

**PRISE DE POSITION  
DE L'ACE :  
L'ERGOTHÉRAPIE  
POUR PRÉVENIR LE  
SUICIDE ET SOUTENIR  
LE RÉTABLISSEMENT**



## **Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie pour prévenir le suicide et soutenir le rétablissement**

Vision : Toutes les personnes ont accès à l'ergothérapie pour s'épanouir dans des occupations significatives qui favorisent l'adhésion à la vie, préviennent le suicide et améliorent la qualité de vie.

### APPELS À L'ACTION

- 1. Promouvoir l'adhésion à la vie par l'entremise de l'ergothérapie auprès des personnes et des communautés présentant un risque élevé de suicide.**
- 2. Promouvoir un accès équitable aux services permettant l'accomplissement d'occupations et ainsi réduire le nombre de décès par suicide.**
- 3. Intégrer la prévention du suicide, l'intervention et la postvention dans la formation en ergothérapie et dans le développement professionnel et ce, dans tous les contextes de pratique.**
- 4. Faire pression pour un accès systématique à l'ergothérapie afin de promouvoir l'engagement dans des occupations significatives et promouvoir l'adhésion à la vie.**
- 5. Financer l'intégration de l'ergothérapie dans les initiatives sociales et de santé afin de promouvoir les occupations au-delà de la survie.**

# CONTEXTE

**L'OCCUPATION** - « Ce concept comprend la réalisation quotidienne et ponctuelle d'activités menées par des personnes et des groupes, qui ont des incidences pour les personnes, les sociétés et la Terre. Les occupations reposent sur toute une gamme d'objectifs et de significations, réalisées de diverses façons ou formes » (Egan & Restall, 2022, p.345).

**LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPIE** - « le but de l'ergothérapie est la promotion de l'accès, de l'initiation, et du maintien de la participation continue à des occupations valorisées au sein de relations et de contextes signifiants » (Egan & Restall, 2022, p.1).

Cette prise de position a intentionnellement adopté une approche universelle pour l'ensemble du continuum c'est-à-dire la prévention du suicide, l'intervention et la postvention plutôt que sur les groupes à haut risque.

L'ergothérapie promeut l'accomplissement des occupations telles que les activités de la vie quotidienne, des expériences restauratrices, des occupations de nature sociale et permettant de contribuer à la société. L'ergothérapie soutient l'engagement dans des activités porteuses de sens, ainsi que l'exploration de moyens pour relier le passé et le présent à un avenir plein d'espoir (Hammell, 2009). La participation occupationnelle est un droit humain (FME, 2019) qui donne un sens à une vie digne d'être vécue. Comprendre la relation entre la prévention du suicide et l'occupation est essentiel à la promotion de la vie.

« *Les ergothérapeutes aident les gens à vivre, non seulement à rester en vie* » – Participant au groupe de discussion (communication personnelle, 13 avril 2022).

Au Canada, le suicide est l'une des dix principales causes de décès (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2019). En outre, pour chaque suicide, de nombreuses autres personnes peuvent être affectées de manière importante, et ce deuil peut augmenter leur risque de suicide (Cerel et al., 2019). Les répercussions du suicide sont non seulement émotionnelles et psychologiques mais également économiques. Au Québec, une étude de Vasiliadis, Lesage, Latimer et Sequin (2015) montre que « la mise en œuvre de programmes de prévention du suicide au Canada au niveau de la population est rentable » (p. 147). La prévalence élevée du suicide et du risque suicidaire justifie une approche communautaire de santé publique pour aborder sa prévention (ASPC, 2016; OMS, 2014). Bien que les ergothérapeutes et les assistants.es-ergothérapeutes aient un rôle à jouer dans la prévention du suicide, leurs contributions sont souvent sous-utilisées, voire absentes, ce qui laisse présager une augmentation des coûts pour les systèmes et de moins bons résultats individuels et communautaires (Hewitt, Hébert, Vrbanc et l'Association canadienne des ergothérapeutes, 2019).

Cette prise de position explique (a) *pourquoi* l'ergothérapie est essentielle à la prévention du suicide, (b) *quel* ensemble de compétences uniques l'ergothérapie apporte dans la prévention, l'intervention et la postvention, et (c) *comment* l'ergothérapie travaille pour promouvoir la vie et prévenir le suicide. L'histoire de Shanda illustre ensuite la valeur de l'ergothérapie pour faciliter le rétablissement et la mise en place d'un filet de sécurité lors d'une période suicidaire. (Voir l'Appendice A).

