Tableau 17. Éléments ressortis par groupe d'expert 2 concernant l'autogestion et la pratique de l'ergothérapie*

<b>Éléments</b>	<b>Explication</b>
PEO	En s'attardant au PEO, en autogestion, on outille la personne, on lui fournit des stratégies et on travaille ses compétences. L'autogestion requiert cependant une analyse de l'occupation et de l'environnement, afin de s'assurer de l'applicabilité de certaines stratégies en tenant compte de différents contextes. La vision de l'ergothérapeute permet de mettre les différents éléments et stratégies en perspective selon l'environnement, selon la tâche et selon les capacités de la personne. Il s'agit d'un élément essentiel pour parvenir à outiller le client et développer avec lui un plan qui a du sens et répondant à ses besoins.
Mise en pratique	Il est important, en ergothérapie, de mettre la personne en action et pratiquer afin qu'elle généralise ce enseigné dans ces différents milieux.
Naturel	Les experts rapportent que l'autogestion est, en quelque sorte, naturelle pour les ergothérapeutes, que c'est en lien avec les racines de la profession, soit l'habilitation à l'occupation. Ainsi, habiliter les personnes fait partie de la profession.
Espoir	Les experts soulignent l'importance de l'espoir et du rôle en tant qu'intervenant de rallumer cet espoir, de souligner l'avancement. Cet aspect est très important dans le rétablissement. Il faut explorer pourquoi la personne a le goût d'aller mieux, de s'investir et de s'engager.

## 6.3.2. Schématisation à la suite du groupe d'expert 2

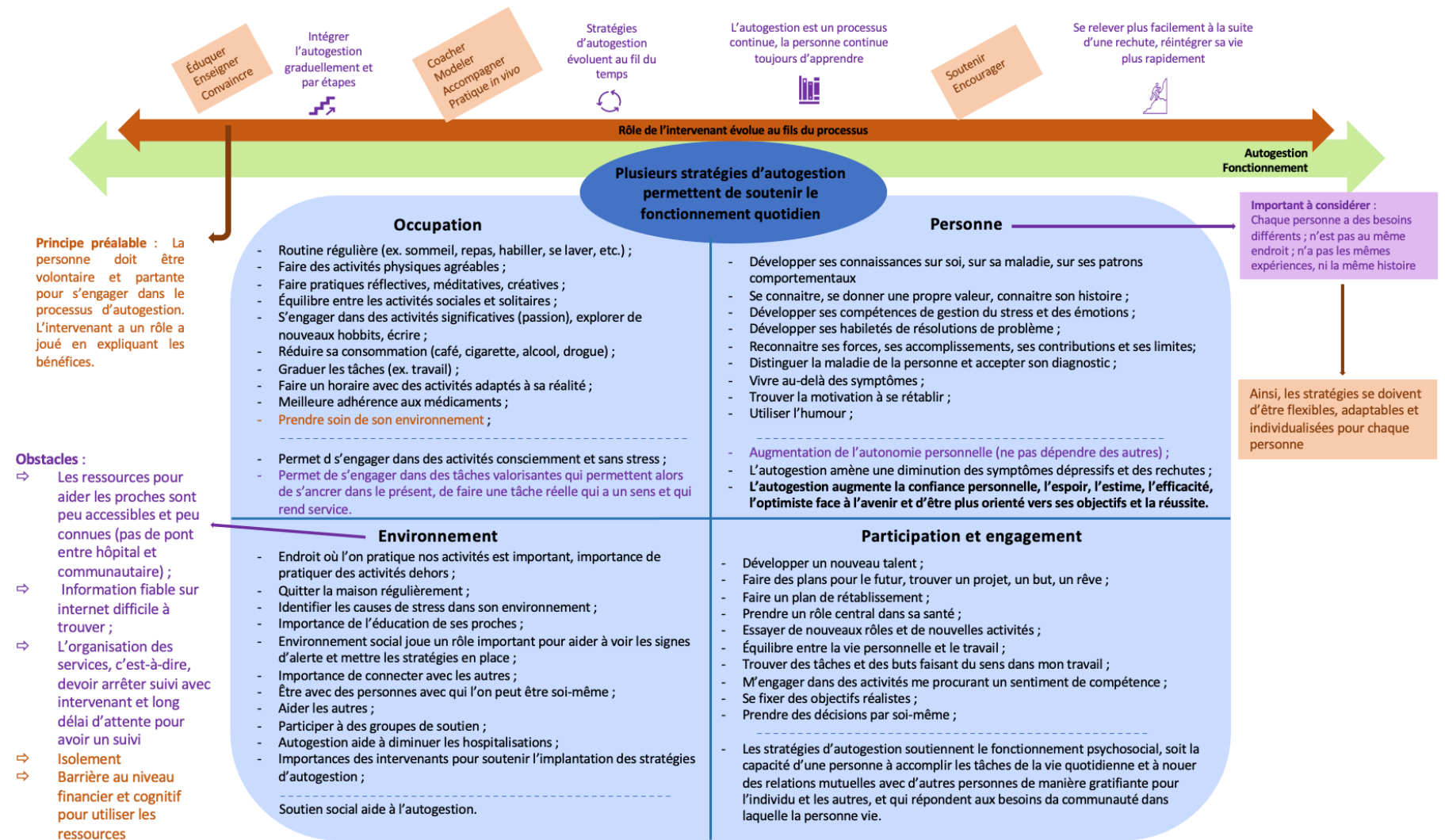


Figure 8. Schématisation finale issue de la littérature et de la consultation du groupe d'expert 1 et du groupe d'expert 2

## 7. DISCUSSION

Cet essai de maîtrise porte sur l'autogestion en santé mentale. Plus précisément, l'objectif principal de cet essai était de comprendre comment les stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. Cette section présente la discussion des résultats obtenus dans la présente étude. Les résultats issus de la revue de la littérature sont mis en relation avec les résultats issus des groupes d'experts, en plus de données externes provenant de la littérature.

### 7.1. Soutenir le fonctionnement quotidien par l'autogestion

La revue de la littérature et les deux groupes d'expert ont permis de mettre en lumière que l'autogestion soutient le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental. En effet, les experts du groupe 1 ont souligné qu'avec l'autonomie personnelle développée avec l'autogestion, il était plus facile de se relever à la suite d'une rechute. En effet, ces experts rapportent que la personne sait plus ce qu'il lui faut pour aller mieux puisque l'autogestion lui permet de développer ses connaissances sur elle et sur sa maladie. Ainsi, même lorsque la personne va moins bien, elle continue de travailler sur son autogestion en appliquant des outils et des stratégies qui l'aident à maintenir sa santé. Les experts du groupe 2 rajoutent que le fonctionnement est également soutenu par l'autogestion par la capacité de la personne à comprendre ce qui se passe et ainsi analyser la situation pour mettre en place des stratégies adéquates. C'est par cette autonomie, ses connaissances, sa capacité d'analyser la situation et ses stratégies mises en place que la personne maintient sa santé ou se rétablit plus facilement et réintègrera plus rapidement sa vie habituelle et son travail. À cet effet, les experts du groupe 1 rapportent que la durée des hospitalisations est alors moins grande, ce qui concorde avec les données de la littérature (Lean et al., 2019 ; Zhou et Gu, 2014 ; Zou et al., 2013 ; Gilbert et al., 2012). Puis, il est possible de faire un lien avec White (2011), qui rapporte que l'autogestion fournit des habiletés pour la vie quotidienne, avec ce rapporté par les deux groupes d'expert. En effet, les experts soutiennent que l'autogestion permet à la personne de développer ses habiletés pour prendre soin d'elle et de sa santé au quotidien.

## 7.2. Le pouvoir des occupations dans l'autogestion

Plusieurs stratégies d'autogestion relevées dans la littérature de cet essai touchent aux occupations et aux différentes habitudes de vie. En ergothérapie, la personne est conceptualisée comme un être occupationnel, c'est-à-dire que l'engagement dans les occupations significatives est un besoin fondamental pour l'humain et que ces occupations contribuent à son bien-être et à sa santé (Townsend et Polatajko, 2013). Ainsi, avec cette vision, il est tout à fait pertinent et important d'intégrer des stratégies d'autogestion se rapportant à la réalisation d'occupation afin de contribuer au fonctionnement, à la santé et au bien-être des personnes vivant avec un trouble mental. Dans la revue de la littérature, l'importance d'instaurer une routine, de s'engager dans des activités significatives, d'explorer de nouveaux hobbies, de ranger son environnement et de graduer certaines tâches est, entre autres, ressortie comme stratégies d'autogestion contribuant au fonctionnement. Les experts des deux groupes ont rapporté leur accord avec les stratégies soulevées dans la littérature, à l'exception d'une stratégie. En effet, dans le groupe d'expert 2, il a été suggéré d'élargir le terme « ranger » son environnement pour « prendre soin » de son environnement. Les experts du groupe 1 ont parlé de l'importance d'avoir une passion (occupation signifiante) et que la réalisation ou la reprise de cette occupation peut être un levier important pour reprendre part à la vie. Ce groupe a également soulevé les effets positifs de s'engager dans des tâches valorisantes, aussi simples qu'elles soient. Entre autres, ces tâches permettent de s'ancrer dans le présent, de se sentir utile et de trouver un sens à ce que la personne fait.

