

SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

EFFET DES INTERVENTIONS PROPOSÉES
SUR LE RETOUR AU TRAVAIL

MARS 2017



JUSTINE HOULE, G1509940, PAULETTE GUITARD, 85-043

*JUSTINE HOULE EST ERGOTHÉRAPEUTE À L'HÔPITAL HORIZON SANTÉ-NORD À SUDBURY, ONTARIO.
PAULETTE GUITARD EST PROFESSEURE AGRÉGÉE, DIRECTRICE ET DOYENNE ASSOCIÉE, À L'ÉCOLE DES
SCIENCES DE LA RÉADAPTATION, UNIVERSITÉ D'OTTAWA.***INTRODUCTION**

Les gens ayant des troubles de santé mentale éprouvent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, notamment le travail. Certains d'entre eux sont obligés de quitter leur emploi ou d'arrêter de travailler, car ils sont incapables de répondre aux exigences attendues. Ils ont souvent besoin d'aide pour réintégrer le marché du travail. Une clinique d'ergothérapie de Gatineau dessert des adultes ayant des troubles de santé mentale en arrêt de travail et qui ont comme but d'y retourner. Cette clinique cherche à soutenir sa clientèle à travers ce processus de transition à l'aide de diverses interventions : un programme de réadaptation au travail, le yoga, le bénévolat et la cuisine collective. Une évaluation de programme a été effectuée pour déterminer l'effet des diverses interventions offertes sur le retour au travail.

DESCRIPTION DE LA CLINIQUE

L'équipe comprend une ergothérapeute et une *coach* certifiée en programmation neurolinguistique (PNL). L'ergothérapeute se concentre plutôt sur les concepts de santé, d'occupation, d'indépendance et de bien-être de la personne, alors que la *coach* certifiée fournit les outils de changements pour que le client puisse mieux pratiquer la résolution de problèmes et réaliser ses propres buts. Les clients s'auto-réfèrent ou sont référés par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Le Programme de réadaptation au travail, d'une durée de 12 semaines, vise un retour au travail durable. Ce programme encourage le développement des capacités de la personne ainsi que ses habiletés de

travail. Tous les clients référés à la clinique doivent compléter le programme de réadaptation au travail. Selon leurs besoins, trois autres interventions peuvent aussi être proposées [Tableau 1] :

1. YOGA ADAPTÉ : mettant l'accent sur les techniques de respiration, d'apaisement mental et d'équilibre dans le but de développer des habiletés de concentration et favoriser le sommeil, la relaxation de même que la remise en forme progressive.
2. BÉNÉVOLAT : une occasion de redonner à la communauté en faisant du bénévolat au sein de la Fondation québécoise du cancer sous forme de projets à court terme, comme participer à la campagne de financement corporative de la Fondation.
3. CUISINE COLLECTIVE : vise à promouvoir l'autonomie et la motivation des participants tout en préparant des repas nutritifs pour leurs familles.

RECENSION DES ÉCRITS

Chacune des différentes interventions offertes à la clinique semble bénéfique pour les gens présentant des troubles de santé mentale. Le yoga réussit à atténuer plusieurs émotions négatives qui surgissent lors des moments stressants, à alléger des sentiments de tension, d'anxiété, de dépression, de colère, d'hostilité, de fatigue, d'inertie, de confusion et de perplexité (Lavey et coll, 2005), à améliorer l'humeur, le fonctionnement occupationnel et les habiletés sociales des personnes ayant des troubles d'anxiété, de dépression ou de schizophrénie (Panesar et Valachova, 2011) et est peu coûteux. Toutefois, peu d'études démontrent un lien direct entre le yoga et le travail.

Le bénévolat peut être une occupation très signifiante et les études ont démontré qu'il peut grandement contribuer au processus de rétablissement chez la personne atteinte de problèmes mentaux (Kaplan, Salzer et Brusilovskiy, 2012). Il favorise le développement de nouvelles connaissances et compétences, la confiance, la création d'amitiés et la manifestation/poursuite de nouveaux intérêts (Williams, 2012). Le bénévolat peut favoriser de nouvelles expériences de travail; en fait, le bénévolat offre une certaine protection puisque les responsabilités y étant associées sont souvent moindres que celles associées à l'emploi (Williams).