La participation occupationnelle prévient le suicide et favorise l'épanouissement et la satisfaction envers la vie.

## **POURQUOI L'ERGOTHÉRAPIE EST-ELLE NÉCESSAIRE?**

**1) L'occupation est importante.** *L'ergothérapie met l'accent sur l'importance d'occupations significatives comme moyen de s'engager dans la vie et de promouvoir le mieux-être.*

- a. La participation occupationnelle est un facteur de protection contre le suicide (Costanza et al., 2020).
- b. Les ergothérapeutes travaillent en partenariat avec les personnes, les proches et les communautés pour promouvoir l'adhésion à la vie, le plaisir et l'épanouissement.
- c. Les ergothérapeutes reconnaissent que la souffrance est un obstacle à la vie (Hewitt et al., 2019).
- d. L'ergothérapie facilite la participation aux occupations quotidiennes afin d'influencer et d'interrompre les pensées et les comportements suicidaires (Association canadienne des ergothérapeutes, n.d.).

**2) La justice occupationnelle fait le lien entre plusieurs systèmes et secteurs.** *Les ergothérapeutes défendent la justice occupationnelle pour tous en tant que droit de la personne (FME, 2019; Wilcock & Townsend, 2009).*

- a. Les ergothérapeutes facilitent l'accès à des occupations significatives, équitables, diversifiées et inclusives pour les personnes qui ont des idées suicidaires, ainsi que les personnes ayant perdu une personne par suicide.
- b. L'ergothérapie plaide en faveur de la réduction des forces sociales, culturelles, politiques et environnementales qui menacent les occupations fondamentales des personnes et l'accès à des possibilités occupationnelles d'épanouissement équitables.

**3) Le changement systémique est possible grâce à l'engagement occupationnel.** *L'ergothérapie favorise le changement systémique en évaluant, en développant et en appliquant une perspective occupationnelle, contextualisée, humaine et centrée sur la communauté.*

- a. L'engagement occupationnel peut contribuer à prévenir le suicide, favoriser l'épanouissement et le ressourcement.
- b. En collaboration avec les communautés, les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs, l'ergothérapie participe à la conception de politiques visant à réduire le suicide et à promouvoir l'adhésion à la vie.
- c. L'ergothérapie vise à tirer parti de la législation pour promouvoir des environnements sains et inclusifs et créer des opportunités d'engagement occupationnel.
- d. La formation en ergothérapie est investie dans l'enseignement des pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide, qu'il s'agisse de la prévention du suicide, de l'intervention ou de la postvention.

## **QUE FONT LES ERGOTHÉRAPEUTES?**

**1) Les ergothérapeutes ont une expertise reconnue dans le domaine de l'occupation.** *En équipe, l'ergothérapie contribue au mieux-être et à la prévention du suicide par l'entremise de l'engagement occupationnel individuel et collectif.*

- a. L'occupation contribue au mieux-être et à l'épanouissement en favorisant le sentiment d'appartenance, de connexion et d'interdépendance (Hammell, 2014).

- b. Les ergothérapeutes conçoivent avec les personnes et leurs proches un plan de sécurité spécifique de prévention du suicide qui inclut et privilégie l'engagement occupationnel (Straathof, 2022).

**2) Promouvoir la vie.** *Les ergothérapeutes ont une expertise pour accompagner les personnes et les communautés dans la participation de leurs occupations significatives, afin de promouvoir l'épanouissement plutôt que la survie et ainsi réduire le nombre de décès par suicide.*

- a. La relation dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation est au cœur de la pratique des ergothérapeutes (Law et al., 1996).
- b. Les ergothérapeutes abordent la souffrance dans une perspective qui leur est propre, afin de réduire le risque de suicide et de décès par suicide, et favorisent le rétablissement après un comportement suicidaire en offrant des possibilités de participation à des activités au quotidien.

**3) Rencontrer les gens là où ils en sont.** *Les ergothérapeutes adaptent les interventions selon les forces, les dispositions et l'environnement de la personne.*

- a. Les ergothérapeutes travaillent avec les personnes dans les environnements qu'elles choisissent, ce qui peut être par l'entremise de la télésanté, à leur domicile, dans les espaces communautaires, dans les cliniques ou dans les hôpitaux.
- b. L'ergothérapeute conçoit des interventions avec le juste degré de défi, en respectant les diverses valeurs et croyances des personnes, afin de soutenir leur cheminement pour atteindre leurs objectifs.