## 7.3. Considérations pour les ergothérapeutes lors d'utilisation d'outil d'autogestion dans leur pratique

Les stratégies d'autogestion relevées dans cette revue de la littérature sont issues d'articles qui abordaient la notion de fonctionnement par les concepts d'occupation, personne, environnement et participation et engagement. Ces stratégies peuvent donc être vues comme contribuant au fonctionnement. Il est possible de faire des liens avec les stratégies ressorties et celles de l'outil *Aller mieux à ma façon* (Houle et al., 2018), un outil utilisé au Québec. D'abord, les stratégies touchant aux occupations de cet essai se rapportent grandement à celle de la catégorie *je fonctionne au quotidien*. En effet, les mêmes notions de routine, d'horaire respectant ses capacités et de réaliser des activités aimées sont présentes. La catégorie *je prends soin de ma*



*condition physique* se rapporte également aux stratégies touchant aux occupations par les notions de réduction de la consommation, de réaliser du sport, d'avoir de bonnes habitudes de sommeil et de faire des activités relaxantes. La catégorie *j'entretiens des relations positives avec les autres* touche à plusieurs éléments des stratégies se rapportant à l'environnement de cet essai, soit de s'entourer de personne qui me font du bien, de participer à des groupes de soutien et de participer au bien-être autour de moi en aidant les autres. La catégorie *j'entretiens l'espoir* aborde plusieurs stratégies similaires à celles de rapportant à la personne dans cet essai. En effet, se centrer sur le positif, apprendre à vivre avec ses forces et faiblesses, séparer la maladie et de la personne, l'espoir et la gestion des émotions sont des points semblables. On retrouve également un point commun avec les stratégies touchant aux occupations, soit de faire des activités qui mettent mes forces en valeur, c'est-à-dire qui me valorise. Puis, la dernière catégorie *j'agis face à mes difficultés* contient des éléments se rapportant à la personne (connaissance sur la maladie, sur la rechute, porter attention à ses comportements, émotions pensées et résoudre des problèmes), à l'environnement (consulter un intervenant et contacter des organismes) et occupations (prendre ses médicaments). Toutefois, les notions d'engagement et de participation ne sont pas vraiment ou peu abordées dans l'outil *aller mieux à ma façon*, alors qu'il s'agit de concepts importants dans le fonctionnement de la personne, puisqu'ils sont présents dans les trois modèles utilisés pour détailler le fonctionnement. En effet, l'aspect de faire des plans pour le futur, de trouver un but, un rêve, un projet n'est pas abordé dans l'outil, alors qu'il aurait pu être intéressant dans la catégorie *j'entretiens l'espoir*. Développer un nouveau talent, avoir un équilibre entre le travail et la vie personnelle, essayer de nouveaux rôles et de nouvelles activités sont également des stratégies intéressantes au niveau de l'engagement et la participation qui ne sont pas abordés dans l'outil. Toutefois, la notion de s'engager dans des activités me procurant un sentiment de compétence ressort dans l'outil dans la catégorie *j'entretiens l'espoir*. Par la suite, le groupe d'expert 2 a soulevé le manque de stratégies d'autogestion touchant à la sphère cognitive et au côté sensoriel dans la littérature, alors qu'il s'agit de stratégies importantes dans la pratique ergothérapique. Ces types de stratégies ne sont pas présents également dans l'outil *aller mieux à ma façon*. Une seule stratégie de l'outil aborde la notion d'organisation en proposant de tenir une liste ou un agenda des tâches à effectuer. En bref, il existe plusieurs outils d'autogestion intéressant à utiliser en ergothérapie, telle que l'outil *aller mieux à ma façon* présenté. Il est toutefois important, comme ergothérapeute, de s'assurer de proposer des stratégies d'autogestion en lien avec l'engagement et la participation,

par exemple, en accompagnant la personne à essayer et à s'engager dans de nouveaux rôles et de nouvelles activités, à développer de nouveaux talents et à explorer ses rêves et faire des plans pour le futur. Puis, il serait important de proposer d'ajouter des stratégies cognitives ou sensorielles au client si cela s'avère pertinent pour l'aider à mieux fonctionner au quotidien.

#### **7.4. Ergothérapie et autogestion**

Tout comme le mentionne White (2011), les résultats de ce présent essai mettent en lumière le rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion. En effet, White (2011) souligne que les ergothérapeutes sont bien positionnés pour jouer un rôle pour aider leur client à adopter une approche d'autogestion. En effet, elle mentionne que ce rôle est en concordance avec l'importance de l'approche centrée sur le client dans la profession ainsi que le désir d'outiller les clients à agir par eux-mêmes pour prendre soin d'eux. Elle met également en lumière le fait qu'en autogestion, les clients apprennent à développer les habiletés de résolution problème, plutôt que d'avoir la solution directement, ce qui renforce l'autonomie et l'efficacité personnelle. Cet aspect se rapporte grandement à comment les ergothérapeutes interviennent avec leur client. Bien qu'il ne s'agisse pas du but premier de cet essai, il est possible de relever la pertinence de l'ergothérapie dans le processus d'autogestion, d'autant plus par le nombre élevé de stratégies d'autogestion touchant aux occupations. En effet, l'habilitation à l'occupation est une « compétence primordiale et fondamentale en ergothérapie » (Townsend et Polatajoko, 2013, p. 442). L'ergothérapeute peut donc aider son client à mettre en place certaines stratégies d'autogestion, tel que de s'engager dans des occupations significatives, dans des tâches valorisantes ou encore à mettre en place un horaire adapté à sa réalité. Le groupe d'expert 2 rapporte que l'autogestion s'inscrit en quelque sorte dans les racines de l'ergothérapie, que c'est directement lié à la compétence d'habilitation à l'occupation. Ce groupe rajoute également l'importance de l'habilitation du pouvoir d'agir, c'est-à-dire d'aider les personnes à être actif dans la gestion de leur difficulté. Puis, ce même groupe d'expert mentionne également que la spécificité de l'ergothérapeute de tenir compte de l'interaction entre l'environnement, la personne et les occupations est intéressante en autogestion. En effet, ils mentionnent que l'autogestion requiert une analyse au niveau de l'applicabilité de certaines stratégies, en tenant compte des différents contextes et milieux. Ainsi, l'ergothérapeute doit mettre en perspective les stratégies selon l'environnement, la tâche et les capacités de la personne. Les experts considèrent cet aspect essentiel pour arriver à aider à outiller la personne de

la meilleure façon possible. Ensuite, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer au niveau de l'espoir de leur client, en tentant de rallumer la chandelle, en leur faisant voir qu'il y a de l'espoir et qu'il y a des améliorations. Pour ce faire, l'ergothérapeute doit miser sur pourquoi la personne va désirer aller mieux, va désirer s'investir et s'engager. Finalement, le groupe d'expert 2 a fait ressortir que le rôle de l'ergothérapeute en autogestion évolue. Effectivement, au départ, l'ergothérapeute joue un rôle d'éducation, d'enseignement et doit parfois convaincre son client d'essayer certaines interventions, l'implication du thérapeute est grande à ce moment. Par la suite, l'ergothérapeute joue un rôle dans l'accompagnement dans la mise en place des stratégies. Le professionnel fait également du *coaching*, du *modeling* et favorise les pratiques in vivo afin de faciliter la généralisation dans les différents milieux, le client et le thérapeute s'impliquent grandement tous deux. Puis, graduellement l'implication de l'intervenant diminue, tandis que le client s'implique de plus en plus et de façon plus autonome dans sa santé et son bien-être. Le rôle de l'ergothérapeute est alors plus de soutenir, encourager et conseiller le client.

Finalement, la schématisation présentée s'avère intéressante pour les ergothérapeutes, car elle permet de comprendre comment l'autogestion contribue à aider les clients à être fonctionnels dans leur quotidien, une finalité souhaitée en ergothérapie. Cette schématisation peut, en plus, être présentée au client en début de processus afin de lui expliquer l'autogestion.

## **7.5. Forces et limites**

Certaines forces ressortent de cet essai de maîtrise. En effet, à notre connaissance, il s'agit de la première étude s'intéressant spécifiquement à l'aspect fonctionnel de l'autogestion avec une vision ergothérapique. Puis, cet essai présente une rigueur au niveau de la revue de la littérature et de par le nombre élevé d'articles inclus dans la recherche. Quant à la schématisation, elle permet de faire ressortir les éléments importants liés aux questions de recherches établies. Finalement, l'ajout de la consultation de deux groupes d'expert, représentant les savoirs expérimentiels et cliniques a permis bien répondre au but de la recherche, en apportant des précisions et des bonifications aux données issues de la littérature.

Certaines limites ressortent également de cet essai de maîtrise. D'abord, une limite importante dans la réalisation de ce projet, plus particulièrement dans la revue de la littérature, est

l'omission de certains diagnostics en santé mentale. En effet, certains diagnostics faisant partis du DSM-5, dont trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et les troubles de la personnalité, n'ont pas été abordés dans la problématique ni inclus dans les termes de recherches sur les bases de données. Cette omission peut expliquer pourquoi les interventions liées aux aspects sensoriels et cognitifs n'ont pas été abordés dans la revue de la littérature alors qu'ils ont été rapporté par le groupe d'expert 2. Ensuite, une seconde limite est en lien avec les savoirs. Plus précisément, les savoirs théoriques n'ont pas été représentés dans la consultation de groupe d'expert, faute de participant. L'ajout de groupe d'expert avec des savoirs théoriques aurait permis d'ajouter une validité supplémentaire à la schématisation, qui aurait pu permettre d'affiner plus certains liens entre les concepts. Cela dit, le savoir théorique est tout de même représenté par la littérature. Ensuite, une autre limite concerne le choix des modèles théoriques. En effet, trois modèles en ergothérapie ont été utilisés pour analyser les articles, soit le MCREO, le MOH et le PPH. Ce choix se voulait d'apporter une vision plus globale du fonctionnement et s'assurer d'avoir l'ensemble des composantes pertinentes pour comprendre le fonctionnement. Cependant, le fait d'avoir trois modèles a enlevé la spécificité et la précision de chaque modèle. À refaire, le MCREO serait à privilégier. Par la suite, une troisième limite est également à considérer dans les résultats obtenus. Bien que la qualité des articles ait été notée dans le tableau résumé des articles, celle-ci n'a pas été prise en compte dans les résultats, ce qui peut affecter la fiabilité des résultats. Ainsi, les résultats provenant d'articles de différents niveaux d'évidence ont été intégrés sans différence. De plus, il est possible qu'il y ait une part de subjectivité dans les bonifications apportées par le groupe d'expert. En effet, l'étudiante-chercheure a fait ressorti les données qu'elle trouvait intéressantes et pertinentes par le groupe. Aucun protocole particulier n'a été suivi à cet effet. Finalement, certains résultats issus de la consultation des groupes d'expert n'ont pas été abordé dans la discussion puisque ceux-ci ne permettaient pas de répondre à la question de recherche.