Les cuisines collectives (CC) regroupent des individus qui se rencontrent régulièrement afin de préparer, cuisiner et parfois partager un repas ensemble. Elles ont été conçues dans le but de promouvoir la consommation d'aliments nutritifs ainsi que le développement de compétences culinaires (Iacovou, Pattison, Truby et Palermo, 2012; Engler-Stringer et Berenbaum, 2007). Iacovou et ses collègues ont démontré que 81 % des participants ont réussi à améliorer leur régime alimentaire après avoir fait appel aux CC. Les CC entraînent de nombreux autres bienfaits tels qu'une augmentation de l'estime de soi, du sens d'appartenance, de l'intégration collective et de la capacité à se fixer des buts, de même que le rétablissement d'occupations productives (Lee, McCartan, Palermo et Bryce, 2010; Immink, 2001; Fano, Tyminski et Flynn, 2004; Iacovou et coll.). Plus précisément, Engler-Stringer et Berenbaum suggèrent que la CC procure des sentiments de confort et de réassurance chez la population ayant des problèmes de santé mentale. Lee et coll. ont démontré que la participation aux CC a redonné le goût de vivre à une clientèle présentant des troubles cognitifs, diminué les sentiments néfastes des participants face à leur intégration communautaire, favorisé des compétences de base qui seront utiles à travers la réalisation de toute activité de la vie quotidienne et encouragé l'autonomie (Broekema, Danz et Schlomer, 1975). Les CC peuvent réduire l'abus de drogues chez les gens présentant des troubles de dépendances (Rosenblum, Magura, Kayman et Fong, 2005), augmenter la collaboration dans le groupe et la motivation des membres qui y participent (Broekema et coll.; Iacovou et coll.; Lee et coll.), diminuer

l'isolement et encourager le partage de ressources entre participants (Engler-Stringer et Berenbaum; Wilson, 2013; Fridman et Lenters, 2013; Fano et coll.; Rosenmeier, 1954; Furber, Quine, Jackson, Laws et Kirkwood, 2010). Broekema et coll. stipulent que 20 % des individus se sont trouvés un emploi immédiatement après le programme de CC; pour les autres 80 %, le programme de CC a mené à une entrevue pour un emploi, a permis de faire des appels téléphoniques pour pouvoir se renseigner davantage sur les exigences, ou encore de retourner aux études afin d'obtenir de la formation additionnelle. Enfin, les CC aident à diminuer l'effet de stigmatisation en augmentant le sentiment de fierté (Engler-Stringer et Berenbaum; Fridman et Lenters).

En résumé, les études ont démontré les bienfaits des diverses interventions proposées à la clinique pour la clientèle desservie. Cependant, peu de liens directs ont été établis entre leur utilisation et le retour au travail. La clinique cherche à identifier s'il existe véritablement une relation directe entre la participation à ces interventions et le retour au travail pour sa clientèle. Plus spécifiquement, l'étude vise à déterminer 1) l'impact du passage à la clinique sur le niveau de fonctionnement des clients; 2) si les services reçus préparent les clients pour un retour au travail; 3) les interventions qui sont les plus bénéfiques pour les clients; et 4) quelle intervention (le yoga, le bénévolat, ou la cuisine collective) favorise le plus le retour au travail, ou quelle « combinaison » d'interventions est la plus bénéfique.

MÉTHODE

Ce projet se veut principalement une évaluation de programme et a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. Les résultats des participants ont été comparés pré à post interventions afin de mesurer l'effet des diverses interventions offertes, et pour déterminer quelle intervention ou combinaison d'interventions favorise le plus le retour au travail.