**4) Promouvoir l'occupation pour prévenir le suicide et favoriser la vie.**

- a. L'incapacité à gérer les activités de la vie quotidienne, telles que la gestion financière et les soins de santé, est le facteur le plus fortement associé aux idéations suicidaires (Dennis et al., 2009, p. 610).
- b. Les pertes d'indépendance, d'autonomie, de rôles, de participation aux activités significatives et d'un sentiment de liberté et d'identité sont considérées comme intolérables (Kjolseth et al, 1 et 2).
- c. Les prestataires de soins de santé et les membres de la famille des personnes décédées par suicide ont déclaré que la perte de leur capacité à vivre une vie comblée était plus pénible que la souffrance liée à la maladie (Kjolseth et al, 2010, p. 939).
- d. Aider les personnes âgées à préserver et à accomplir les activités de la vie quotidienne contribue à réduire les idées suicidaires (Kjolseth, 2014, p.2).
- e. L'utilisation de l'occupation pour aider les personnes âgées ayant ou risquant d'avoir des limitations dans les activités de la vie quotidienne peut réduire les idées suicidaires (Dennis, 2009, p. 612-613).

## **COMMENT L'ERGOTHÉRAPIE FONCTIONNE-T-ELLE?**

**1) L'agir et l'être sont importants.** *L'ergothérapie encourage la réalisation d'objectifs pour vivre le présent et construire un avenir plein d'espoir.*

- a. L'ergothérapie aide les personnes à accomplir des occupations qui leur permettent de faire ce qu'elles apprécient le plus.

- b. Ergothérapie développe des stratégies alignées sur les aspirations uniques des individus à être ce qu'ils veulent être; à exprimer librement leur identité.

**2) Une communication inclusive est privilégiée.** *L'ergothérapie inclut l'ensemble des personnes : les personnes suicidaires, leurs proches, les prestataires de service et les parties prenantes en communiquant avec respect, en partenariat et en demeurant centré sur la personne ou la communauté.*

- a. L'ergothérapie respecte les valeurs de la personne, facilite la prise de décision collaborative, minimise le risque de suicide et favorise l'adhésion à la vie.

**3) L'humilité culturelle et la réflexivité critique sous-tendent la collaboration (Beagan, 2015).** *Le rétablissement est cocréé par une approche en ergothérapie où la collaboration avec les personnes recevant des services, les prestataires de soins et les communautés remplacer par exercent une de l'humilité culturelle et la réflexivité*

*critique tout en cherchant à comprendre l'impact des inégalités.*

- a. Les ergothérapeutes comprennent les liens sociaux, culturels et intergénérationnels et luttent contre l'aliénation en façonnant l'identité individuelle, collective et socioculturelle.
- b. L'ergothérapie favorise une culture de travail qui prévient le suicide et promeut la vie par l'entremise de la participation occupationnelle.

## CONCLUSION

L'ergothérapie est une ressource avec une expertise sous utilisée dans la promotion de l'adhésion à la vie, afin de prévenir la mort par suicide et de vivre une vie porteuse de sens. Grâce au partenariat et à la coconstruction avec les individus, les familles et les communautés, l'ergothérapie facilite une transition dans les moments les plus sombres vers une vie pleine de lumière et d'espoir.