## **7.5. Avenues de recherche**

Il serait intéressant de s'attarder à la retombée occupationnelle de l'autogestion, c'est-à-dire d'explorer les occupations que font les personnes avant de débiter puis après un nombre prédéterminé de temps afin de voir comment l'autogestion contribue à amener les personnes vivant

avec un trouble mental à s'engager dans différentes occupations. La retombée occupationnelle est peu ou pas abordée dans la littérature en autogestion en santé mentale.

La revue de la littérature a permis de relever que le fonctionnement est peu abordé dans les différentes études. Toutefois, il s'agit d'un concept important à documenter davantage, ayant un impact sur la qualité de vie. Depp, Moore, Perivoliotis et Granholm (2016) soulèvent les défis d'évaluer le fonctionnement chez les personnes vivant avec un trouble mental grave et proposent d'utiliser la technologie pour évaluer l'autogestion chez cette clientèle. Il serait pertinent de prendre ces éléments en considération afin de bien évaluer l'impact fonctionnel de l'autogestion chez la clientèle vivant avec un trouble mental.

Puis, d'un point de vue clinique, il serait intéressant de s'attarder à quelle est la meilleure façon de présenter les stratégies d'autogestion aux clients, c'est-à-dire, quelle méthode est à préconiser pour être efficace dans la mise en place de l'autogestion.

## 8. CONCLUSION

La présente étude a permis de mieux comprendre comment les stratégies d'autogestion permettent de soutenir le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec un trouble mental, soit l'objectif principal de cet essai. Cette compréhension s'appuie sur une revue de la littérature comprenant 18 articles et sur la consultation de deux groupes d'expert détenant respectivement des savoirs expérientiels et cliniques. Les résultats de cet essai soutiennent que plusieurs stratégies d'autogestion soutiennent le fonctionnement quotidien. Ces stratégies d'autogestion touchent autant la réalisation d'occupation, la personne, l'environnement et l'engagement et la participation. Ces différentes stratégies contribuent au fonctionnement quotidien des personnes en leur permettant de réaliser différentes occupations dans leur journée afin d'avoir un équilibre, mais leur permettent également de développer leurs habiletés pour être un acteur clé dans leur santé et leur bien-être. Les personnes sont ainsi plus outillées lors de rechute et peuvent se relever plus facilement et reprendre leurs occupations et leurs rôles plus rapidement. Puis, cette étude permet également de mettre en lumière le rôle important de l'ergothérapie dans l'autogestion, entre autres, par sa compétence d'habilitation à l'occupation et par son analyse complète de l'environnement, de la personne et de l'occupation. Bref, l'autogestion s'avère une avenue intéressante pour la proportion importante de la population vivant avec un trouble de santé mentale, d'autant plus sachant que cette population connaît des défis importants au niveau fonctionnel (Bonder, 2015).

## RÉFÉRENCES

- Alberta Mental Health Board (AMHB) et Institute of Health Economic (IHE). (2007). *Mental Health Economic Statistics*. Repéré à <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/res/mhr/if-res-mhr-mental-health-econ-stats-pocket.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. 5<sup>ième</sup> édition. Arlington (VA).
- Andresen, R., Oades, L., et Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2020). *La santé mentale : qu'est-ce que c'est, vraiment?* Repéré à [https://cmha.ca/fr/blogs/la-sante-mentale-quest-ce-que-cest-vraiment#\\_ftn1](https://cmha.ca/fr/blogs/la-sante-mentale-quest-ce-que-cest-vraiment#_ftn1)
- Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale (AQPAMM). (2018). *Les principaux signes d'un trouble de santé mentale*. Repéré à <https://aqpamm.ca/les-principaux-symptomes-d-un-trouble-de-sante-mentale/>
- Bélangier, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le Partenaire*, 12(1), 8-15. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>
- Bonder, B. (2015). *Psychopathology and function* (Fifth). SLACK Incorporated.
- Bourne, P., Whittington, A., & Meddings, S. (2018). An evaluation of service use outcomes in a Recovery College. *Journal of Mental Health*, 27(4), 359-366. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417557>
- Cai, S., Zhou, L., Yang, X., Ma, C., Xu, L., & Qian, R. (2021). Investigation on the Status Quo of Self-Health Management of Patients with Bipolar Disorder and Analysis of Influencing Factors [Article]. *Journal of Nanomaterials*, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2021/9993172>
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2016). Profiles of Recovery from Mood and Anxiety Disorders: A Person-Centered Exploration of People's Engagement in Self-Management. *Frontiers in psychology*, 7, 584. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00584>
- de Almeida, R. S., Couto, A., Marques, A., Queirns, C., & Martins, C. (2018). Mobile Application for Self-Management in Schizophrenia: A Pilot Study. *Journal of Technology in Human Services*, 36(4), 179-190. <https://doi.org/10.1080/15228835.2018.1483859>

- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(s66), 29–35. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/14034950510033345>
- Depp, C. A., Moore, R. C., Perivoliotis, D., & Granholm, E. (2016). Technology to assess and support self-management in serious mental illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(2), 171–83.
- Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. (2012) *Profil des AVQ*. Repéré à : <https://strokengine.ca/fr/assessments/profil-des-avq/>
- Fondation Douglas. (2021). *Faits sur la santé mentale au pays*. Repéré à <https://fondationdouglas.qc.ca/la-sante-mentale/>
- Gilbert, M. M., Chamberlain, J. A., White, C. R., Mayers, P. W., Pawsey, B., Liew, D., Musgrave, M., Crawford, K., & Castle, D. J. (2012). Controlled clinical trial of a self-management program for people with mental illness in an adult mental health service - the Optimal Health Program (OHP). *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 36(1), 1-7. <https://doi.org/10.1071/AH11008>
- Gliddon, E., Cosgrove, V., Berk, L., Lauder, S., Mohebbi, M., Grimm, D., Dodd, S., Coulson, C., Raju, K., Suppes, T., & Berk, M. (2019). A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet-based self-management program for bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 21(1), 28-39. <https://doi.org/10.1111/bdi.12669>
- Gould, C. E., Carlson, C., Wetherell, J. L., O'Hara, R., Goldstein, M. K., Loup, J. R., Ma, F., & Beaudreau, S. A. (2020). Guided self-management targeting anxiety and activity participation in older Veterans. *Aging & mental health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758905>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Maladie mentale*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Houle, J. (2013). *L'autogestion de la santé : une approche prometteuse en santé mentale*. Repéré à <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/07/autogestion-des-soins.pdf>
- Houle, J., Radziszweski, S., Beaudin, A., Saint-Onge, K., Martel, B., Jourdain, Y., Doray, P., Lavoie, B., Labelle, P., Cloutier, G., Collard, B., Coulombe, S., Gilbert, M., Jetté, F. et Brouillet, H. (2018). *Aller mieux... à ma façon – Soutien à l'autogestion (version 3)*. Montréal : Vitalité – Laboratoire de recherche sur la santé (UQAM), 16 pages.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application* (4th ed.). Baltimore, Mar. : Lippincott Williams & Wilkins.



- Landi, S., Palumbo, D., Margolies, P., Salerno, A. J., Cleek, A., Castaldo, E., & Mucci, A. (2018). Implementation trial of a wellness self-management program for individuals with severe mental illness in an Italian Day Hospital setting: A pilot study. *Journal of Psychopathology*, 24(1), 3-9. Retrieved from <http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2018-15439-001&site=ehost-live>
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 214(5), 260-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>
- Meunier, S., Roberge, C., Coulombe, S., & Houle, J. (2019). Feeling better at work! Mental health self-management strategies for workers with depressive and anxiety symptoms. *Journal of affective disorders*, 254, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.011>
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(2), 95-109. <https://doi.org/10.1002/cpp.710>
- Nicholas, J., Boydell, K., & Christensen, H. (2017). Self-management in young adults with bipolar disorder: Strategies and challenges. *Journal of affective disorders*, 209, 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.040>
- O'Keeffe, D., Hickey, D., Lane, A., McCormack, M., Lawlor, E., Kinsella, A., Donoghue, O., & Clarke, M. (2016). Mental illness self-management: a randomised controlled trial of the Wellness Recovery Action Planning intervention for inpatients and outpatients with psychiatric illness. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33(2), 81-92. <https://doi.org/10.1017/ipm.2015.18>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Repéré à <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Pinto, M. D., Hickman, R. L., Jr., Clochesy, J., & Buchner, M. (2013). Avatar-based depression self-management technology: promising approach to improve depressive symptoms among young adults. *Applied nursing research : ANR*, 26(1), 45-48. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.08.003>
- Ravindran, A. V., Lam, R. W., Filteau, M. J., Lespérance F, Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Patten, S. B., & Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). (2009). Canadian network for mood and anxiety treatments (canmat) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. v. complementary and alternative medicine treatments. *Journal of Affective Disorders*, 117, 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.040>

- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (2021). *Le Modèle MDH-PPH*. Repéré à <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Sheperd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2012). *Faire du rétablissement une réalité*. Édition québécoise.
- Sommer, J., Gill, K., & Stein-Parbury, J. (2018). Walking side-by-side: Recovery Colleges revolutionising mental health care. *Mental Health & Social Inclusion*, 22(1), 18-26. <https://doi.org/10.1108/MHSI-11-2017-0050>
- Sterling, E. W., von Esenwein, S. A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9276-6>
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189–196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed. version française Noémi Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A. C., de Jonge, P., & Sytema, S. (2014). E-mental health self-management for psychotic disorders: state of the art and future perspectives. *Psychiatric Services*, 65(1), 33-49. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300050>
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2014, Dec 13). Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: a concept map study. *BMC psychiatry*, 14, 331. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0331-7>
- Vierck, E., & Joyce, P. R. (2015). Influence of personality and neuropsychological ability on social functioning and self-management in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 229(3), 715-723. doi:10.1016/j.psychres.2015.08.015
- White, C. M. (2011). Self-management: a close companion to recovery in mental illness. *Occupational Therapy Now*, 13(5), 26–27
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services*, 60(12), 1248-1250. ps.psychiatryonline.org
- Zhou, B., & Gu, Y. (2014). Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: A single-blind randomized controlled

trial in Shanghai, China. *Shanghai archives of psychiatry*, 26(6), 332-338. <http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-36522-003&site=ehost-livezb171@139.com>

- Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 22(3), 256-271. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x>
- Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., Sinnema, H., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., . . . Spijker, J. (2019). Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: results of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-16. doi:10.1186/s12888-019-2013-y

**ANNEXE A**  
**RÉSUMÉ DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS**

<b>Titre, auteur, année</b>	<b>Objectif(s)</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>Stratégies d'autogestion</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Qualité de l'article</b>
<b>Self-Management Strategies Used by 'High Functioning' Individuals with Bipolar Disorder: From Research to Clinical Practice,</b> Greg Murray, Melinda Suto, Rachelle Hole, Sandra Hale, Erica Amari et Erin E. Michalak (2011)	(1) Fournir une description des stratégies d'autogestion identifiées comme efficaces par cet échantillon d'individus avec haut niveau de fonctionnement et (2) explorer ces résultats d'un point de vue clinique.	<u>Méthodes quantitatives :</u> Évaluations via Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), Multidimensional Scale of Independent Functioning (MSIF), clinician-rated Young Mania Rating Scale, clinician-rated Hamilton Depression Rating Scale, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Social Adjustment Scale <u>Méthodes qualitatives :</u> Entrevues semi-structurées et analyse par thème pour faire émerger les principaux thèmes	Les stratégies d'autogestion comprennent les actions, les routines et les processus que les participants initient pour faire face à leur diagnostic de bipolarité et bien vivre.	Les stratégies utilisées sont en lien avec (1) sommeil, l'alimentation, repos et exercice (importance d'intégrer dans la routine); (2) surveillance continue ( <i>monitoring</i> ); (3) pratiques réflexives et méditatives (inclue activités de création également); (4) comprendre la bipolarité et éduquer les autres; (5) se connecter aux autres (inclue bénévolat) et (6) adopter un plan (par ex. WRAP).	Recherche qualitative, niveau 2
<b>Controlled clinical trial of a self-management program for people with mental illness in an adult mental health service – the Optimal Health Program (OHP),</b> Gilbert, M. M., Chamberlain, J. A.,	Examiner l'efficacité d'un programme structuré d'autogestion pour les personnes atteintes d'une maladie mentale	Groupe traitement : Un programme d'autogestion psychosociale dispensé dans le cadre des soins de routine au sein d'un service de santé mentale communautaire. Groupe témoin : routine de soins sans autogestion.  Santé et fonctionnement social sont mesurés avec HoNOS – pré-test (3 mois avant),	Optimal Health Program intervention Les principaux aspects du programme comprennent : les stratégies d'adaptation, par ex. surveillance, établissement d'objectifs ; identifier les soutiens sociaux; et élaborer des plans pour (i) faire face aux facteurs de stress	En moyenne, le groupe de traitement s'est amélioré de manière significative dans les scores HoNOS par rapport au groupe de contrôle.  L'analyse des données d'hospitalisation a montré une réduction de l'utilisation des services hospitaliers dans le groupe de traitement par rapport au groupe témoin	Recherche expérimentale, niveau 3

White, C. R., Mayers, P. W., Pawsey, B., Liew, D., . . . Castle, D. J. (2012)			quotidiens; (ii) gérer les signes avant-coureurs ; et (iii) répondre à un épisode de maladie. Les consommateurs reçoivent des ressources, notamment un cahier d'exercices et un journal de santé pour les participants, pour appliquer et renforcer les informations et les compétences abordées pendant les séances.	L'intervention de l'OHP a permis d'économiser plus de 6 000 \$ (IC à 95 % 744 \$ à 12 656 \$) par consommateur par an.	
<b>Avatar-Based Depression Self-Management Technology: Promising Approach to Improve Depressive Symptoms Among Young Adults,</b> Pinto, M. D., Hickman, R. L., Jr., Clochesy, J., & Buchner, M. (2013)	Le but de cette étude pilote est de rapporter des preuves préliminaires sur l'efficacité d'une intervention d'autogestion de la dépression basée sur un avatar, eSMART-MH, chez les jeunes adultes (18-25 ans).	Les participants ont été assignés au hasard pour recevoir la condition expérimentale, eSMART-MH, ou la condition de contrôle de l'attention, une éducation basée sur un écran sur les modes de vie sains (hygiène du sommeil, activité physique et nutrition).	eSMART-MH est une nouvelle intervention d'autogestion de la dépression basée sur un avatar dans laquelle les jeunes adultes interagissent avec des prestataires de soins de santé virtuels et un coach de santé virtuel dans un environnement virtuel de soins primaires pour pratiquer une communication efficace sur les symptômes de la dépression et recevoir des commentaires comportementaux personnalisés.	Les participants qui ont reçu eSMART-MH ont montré une réduction statistiquement significative de leurs symptômes dépressifs au cours de l'étude de trois mois.	Recherche expérimentale, niveau 2
<b>Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis,</b> Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T.,	Examiner les résultats des interventions d'éducation à l'autogestion chez les personnes atteintes de schizophrénie.	Cette méta-analyse porte sur les études portant sur l'éducation à l'autogestion dans les quatre domaines de contenu : (i) la gestion des médicaments ; (ii) la reconnaissance des signes précurseurs de rechute ; (iii) l'élaboration d'un plan de prévention des rechutes ; et (iv)	Enseignement d'autogestion : apprendre des compétences de résolution de problèmes qui permettent aux patients de prendre les mesures appropriées pour améliorer leur santé	<u>Rechute</u> : Les participants recevant une intervention d'éducation à l'autogestion ont été 46% moins susceptibles de faire une rechute que ceux recevant des interventions habituelles. <u>Ré-hospitalisation</u> : Les participants recevant une intervention d'éducation à l'autogestion étaient 45 % moins	Recherche expérimentale, niveau 1

Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013)		les capacités d'adaptation pour faire face aux symptômes persistants. 13 RCT incluse dans la méta-analyse.		susceptibles de subir une ré-hospitalisation que ceux recevant un traitement habituel <u>Adhérence à la médication</u> : Il y avait une probabilité 2,57 fois plus élevée d'adhérence à la médication chez les participants recevant une intervention d'autogestion que pour ceux recevant un traitement habituel. <u>Symptômes</u> : Les participants recevant l'intervention d'éducation à l'autogestion étaient significativement plus susceptibles de démontrer une réduction de la gravité des symptômes <u>Fonctionnement psychosocial</u> : L'inspection visuelle des cinq études a révélé une amélioration statistiquement significative du fonctionnement psychosocial dans les groupes d'intervention d'éducation à l'autogestion par rapport aux groupes témoins.	
<b>E-mental health self-management for psychotic disorders: state of the art and future perspectives,</b> van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A. C., de Jonge, P., & Sytema, S. (2014)	Le but de cette revue est d'étudier dans quelle mesure la technologie de l'information peut soutenir l'autogestion chez les utilisateurs de services souffrant de troubles psychotiques.	Une revue systématique a été réalisée sur les bases de données suivantes, jusqu'en juillet 2012 : MEDLINE, PsycINFO, AMED, CINAHL et la base de données Library, Information Science and Technology.	La <i>cybersanté</i> mentale a été définie comme l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour soutenir ou améliorer les soins de santé mentale, ici on s'intéresse à la l'autogestion en télésanté.	<u>Prise de médicaments</u> : Les interventions de gestion des médicaments en ligne par rapport aux soins habituels ont eu un effet important sur l'adhérence à la médication <u>Communication et prise de décision partagée</u> : La communication en télésanté et les interventions de prise de décision partagée par rapport aux soins habituels ont eu un faible effet sur la satisfaction. <u>Gestion du fonctionnement quotidien</u> : Améliorer le fonctionnement en se fixant des buts	Recherche descriptive, niveau 1