## RÉFÉRENCES

- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature: Des approches en matière de culture et de diversité: une synthèse critique de la littérature en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272–282.
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). (n.d.-b). Occupational therapy and suicide prevention. Retrieved from [https://www.caot.ca/document/6124/SuicidePrevention\\_fact%20sheet.pdf](https://www.caot.ca/document/6124/SuicidePrevention_fact%20sheet.pdf)
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. doi.org/10.1111/sltb.12450
- Costanza A, Amerio A, Odone A, Baertschi M, Richard-Lepouriel H, Weber K, Di Marco S, Prelati M, Aguglia A, Escelsior A, Serafini G, Amore M, Pompili M, Canuto A. Suicide prevention from a public health perspective. What makes life meaningful? The opinion of some suicidal patients. *Acta Biomed*. 2020 Apr 10;91(3-S):128-134. doi: 10.23750/abm.v91i3-S.9417.
- Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., & Meltzer, H. (2009). The influence of limitation in activity of daily living and physical health on suicidal ideation: Results from a population survey of Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 608–613. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0474-2>
- Egan, M., & Restall, G. (Eds) (2022). Promoting occupational participation: Collaborative, relationship-focused occupational therapy. Ottawa: CAOT
- Hammell, K. W. (2009). Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational “categories”. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 107-114.
- Hammell, K. R. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39-50. doi.org/10.1177/0008417413520489 doi:http://dx.doi.org/10.1177/0008417417734831
- Hewitt, K., Hébert, M., Vrbanac, H., & Canadian Association of Occupational Therapists. (2019). CAOT role paper: Suicide prevention in occupational therapy. Ottawa, ON: CAOT. Retrieved from <http://www.caot.ca/site/pt/rolepapers>
- Kjolselth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22:2, 209-218.
- Kjolselth, I., Ekeberg, O. & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging and Mental Health*, 14:8, 938-946.
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Mental Health Commission of Canada (MHCC). (2019). *Suicide Prevention*. Retrieved from <http://www.mentalhealth-commission.ca/English/focus-areas/suicide-prevention>
- Public Health Agency of Canada (2021). Suicide in Canada. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/suicide-prevention/suicide-canada.html>
- Public Health Agency of Canada (2016). Working together to prevent suicide in Canada: The federal framework for suicide prevention. Retrieved from [https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-prevention-framework.html?\\_ga=1.196695468.1213892812.1480081835](https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-prevention-framework.html?_ga=1.196695468.1213892812.1480081835)
- Roberts & Bannigan (2018). Dimensions of personal meaning from engagement in

occupations: a metasynthesis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(5) 212-223. p.389.

Straathof, T. (2022). Suicide safety plans: Content and process for implementation. *Occupational Therapy Now*. 24(0), 8-10.

Vasiliadis, H., Lesage, A.I., Latimer, E., & Seguin, M. (2015). Implementing suicide prevention programs: Costs and potential life years saved in Canada. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 18, 147-155.

World Health Organization (2014). Preventing suicide: A global imperative. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

World Federation of Occupational Therapists (2019). Position statement: Occupational therapy and human rights. Retrieved from <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-human-rights>

Wilcock, A.A. & Townsend, E.A. (2009). Occupational justice. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn & B.A. Boyt Schell (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11th ed., pp. 192-199). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.



## APPENDICE A

### **Shanda : Un exemple de l'impact que peut avoir l'ergothérapie**

*(Note : les détails de l'histoire de Shanda, y compris son nom, ont été modifiés pour protéger la confidentialité)*

Shanda, mère et épouse, vit avec son nourrisson, son enfant en bas âge et son conjoint. Son mari travaille à temps complet. Elle est en congé parental de son emploi de comptable. Shanda est traitée pour une dépression post-partum. À la clinique de périnatalité, elle se met à pleurer; elle n'arrive pas à faire face à la situation. Son médecin la réfère en ergothérapie.

L'ergothérapeute procède à une évaluation complète des occupations de Shanda et les répercussions de sa dépression sur la réalisation de celles-ci. Lorsque Shanda passe en revue ses activités quotidiennes, elle déclare qu'elle ne dort pas bien en raison des boires nocturnes et des difficultés de sommeil de son tout-petit. De plus, Shanda oublie de prendre sa médication. Elle se sent dépassée par ses responsabilités, n'a plus envie de se doucher et saute souvent des repas. Elle a perdu le contact avec ses amies et n'a ni le temps ni l'énergie pour faire de l'activité physique ou lire. Shanda et son mari hésitent à demander de l'aide. Elle veut réaliser ses rôles de « bonne » mère et de « bonne » épouse, mais a récemment eu des pensées suicidaires, pensant que sa famille se porterait mieux sans elle. Elle a envisagé de prendre une surdose de médicaments, juste pour avoir la paix.