				<u>Gestion des habitudes de vie</u> : en diminuant les habitudes de consommation (cigarettes), en intégrant du sport (courses) <u>Support par les pairs</u>	
<b>Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: a concept map study,</b> Van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2014).	Explorer ce que les patients pensent pouvoir faire eux-mêmes pour faire face à un trouble de dépression majeur persistant en plus d'un traitement professionnel, et quelles stratégies d'autogestion les patients perçoivent comme étant les plus utiles pour faire face à leur TDM.	Une cartographie conceptuelle, une méthode spécialement conçue pour la conceptualisation d'un sujet spécifique, dans ce cas le point de vue des patients (n = 25) sur les stratégies d'autogestion utiles dans leur gestion du TDM persistant		<u>Focuser sur ma dépression</u> : Être conscient que ma dépression a besoin d'une adaptation active + m'impliquer activement à un traitement professionnel <u>Avoir un mode de vie actif</u> : Soins personnels, structure et planification actifs + Avoir des activités pour temps libres <u>Participation à la vie sociale quotidienne</u> : Engager socialement + Activités liées au travail	Recherche qualitative, niveau 3
<b>Self-management in young adults with bipolar disorder: Strategies and challenges,</b> Nicholas, J., Boydell, K., & Christensen, H. (2017)	(1) Décrire les stratégies d'autogestion que les jeunes adultes atteints de trouble bipolaire utilisent lorsqu'ils sont euthymiques, (2) Examiner les stratégies spécifiques utilisées pour gérer les épisodes de troubles, et (3) Identifier les défis perçus dans la prise en charge de la bipolarité chez les jeunes adultes.	Devis d'enquêtes descriptives transversales		Six stratégies d'autogestion signalées par les participants ont été identifiées (1) Maintenir un mode de vie sain; (2) Participation au traitement et adhésion au traitement ; (3) Participation à des activités significatives; (4) Engagement avec le soutien social ; (5) Pratiques de méditation et de relaxation ; et (6) Surveillance des symptômes. Les défis d'autogestion les plus courants rencontrés par les jeunes adultes concernaient la nature du trouble, les relations interpersonnelles et la stigmatisation.	Recherche qualitative, niveau 2
<b>Feeling better at work! Mental health self-management strategies for workers with</b>	(1) Établir un consensus parmi les experts sur les stratégies d'autogestion qui peuvent être utilisées en milieu de travail par les nombreux travailleurs souffrant de dépression et	Devis descriptif et utilisation de la méthode Delphi (two-round), 3 groupes d'expert (employé vivant avec anxiété ou dépression, gérant et chercheurs)	Stratégies d'autogestion au travail	60 stratégies d'autogestion ont été identifiées comme étant les plus utiles dans le milieu du travail pour les employés vivant avec une dépression ou un trouble anxieux. Ces stratégies touchent les 5 domaines du rétablissement (Fonctionnement,	Étude descriptive, niveau 2

<b>depressive and anxiety symptoms,</b> Meunier, S., Roberge, C., Coulombe, S., & Houle, J. (2019)	d'anxiété. (2) Identifier celles jugées les plus utiles pour que les travailleurs puissent gérer leur maladie au travail.		physique, clinique, social et existentiel).		
<b>Implementation trial of a wellness self-management program for individuals with severe mental illness in an Italian Day Hospital setting: A pilot study,</b> Landi, S., Palumbo, D., Margolies, P., Salerno, A. J., Cleek, A., Castaldo, E., & Mucci, A. (2018)	Afin de valider la version italienne de WSM, nos objectifs comprenaient la traduction de l'anglais vers l'italien du manuel WSM et la mise en œuvre d'un programme WSM abrégé dans un hôpital de jour italien. Le programme abrégé représentait un sous-ensemble de leçons qui correspondait le plus étroitement aux problèmes prioritaires des clients et aux variables de résultats à l'étude.	Essai clinique randomisé Quatorze patients ont été recrutés et répartis au hasard dans deux groupes.	Le programme Wellness Self-mangement (WSM) couvrent 57 sujets qui fournissent des informations et des stratégies conçues pour aider les individus à mieux comprendre et gérer les symptômes, comprendre l'importance de la santé physique, faire face plus efficacement au stress, s'engager dans des activités de soutien au bien-être, renforcer la confiance et inspirer l'espoir d'un rétablissement.	<u>Neurocognition</u> : Après un mois de traitement, les patients WSM se sont améliorés significativement plus que les patients du groupe contrôle en termes de fluidité verbale. Aucune différence n'a été trouvée pour les autres variables neuropsychologiques. Fonctionnement : Les patients WSM se sont améliorés significativement plus que les sujets du groupe contrôle en termes de fonctionnement psychosocial. En fait, les participants du groupe WSM ont amélioré de manière significative le score global WHO DAS. En particulier, un effet significatif est apparu pour les dimensions cognition, activités de la vie et participation. De plus, les participants au WSM se sont améliorés beaucoup plus que le groupe contrôle sur l'engagement des services mesuré par le Services Engagement Scale (SES).	Recherche expérimentale, niveau 2
<b>Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: A single-blind randomized</b>	Évaluer l'efficacité de la formation à l'autogestion sur l'adhésion aux médicaments et les rechutes chez les personnes atteintes de schizophrénie chronique vivant dans la communauté.	Un total de 201 personnes atteintes de schizophrénie chronique vivant dans les communautés urbaines et rurales de la municipalité de Shanghai ont été randomisées dans un groupe témoin de traitement comme d'habitude (n=98) ou un groupe d'intervention d'autogestion (n=103) qui a reçu une autogestion hebdomadaire	Le programme d'autogestion inclut les modules de gestion des médicaments et de gestion des symptômes du programme UCLA Social & Independent Living Skills  À la fin des six mois de formation, les participants	Il n'y avait aucune différence entre les groupes au départ, mais après 30 mois, le groupe d'intervention avait une meilleure adhérence aux médicaments, une meilleure connaissance de leur maladie et prenait de plus grandes doses de médicaments.  Au cours de la période de suivi de 30 mois, 2 des 103 individus (1,9 %) du groupe d'intervention ont rechuté (1 a	Recherche expérimentale, niveau 2



<b>controlled trial in Shanghai, China,</b> Zhou, B., & Gu, Y. (2014)	formation professionnelle pendant 6 mois suivie de 24 mois de sessions mensuelles de renforcement en groupe au cours desquelles un agent de santé communautaire a examiné les listes de contrôle d'autogestion des patients.	ont reçu une « liste de contrôle d'autogestion » pour enregistrer leur adhésion quotidienne aux médicaments, la qualité du sommeil, l'apparition d'effets secondaires, l'apparition de symptômes résiduels et les premiers signes de rechute, les activités quotidiennes, et l'humeur générale.	été réhospitalisé une fois et un a été réhospitalisé deux fois) et 14 des 98 individus (14,3 %) dans le groupe témoin a rechuté (chacun d'entre eux a été ré-hospitalisé une fois). Cette différence de taux de rechute était statistiquement significative ( $2=8,83$ , $p=0,003$ ).		
<b>Influence of personality and neuropsychological ability on social functioning and self-management in bipolar disorder,</b> Vierck, E., & Joyce, P. R. (2015).	(1) Le premier objectif de la présente étude était d'étudier l'impact des capacités cognitives et de la personnalité sur le fonctionnement social tel que mesuré avec le SAS, qui évalue plusieurs aspects occupationnels et de la vie sociale. (2) Le deuxième objectif était d'évaluer l'association des domaines cognitifs et de la personnalité à l'utilisation de techniques d'autogestion chez les patients MB uniquement, qui ont été signalés comme étant utiles pour prévenir les rechutes.	Des stratégies d'autogestion ont été utilisées au cours des trois derniers mois. Les domaines abordés étaient le sommeil, le repos et l'exercice, l'autosurveillance continue, la relaxation, la connexion aux autres, la connaissance du trouble et l'utilisation de plans de crise. Ces domaines ont été identifiés comme des stratégies utilisées par les participants BD de haut niveau.	Les meilleurs déterminants d'un bon fonctionnement psychosocial étaient une bonne mémoire verbale et un haut degré d'autonomie. L'utilisation de techniques d'autogestion était associée à un faible niveau d'évitement des méfaits. Nos résultats indiquent que les stratégies visant à améliorer la mémoire et l'autonomie peuvent être utiles pour augmenter le fonctionnement chez les personnes atteintes de trouble bipolaire.	Recherche descriptive, niveau 2	
<b>Profiles of Recovery from Mood and Anxiety Disorders: A Person-Centered Exploration of People's</b>	Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les profils sous-jacents au rétablissement de la santé mentale, de décrire les caractéristiques des participants correspondant à chaque	149 personnes se rétablissant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires ont rempli des questionnaires sur l'autogestion, le rétablissement clinique (sévérité des symptômes), le rétablissement personnel (santé mentale positive) et les variables de critère	Trois types distincts de stratégies d'autogestion : (a) cliniques (obtenir de l'aide et utiliser des ressources, par exemple, prendre des médicaments, consulter un professionnel) ; (b) l'autonomisation (en	3 profils sont ressortis : 1- <i>Pataugeant (Floundering)</i> : <i>essayent de gérer leurs symptômes, représentent 34,9%, ont des symptômes modérément sévères de dépression et d'anxiété, le plus faible niveau de santé mentale positif parmi les profils, l'utilisation de stratégies d'autogestion étaient de</i>	Recherche descriptive, Niveau 2

<p><b>Engagement in Self-Management</b>, Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., . . . Houle, J. (2016).</p>	<p>profil et d'examiner les associations de profils avec des variables de critère. Discerner comment l'autogestion et le rétablissement sont liés au niveau de la personne</p>	<p>(évaluation des objectifs personnels, participation sociale, capacités d'autogestion, adaptation ).  Analyse de profil latent (LPA)</p>	<p>s'appuyant sur ses forces et une image positive de soi pour prendre le contrôle, par exemple, reconnaître ses réussites, organiser son emploi du temps en fonction de ses capacités) ; et (c) la vitalité (avoir un mode de vie actif et sain, par exemple, pratiquer des sports, maintenir de saines habitudes alimentaires).</p>	<p><i>faible à modérée, les stratégies d'empowerment et de vitalité ont été utilisées significativement moins souvent que dans les autres profils.</i> <u>2 – En difficulté, mais engagé (<i>struggling</i>)</u> : représente 9,4%, dans l'ensemble, les stratégies d'autogestion ont été exécutées souvent et plus fréquemment que celles des autres profils pour les stratégies cliniques et de vitalité, scores supérieurs au seuil clinique pour la gravité des symptômes de dépression, niveau plus élevé de symptômes d'anxiété par rapport à l'échantillon global (plus d'un écart type au-dessus de la moyenne), niveau de santé mentale positive plus élevée que profil 1. <u>3 – Florissant (<i>Flourishing</i>)</u> : le plus fréquent (55,7%), des niveaux relativement élevés d'autogestion, en particulier empowerment, symptômes les moins graves de dépression et d'anxiété, niveau élevé de santé mentale positive de tous les profils.</p>	<p>Les participants du profil <i>struggling</i> ont utilisé toutes les stratégies de vitalité plus fréquemment (en général entre souvent et très souvent) que ceux des autres profils : faire des activités qu'on aime pour maintenir un mode de vie sain, faire du sport, avoir de saines habitudes alimentaires et faire des exercices de relaxation .</p>
<p><b>Mobile Application for Self-Management in</b></p>	<p>Cette étude vise à présenter une nouvelle intervention et à disposer de quelques données</p>	<p>Recherche pré-expérimentale quantitative utilisant une conception pré-test et post-test.</p>	<p>Application mobile, weCOPE, en tant qu'intervention thérapeutique pour</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au niveau l'échelle d'évaluation du rétablissement : résultats significatif statistiquement au niveau de l'augmentation de</li> </ul>	<p>Outcome recherche, niveau 4</p>

---

<p><b>Schizophrenia: A Pilot Study,</b> de Almeida, R. S., Couto, A., Marques, A., Queirns, C., &amp; Martins, C. (2018).</p>	<p>préliminaires sur weCOPE.</p>	<p>l'autogestion de la maladie. 4 modules sont inclus : surveillance des symptômes, résolution de problèmes, gestion de l'anxiété et fixation d'objectifs, permettant également le contact avec des thérapeutes dans des situations de crise.</p>	<p>« <u>confiance personnelle et espoir</u> », « <u>orientation vers les objectifs et la réussite</u> » et « <u>vie au-delà des symptômes</u> »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au niveau de l'échelle d'évaluation de l'empowerment : résultats significatifs au niveau de <u>l'augmentation</u> « <u>l'estime et l'efficacité</u> », « <u>l'optimisme face à l'avenir</u> » et « <u>la juste colère</u> »</li> <li>• Au niveau de l'échelle du support social : résultats significatifs au niveau « <u>intimité</u> » et « <u>satisfaction en famille</u> », mais pas dans les activités sociales.</li> <li>• Au niveau de l'échelle général de l'auto-efficacité : des résultats significatifs dans « <u>initiation et persévérance</u> » et « <u>efficacité dans l'adversité</u> »</li> <li>• Au niveau de l'échelle des symptômes positifs et négatifs : résultats significatifs seulement dans <u>sous-échelle de psychopathologie générale</u> ;</li> <li>• Au niveau de la performance sociale et personnelle : Les résultats ont montré des améliorations pour chaque sujet dans les moyennes de toutes les échelles avec une augmentation de toutes (amélioration de la perception du rétablissement, de l'estime de soi, du soutien social, de l'empowerment et de la performance) et une diminution de l'échelle PANSS (réduction des symptômes), et qui inclut qui incluait des activités socialement utiles (à savoir le</li> </ul>
---	--------------------------------------	---	--

---

				travail et les études), des relations personnelles et sociales, des soins personnels et des comportements dérangeants et agressifs .	
<b>A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet-based self-management program for bipolar disorder,</b> Gliddon, E., Cosgrove, V., Berk, L., Lauder, S., Mohebbi, M., Grimm, D., . . . Berk, M. (2019)	(1) Déterminer si la participation à MoodSwings 2.0 entraîne une diminution des symptômes de dépression et de manie par rapport à la condition témoin ; (2) Identifier les améliorations des symptômes de dépression, de la qualité de vie, de l'adhésion aux médicaments, du fonctionnement et du délai de rechute.	Essai contrôlé randomisé à trois bras qui comparait deux bras d'intervention à un groupe témoin de soutien par les pairs (forum). Un total de 304 adultes âgés de 21 à 65 ans avec un diagnostic de trouble bipolaire ont été assignés à un groupe témoin forum uniquement (groupe 1 ; n = 102), un groupe de traitement forum plus modules (groupe 2 ; n = 102), ou un groupe de traitement forum, modules et outils (Groupe 3 ; n = 100), en plus des soins habituels.	MoodSwings 2.0 est une intervention autoguidée en ligne pour le trouble bipolaire qui comprend des modules éducatifs, des outils interactifs et des forums de discussion.	Aucune différence significative n'a été trouvée dans la qualité de vie, l'adhésion aux médicaments et le fonctionnement de la santé mentale.  Différences significatives de dépression entre le groupe 2 et le groupe 1 à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi. Aucun des deux groupes n'a montré de différences significatives dans la manie par rapport au groupe témoin.	Recherche expérimental, niveau 2
<b>Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis,</b> Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., . . . Johnson, S. (2019)	Évaluer l'efficacité des interventions d'autogestion pour les adultes atteints de maladie mentale grave.	Une revue systématique des essais contrôlés randomisés a été réalisée. Une méta-analyse des résultats concernant les symptômes, les rechutes, la récupération, le fonctionnement et la qualité de vie a été réalisée à l'aide de RevMan.  S'intéresse à rétablissement symptomatique, prévention des rechutes, besoin réduit d'hospitalisation, rétablissement auto évaluée, fonctionnement et qualité de vie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation sur la maladie mentale et son traitement (pour prendre des décisions éclairées sur les soins);</li> <li>• Reconnaissance des signes avant-coureurs de rechute et élaboration d'un plan de prévention des rechutes ;</li> <li>• Capacités d'adaptation pour faire face aux symptômes persistants.</li> </ul>	Les interventions d'autogestion ont conféré des avantages en termes de réduction des symptômes et de la durée d'admission, et d'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie à la fois à la fin du traitement et au suivi.	Recherche expérimentale, niveau 1
<b>Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and</b>	Quelle est l'efficacité de l'intervention ZemCAD (Self-management for Chronic Anxiety and Depression) sur la qualité	Cet essai contrôlé randomisé multicentrique en deux groupes parallèles a été mené dans douze services de soins ambulatoires	Les patients et leurs familles ont été informés de la nature de leur trouble mental, de la suicidabilité et des crises, et ils	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de vie : pas de différences significatives entre ZemCAD et les soins habituels, sauf pour les relations sociales qui ont une différence significative pour</li> </ul>	Recherche expérimentale, niveau 2

<p><b>treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: results of a randomized controlled trial,</b> Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., Sinnema, H., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., . . . Spijker, J. (2019)</p>	<p>de vie, la sévérité des symptômes et l'empowerment ? Deuxièmement, quel a été le succès de l'aiguillage des patients inclus dans l'intervention ZemCAD des services de santé mentale ambulatoires spécialisés vers des établissements de soins de santé moins spécialisés, tel que les soins primaires ?</p>	<p>spécialisés en santé mentale aux Pays-Bas.</p>	<p>apprennent à faire face à ces conditions et événements. Un plan d'action pour rétablir les contacts sociaux et améliorer les activités de la vie quotidienne est des exemples de parties de l'intervention.</p>	<p>ZEMCAD. Différence signification après 1 an.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sévérité des symptômes : pas de différences significatives. Les clients ont demeurés stables (pas détérioration des symptômes)</li> <li>• Empowerment : Différence significative pour ZemCAD et se maintien après 6 et 12 mois.</li> </ul>	
<p><b>Guided self-management targeting anxiety and activity participation in older Veterans,</b> Gould, C. E., Carlson, C., Wetherell, J. L., O'Hara, R., Goldstein, M. K., Loup, J. R., . . . Beaudreau, S. A. (2020)</p>	<p>Examiner l'acceptation, la faisabilité et les effets préliminaires d'une intervention d'autogestion guidée utilisant la diffusion vidéo et un coach téléphonique sur l'anxiété et l'engagement dans l'activité.</p>	<p>Étude non randomisée examinant une intervention d'autogestion guidée de 4 semaines pour l'anxiété, dix vétérans de 60 ans ou plus souffrants de troubles anxieux La faisabilité a été examinée en utilisant l'engagement dans l'intervention. Les mesures de l'anxiété (échelle d'anxiété gériatrique, échelle d'anxiété PROMIS, questionnaire de contrôle de l'anxiété), de la dépression (questionnaire sur la santé du patient à 9 éléments) et de la participation aux activités (tri des cartes d'activités modifiées) administrées lors de la visite initiale et finale (semaine 8) pour voir effets préliminaires de l'intervention.</p>	<p>Intervention guidée d'autogestion appelée BREATHE (Breathing, Relaxation, and Education for Anxiety Treatment in the Home Environment) chez les anciens combattants âgés souffrant de troubles anxieux.</p> <p>Une importance est mise sur encourager les patients à appliquer les techniques de relaxation à leur vie quotidienne et à utiliser le programme pour atteindre des objectifs d'activité personnalisés liés à la diminution ou à l'arrêt des activités en raison de l'anxiété.</p>	<p>Anxiété : Pas de changement significatif dans les symptômes (Pelletier et al.), mais amélioration significative pour l'anxiété perçue (ACQ)</p> <p>But/activité : tous les participants ont réussi à accomplir au minimum 1 activité-but.</p> <p>Contribue à améliorer la participation aux activités</p> <p>3 thèmes sont ressortis de l'entrevue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Symptômes physiques</u> : gérer douleur, améliorer le sommeil, réduire rythme cardiaque, etc.;</li> <li>• <u>Effets émotionnels et cognitifs</u> : réduire la fréquence et l'intensité des émotions négative, changement dans les pensées, dans</li> </ul>	<p>Recherche expérimentale, niveau 3</p>