L'ergothérapeute collabore avec Shanda et son mari pour définir conjointement les objectifs de l'intervention, qui comprennent la révision et le rétablissement d'habitudes saines en matière d'hygiène, de sommeil, de repas, de lecture, de loisirs et d'activités physiques; des stratégies pour la prise de médicaments, la reconnaissance et le recadrage des pensées négatives, l'apprentissage d'une meilleure affirmation de soi pour accroître le soutien à la maison, et la cocreation d'un plan complet de sécurité en cas d'idéation suicidaire. Ensemble, ils passent en revue les occupations qui donnent un sens et un but à Shanda - s'occuper du bébé, fréquenter des ami.es - et discutent des tâches et activités qui pourraient être déléguées. Un scénario d'affirmation de soi est mis en pratique pour aider Shanda à exprimer ses besoins aux autres et à accroître le soutien dont elle a besoin. Son mari nourrit le bébé la nuit pour qu'elle puisse dormir, et l'autre enfant ira dormir chez des amis deux nuits par semaine. Ils acceptent de travailler sur des menus hebdomadaires et d'accepter l'aide d'amis pour les repas. Ils engageront une aide pour faire la lessive et les gros travaux ménagers. Deux fois par semaine, ses amis marcheront avec elle, et les enfants, pour faire de l'exercice et passer du temps avec eux. Ils discutent des possibilités de réduire les moyens de se donner la mort en demandant à son mari de ranger les médicaments supplémentaires dans un coffre-fort et à Shanda d'utiliser un pilulier pour s'assurer qu'elle prend ses médicaments tels qu'ils lui ont été prescrits. Shanda et son mari expriment leur soulagement face à la participation occupationnelle proposée; un plan concret de rétablissement. Cette approche globale de l'examen des défis et des solutions pour gérer son mieux-être, son environnement domestique et ses occupations inspire à la famille la confiance qu'elle peut éviter une admission à l'hôpital. Ils sont heureux d'être allés au-delà des éléments de base d'un plan de sécurité en cas de suicide, pour relever les défis de manière pratique. Le plan de sécurité gère les risques actuels - l'accès à des moyens de se donner la mort - et reconnaît également les facteurs de protection tels que les sorties sociales avec des amis, et les exploite pour prévenir et réduire le risque de décès par suicide à l'avenir et, surtout, pour créer un changement sain durable par le plaisir de vivre et l'adhésion à la vie.



### **L'image du papillon**

L'image du papillon et de l'ergothérapeute représente la nouvelle prise de position de l'ACE : *L'ergothérapie pour prévenir le suicide et soutenir le rétablissement*, la vision de l'espoir par l'entremise de l'occupation. Les couleurs orange et jaune sont les couleurs de la sensibilisation à la prévention du suicide au Canada. Le papillon lui-même représente l'espoir et la possibilité de changement. Le papillon reposant sur l'ergothérapeute montre le lien entre l'espoir et l'occupation.

### **Les autrices:**

**Kim Hewitt-McVicker**, MSc. OT, OT Reg. (Ont.)

Assistant Clinical Professor, Occupational Therapy Program, School of Rehabilitation Science, Faculty of Health Sciences, McMaster University

**Marc Rouleau** MBA, erg.

Adjoint académique et responsable du développement professionnel continu, Programme d'ergothérapie, Université de Montréal

**Theresa Straathof**, BSc. OT, OT Reg. (Ont.)

Occupational Therapist, The Ottawa Hospital

**Nadine Larivière**, PhD, erg.

Professeure titulaire, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

**Heather Vrbanac-Cress**, MSc. OT, OT Reg. (Ont.)

Occupational Therapist / Regional Mentor & Trainer, CBI Health

**Debra Froese**, B.A., B.M.R., O.T.

OT Professional Practice Lead, Alberta Health Services

**Catherine M. White**, PhD, OT Reg NB

Prevention Coordinator, Horizon Health Network (Addiction and Mental Health Services)

**Michèle L. Hébert**, PhD, OT

Founder and Chair, Buds in Bloom/ Bourgeons en Éclat

Postdoctoral Scholar, Faculty of Rehabilitation Medicine, Occupational Therapy Department,

University of Alberta

**Mansi Patel**, MSc. OT, OT Reg. (Ont.)

Occupational Therapist, University Health Network

**Lorie J. Sheppard Shimmell**, MScRS, BHScOT, Retired

**Rachel Schooley**, MSc. OT, OT Reg. (Ont.)

Occupational Therapist / Founder, Spruce Tip Occupational Therapy Services (Inuvik, NT)

### **Citation:**

Hewitt-McVicker, K., Rouleau, M., Straathof, T., Larivière, N., Vrbanac-Cress, H., Froese, D., White, C., Hébert, M.L., Patel, M., Shimmell, L., Schooley, R., et Association canadienne des ergothérapeutes. (2023). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie pour prévenir le suicide et soutenir le rétablissement*. Ottawa, ON: ACE.