				<p>les perceptions de stress, conscients de son niveau de stress;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>une meilleure gestion des situations anxieuses et augmente l'engagement dans l'activité</u> : faire des activités qui me tentent, s'engager dans des activités qui étaient anxieuses</li> </ul>	
<p><b>Investigation on the Status Quo of Self-Health Management of Patients with Bipolar Disorder and Analysis of Influencing Factors,</b> Cai, S., Zhou, L., Yang, X., Ma, C., Xu, L., &amp; Qian, R. (2021)</p>	<p>Explorer le statu quo de l'autogestion de la santé des patients atteints de trouble bipolaire et des facteurs d'influence.</p>	<p>80 patients atteints de trouble bipolaire ont été inclus et répartis dans le groupe observation et le groupe témoin, avec 40 cas par groupe</p>	<p>Éducation à la santé : expliquer causes du trouble bipolaire, le plan de traitement, l'utilisation et la posologie des médicaments, ainsi que les réactions indésirables aux patients et à leurs familles grâce à une éducation, des manuels de santé et des conférences sur la santé et ce qui nécessite une attention particulière dans la vie, l'importance de prendre les médicaments tels que prescrits et les guides pour développer un mode de vie régulier et sain. Il est enseigné aux membres de la famille comment gérer la maladie du patient afin qu'ils puissent gérer efficacement l'état du patient. Éducation à la santé est jumelé à l'éducation psychologique.</p>	<p>Après l'intervention, le niveau d'autogestion des patients du groupe d'observation, tel que la capacité d'autosoins, le niveau d'éducation à la santé, la capacité d'autoprotection et la capacité de contrôle émotionnel étaient significativement plus élevés que celui du groupe témoin.</p> <p>L'amélioration des épisodes maniaques et dépressifs dans le groupe d'observation était forte.</p> <p>The Functioning Assessment Short Test (FAST) : Les résultats ont montré que les scores du groupe d'observation étaient inférieurs à ceux du groupe de contrôle dans tous les aspects, suggérant que le groupe d'observation a un bon effet de traitement (amélioration).</p> <p>Les résultats montrent que la capacité d'acquisition d'informations, la capacité de communication et d'interaction, le soutien social (objectif et subjectif) et l'utilisation du soutien social peuvent tous affecter la capacité de gestion de l'autosanté des patients.</p>	<p>Recherche expérimentale, niveau 3</p>

## ANNEXE B

## ANALYSE DES ARTICLES EN FONCTION DES QUATRE THÈMES PRINCIPAUX ÉTANT L'ENGAGEMENT ET LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELS, LES OCCUPATIONS LA PERSONNE ET L'ENVIRONNEMENT

Auteurs et année	Engagement et participation occupationnels	Occupations et occupations significantes	Personne	Environnement
Greg Murray, Melinda Suto, Rachelle Hole, Sandra Hale, Erica Amari et Erin E. Michalak (2011)	Les stratégies d'autogestion soulevées dans cette étude soutiennent le fonctionnement psychosocial décrit comme la capacité d'une personne à <u>accomplir les tâches de la vie quotidienne</u> et à <u>nouer des relations mutuelles</u> avec d'autres personnes de manière gratifiante pour l'individu et les autres, et qui répondent aux <u>besoins de la communauté</u> dans laquelle la personne vit.	Importance d'un <u>sommeil régulier</u> pour maintenir et regagner le bien-être ; importance de la <u>routine</u> (par ex. manger et dormir) pour que les participants se sentent bien, en contrôle et équilibrés ; importance de faire des <u>exercices physiques</u> et de trouver activité agréable ; utiliser des <u>pratiques réflexives et méditatives</u> et activités créatives pour maintenir le bien-être ; trouver un <u>équilibre entre les activités sociales et solitaires</u>	Avoir des <u>connaissances</u> sur soi et sur sa maladie, se connaître et connaître ses patrons comportementales et les signes d'alerte ; faire un plan (par ex. WRAP)	L'endroit où l'on pratique nos activités est important, importance de pratiquer des activités dehors soulevées ; importance de l'éducation de ses proches sur la bipolarité ; rôle de l'environnement social pour aider à voir les signes d'alerte et mettre en place des stratégies ; importance de connecter avec les autres, que ce soit en voyant des amis, en consultant un professionnel, en faisant du bénévolat
Gilbert, M. M., Chamberlain, J. A., White, C. R., Mayers, P. W., Pawsey, B., Liew, D., . . . Castle, D. J. (2012)			Amélioration du fonctionnement – mesuré avec HoNOS qui comprend : 1) Overactive, aggressive, disruptive or agitated behaviour ; 2) Non-accidental self-injury ; 3) Problem-drinking or drug-taking ; 4) Cognitive problems ; 5) Physical illness or disability problems ; 6) Problems associated with hallucinations and delusions ;	Diminution de l'utilisation des services hospitaliers.

				7) Problems with depressed mood ; 8) Other mental and behavioral problems ; 9) Problems with relationships ; 10) Problems with activities of daily living ; 11) Problems with living conditions and daily domestic routine ; 12) Problems with occupation, activities in daytime environment.
Pinto, M. D., Hickman, R. L., Jr., Clochesy, J., & Buchner, M. (2013)				Diminution des symptômes dépressifs
Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013)	Amélioration du fonctionnement psychosocial	Prise de médication : Meilleure adhérence aux médicaments		Diminution des rechutes, des symptômes ;  Diminution des réhospitalisations
van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A. C., de Jonge, P., & Sytema, S. (2014)		S'engager dans des activités faisant du sens et étant significatives (via l'aide d'un pair via technologie) Choisir un but : prendre sa médication, relaxer pendant 2h en après-midi, aller à un spectacle de musique Diminuer sa consommation de cigarettes Avec des applications mobiles, intégrer des activités physiques à son horaire (courses)		Avoir du support en ligne par les pairs (e-café).
Van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2014).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un nouveau talent</li> <li>• Faire des plans pour le futur</li> <li>• L'utilité de rester engagé dans la vie sociale et professionnelle, en impliquant sa famille, ses amis et ses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'engager dans une activité méditative,</li> <li>• Prendre sa médication de façon constante (même heure, même endroit), avoir une routine de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage sur la dépression, reconnaître que la dépression est une maladie, demander des informations sur ma médication à un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quitter la maison régulièrement</li> <li>• Maintenir un support à long terme avec un professionnel,</li> </ul>



collègues dans sa maladie en utilisant des stratégies d'autogestion	<p>jour et de nuit, s'habiller tous les jours, prendre une douche tous les jours, bien manger, s'assurer de se réveiller tous les jours</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de se reposer suffisamment pour éviter d'être épuisé</li> <li>• Prendre les opportunités pour ranger la maison</li> <li>• S'engager dans des activités sportives, explorer des nouveaux hobbies, écrire un blog</li> <li>• Au travail, trouver quelles tâches puis-je réaliser, graduer les tâches</li> <li>• Trouver des occupations signifiantes (ex. bénévolat)</li> <li>• Faire un horaire avec des activités adaptés à notre réalité</li> <li>• S'engager consciemment et sans stress dans les activités</li> </ul>	<p>professionnel de la santé, reconnaître et ignorer la fatigue liée à la dépression</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre des décisions par moi-même, me fixer des buts réalistes</li> <li>• Éviter les problèmes</li> <li>• Tenir un journal personnel</li> </ul>	<p>trouver un intervenant avec qui il y a une connexion,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prendre en considération les signaux d'alerte que mon entourage me fait remarquer, avoir du support téléphonique rapidement par mon entourage</li> <li>• Informer et expliquer à mon entourage ma dépression, impliquer mon entourage dans mon rétablissement, parler avec des personnes de confiance qui ne me juge pas,</li> <li>• Être avec des amis avec qui je peux être moi-même</li> <li>• Entrer en contact avec d'autres personnes vivant avec un trouble mental</li> <li>• Planifier les fêtes avec mon entourage en respectant mes limites</li> <li>• Expliquer ma dépression à mon gérant et à mes collègues proches, avoir de l'aide de collègues</li> </ul>	
Nicholas, J., Boydell, K., & Christensen, H. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre un rôle central dans sa santé ;</li> <li>• Essayer des nouveaux rôles et des nouvelles activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir un mode de vie sain : cycle de sommeil régulier, bien manger, faire de l'exercice régulièrement</li> <li>• Pratique méditative, réflexive et de pleine conscience</li> <li>• Faire des activités créatives</li> <li>• Réduire/éviter café, alcool et drogue</li> <li>• Maintenir une routine stable de jour en jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître ses humeurs, son niveau d'activité et ses signes d'alarme, en apprendre sur son diagnostic de bipolarité, accepter et comprendre son diagnostic, réaliser de la bipolarité est seulement qu'une partie de moi, avoir un plan de bien-être</li> <li>• Gestion du stress</li> <li>• Écrire un journal/calendrier pour ses humeurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhérer aux traitements proposés</li> <li>• Aller chercher de l'aide à mon centre de services/intervenant, contacter mon entourage</li> <li>• Éduquer les autres sur la bipolarité</li> <li>• Parler avec des amis et des pairs, utiliser internet pour du support, apprendre à</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'engager dans des activités significatives</li> </ul>	<p>connaître d'autres personnes vivant avec la bipolarité</p>	
Meunier, S., Roberge, C., Coulombe, S., & Houle, J. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équilibre entre vie personnelle et travail</li> <li>• Trouver un projet, un but, un rêve</li> <li>• Trouver des tâches et des buts ayant du sens dans mon travail</li> <li>• M'engager dans des activités me procurant un sentiment de compétence</li> <li>• Me fixer des objectifs petits et réalistes</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter consommation drogue et alcool</li> <li>• S'engager dans des activités plaisantes, dans des exercices de relaxation et respiration,</li> <li>• Bien manger, s'engager dans des activités physiques, dans des activités sociales</li> <li>• Lire</li> <li>• Instaurer des limites concernant le temps de travail et l'énergie à y consacrer</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être plus assertif sur les besoins et attentes personnels, me donner le droit de faire des erreurs et apprendre</li> <li>• Savoir comment avoir une conversation avec mon supérieur concernant mes besoins</li> <li>• Se concentrer sur le travail à faire et sur le moment présent</li> <li>• Développer compétences en gestion du temps</li> <li>• Trouver des solutions aux problèmes qui se présentent</li> <li>• Trouver la motivation pour se rétablir, être réaliste</li> <li>• Reconnaître mes forces et mes accomplissements et mes limites, mes contributions à la société</li> <li>• Apprendre sur les ressources disponibles, sur les troubles mentaux</li> <li>• Analyser et changer mes émotions et perceptions</li> <li>• Distinguer la maladie de la personne, accepter la maladie</li> <li>• Utiliser l'humour</li> <li>• Apprécier les aspects positifs de ma vie, mettre de côté ses peurs, se rappeler les moments de bien-être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les causes de stress dans mon environnement de travail</li> <li>• Créer des relations positives avec mes collègues et gérants</li> <li>• Prendre inspiration sur quelqu'un étant rétabli</li> <li>• Recevoir de l'aide d'un professionnel ou d'un organisme</li> <li>• Demander de l'aide au service aux employés</li> <li>• Planifier des rencontres régulières avec mon employeur pour discuter des stratégies mises en place</li> <li>• Choisir les personnes avec qui discuter de mes problèmes</li> <li>• Avoir un modèle (s'inspirer de quelqu'un vivant avec un trouble mental)</li> <li>• Aider les autres</li> <li>• Mettre des objets significatifs dans mon lieu de travail</li> <li>• Prendre du contrôle sur mon environnement de travail</li> <li>•</li> </ul>
Landi, S., Palumbo, D., Margolies, P., Salerno, A. J., Cleek, A.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration significative au niveau du fonctionnement (mesuré par le WHODAS), plus précisément un effet significatif dans les activités de tous les jours et la participation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration significative au niveau de la dimension cognitive</li> <li>• Amélioration significative au niveau de la fluidité verbale</li> </ul>	

Castaldo, E., & Mucci, A. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure adhérence à la médication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure connaissance de la maladie</li> <li>• Reconnaître ses signes de rechutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution des hospitalisations</li> <li>• Environnement aide (support de la famille, habiter chez sa famille)</li> </ul>
Vierck, E., & Joyce, P. R. (2015).		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des scores d'évitement des méfaits plus élevés étaient associés à une autogestion moins efficace</li> <li>• Les stratégies visant à améliorer la mémoire et l'autonomie peuvent être utiles pour augmenter le fonctionnement chez les personnes atteintes de trouble bipolaire.</li> </ul>	
Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., . . . Houle, J. (2016)	<p><b>Stratégies d'autogestion de vitalité</b> (+ réalisés par les personnes du profil <i>struggling</i>, - réalisé par <i>floundering</i>) : Faire des activités que j'aime maintenir un mode de vie actif; faire du sport, de l'activité physique, avoir des habitudes alimentaires saines; faire des exercices pour me détendre (yoga, tai chi, techniques de respiration, etc.).</p> <p><b>Stratégies d'autogestion clinique</b> (+réalisé par les personnes du profil <i>struggling</i>) : Je prends des médicaments pour mon problème de santé mentale selon les directives d'un professionnel de la santé.</p>	<p><b>Stratégies d'autogestion d'empowerment</b> (+ réalisés par les personnes du profil <i>flourishing</i>, - réalisé par <i>floundering</i>) : J'essaie de résoudre mes problèmes une étape à la fois ; j'essaie de reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute de mon trouble de santé mentale; j'apprends à faire la différence entre mon problème de santé mentale et moi-même en tant que personne; je concentre mon attention sur le moment présent; j'apprends à vivre avec mes forces et mes faiblesses, je me félicite de mes succès, grands et petits; j'essaie de m'aimer comme je suis; je prends en compte mes capacités lors de l'organisation de mon emploi du temps; je trouve du</p>	<p><b>Stratégies d'autogestion clinique</b> (+réalisé par les personnes du profil <i>struggling</i>) : Je recherche les ressources disponibles pour m'aider dans mes difficultés (sites Internet, organismes, professionnels de santé, livres, etc.) ; je consulte un professionnel (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) concernant mon trouble de santé mentale ; je m'implique activement dans mon suivi auprès des professionnels de santé que je consulte (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) ; je participe à un groupe de soutien ou d'aide pour m'aider à gérer mes difficultés.</p>

de Almeida, R. S., Couto, A., Marques, A., Queirns, C., & Martins, C. (2018).		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation des activités socialement utiles (travail, études) ; des soins personnels</li> </ul>	<p>réconfort, je me sens écouté par les gens autour de moi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la confiance personnelle, de l'espoir, de l'estime et de l'efficace, d'être optimiste face à l'avenir, d'être plus orienté vers des objectifs et la réussite ;</li> <li>• Faire preuve de juste colère ;</li> <li>• Initier et persévérer ;</li> <li>• Être plus efficace dans l'adversité</li> <li>• Amélioration perception du rétablissement, de l'empowerment</li> <li>• Réduction des symptômes</li> <li>• Diminution des comportements dérangeants et agressifs</li> <li>• Vivre au-delà des symptômes</li> <li>• Amélioration de la performance</li> </ul>	<p>Avoir une intimité Satisfaction en famille</p> <p>Pas amélioration dans les activités sociales</p> <p>Amélioration du soutien social</p> <p>Amélioration des relations personnelles et sociales</p>
Gliddon, E., Cosgrove, V., Berk, L., Lauder, S., Mohebbi, M., Grimm, D., . . . Berk, M. (2019)	Pas de différence significative la qualité de vie, l'adhésion aux médicaments et le fonctionnement de la santé mentale.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution des symptômes dépressifs</li> </ul>	
Lean, M., Fornells- Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu- Udechuku, A., . . . Johnson, S. (2019)	Amélioration du rétablissement (autorapporté) Amélioration du fonctionnement Amélioration de la qualité de vie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution des symptômes ;</li> <li>• Petit effet sur espoir et empowerment à long terme ;</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution des durées d'hospitalisation</li> </ul>

<p>Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., Sinnema, H., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., . . . Spijker, J. (2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la qualité de vie à long terme (après 1 an) ;</li> <li>• Amélioration de l'empowerment et se maintien dans le temps (6, 12 mois).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes demeurent stables dans le temps (pas détérioration ou augmentation de symptômes) ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration des relations sociales</li> </ul>
<p>Gould, C. E., Carlson, C., Wetherell, J. L., O'Hara, R., Goldstein, M. K., Loup, J. R., . . . Beaudreau, S. A. (2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration du sommeil</li> <li>• Faire des activités plaisantes</li> <li>• Le programme d'autogestion contribue à amélioration la participation aux activités, à s'engager dans des activités qui étaient auparavant anxiogènes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à gérer douleur, réduire rythme cardiaque ;</li> <li>• Réduire la fréquence et l'intensité des émotions négatives (frustration, anxieuse, inquiète), changement dans les pensées irrationnelles et dans la perception face aux stressseurs;</li> <li>• Plus facile de prendre conscience de son niveau d'anxiété</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien : avoir des appels d'un coach était aidant pour mettre les stratégies en place</li> </ul>
<p>Cai, S., Zhou, L., Yang, X., Ma, C., Xu, L., &amp; Qian, R. (2021)</p>	<p>L'utilisation d'une éducation personnalisée combinée au soutien par les pairs chez les patients atteints de trouble bipolaire peut aider à améliorer la capacité d'autogestion du patient et faciliter le rétablissement précoce des patients, améliorer le degré de déficience fonctionnelle globale, améliorer la capacité d'autogestion du patient et favoriser son rétablissement.</p> <p>Présente un meilleur fonctionnement (autonomie, fonctionnement professionnel, fonctionnement cognitif, problèmes financiers, relations interpersonnelles et temps de loisirs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de capacité d'autosoins, le niveau d'éducation à la santé, la capacité d'autoprotection et la capacité de contrôle émotionnel</li> <li>• L'amélioration des épisodes maniaques et dépressifs</li> <li>• capacité d'acquisition d'informations, la capacité de communication et d'interactions peuvent tous affecter la capacité de gestion de l'autosanté des patients.</li> </ul>	<p>Facilitateur : <u>l'éducation à la santé</u> des patients afin d'accroître la sensibilisation des patients à la maladie et d'améliorer la capacité d'autogestion des patients et l'effet de contrôle de la maladie et soutien par les pairs</p> <p>le soutien social (objectif et subjectif) et l'utilisation du soutien social peuvent tous affecter la capacité de gestion de l'autosanté des patients.</p>