Recrutement et collecte des données

Tous les nouveaux clients sur une période de quatre mois ont reçu, à leur première rencontre, une lettre

[suite page 04]

d'informations expliquant les détails du projet et un formulaire de consentement. Les clients qui souhaitent participer devaient compléter le formulaire de consentement et le remettre à la deuxième rencontre. La clinique a choisi d'utiliser la partie 1 du *Life Functioning Questionnaire (LFQ)* (Altshuler, Mintz et Leight, 2002) afin d'évaluer l'effet des interventions puisqu'il permet de répondre aux objectifs visés. Cet outil multidimensionnel est une auto-évaluation. La partie 1 du LFQ comprend 14 items qui mesurent le fonctionnement relatif aux rôles de la personne ayant un trouble de santé mentale et prend environ cinq minutes à compléter. Quatre domaines principaux sont évalués, notamment les loisirs avec amis, les loisirs avec la famille, les tâches à domicile ainsi que les tâches au travail. Le client doit évaluer chaque item sur une échelle de Likert de quatre points (1= aucune difficulté avec le rôle, 2= problème léger, 3= problème modéré et 4= problème sévère). Un score moyen de > 2 peu importe le domaine (donc, groupe d'items) indique une difficulté de fonctionnement de rôle (Altshuler et coll.). Le LFQ présente une consistance interne élevée (alpha Cronbach 0,84 pour tous les items) et une bonne fidélité test-retest ($r=0,70$ à $0,80$) (Altshuler et coll.). Cependant le LFQ n'est disponible qu'en anglais. Puisque la quasi-totalité de la clientèle de la clinique est francophone, l'outil a été traduit selon les premières étapes de la méthode transculturelle et inversée de Vallerand (1989). D'abord, la version originale de l'outil a été traduite de l'anglais au français par deux étudiantes en réadaptation de façon complètement indépendante. La méthode de Vallerand demande des traducteurs professionnels, par contre, ceci fut impossible faute de fonds. L'utilisation de deux personnes a été utile afin d'éviter l'apparition de biais. Par la suite, l'équipe de recherche a repris ces deux traductions francophones afin d'en arriver à une seule version préliminaire. Ensuite, cette version préliminaire fut donnée à deux ergothérapeutes anglophones pour qu'elles puissent la retraduire indépendamment en anglais. Ces deux individus n'ont pas eu accès à la version originale durant la traduction, ainsi elles étaient totalement aveugles à l'outil et au processus. L'équipe de recherche a comparé ces deux traductions en anglais à la version originale de l'outil afin de noter les ressemblances et les différences. Si le sens des mots et des phrases

était le même que celui de la version originale, le terme proposé fut conservé dans la version retraduite. Toutes incertitudes ont été identifiées pour discussion avec l'équipe de la clinique. À la fin de ce processus, l'équipe de recherche s'est rassemblée avec les intervenantes afin de finaliser la version française expérimentale intitulée le "Questionnaire du fonctionnement de vie (QFV)". Le QFV, ainsi qu'une liste de questions supplémentaires, ont été utilisés pour mesurer les résultats pré et post interventions. Ces outils ont été complétés par tous les clients avant l'intervention (avant la fin de la deuxième session) et après l'intervention (à la dernière rencontre du programme de 12 semaines). Cette tâche a nécessité environ 20 minutes à chaque rencontre. Seuls les documents des clients ayant donné leur consentement ont été acheminés à l'équipe de recherche pour analyse.

ANALYSE DES DONNÉES ET RÉSULTATS

Un total de six individus répondant aux critères d'inclusion ont accepté de participer. De ces six individus, un n'a pas retourné les formulaires d'évaluation et un n'a pas terminé le programme et n'a donc pas complété le questionnaire post interventions. Ainsi, un total de quatre clients a participé au projet. Les participants étaient âgés entre 36 et 56 ans (moyenne de 49,75 ans) et étaient en arrêt de travail entre 6 à 18 mois avant d'avoir fait appel aux services de la clinique. Seulement un participant a suivi les quatre interventions proposées [Tableau 2]. Les tests statistiques non paramétriques de Wilcoxon (1945) et de Kruskal et Wallis (1952) n'ont pu être utilisés étant donné la taille de l'échantillon ($n=4$). De plus, comme les participants n'ont pas tous suivi le même parcours d'interventions, les variables sont multiples et rendent encore plus difficiles les analyses statistiques. Une analyse comparative des résultats au QFV a été menée [Tableau 4].

Changements vécus

À la suite du programme d'interventions de 12 semaines, tous les participants ont indiqué un changement dans leur condition. En fait, les trois quarts des participants sont retournés au travail et ont

¹Disponible auprès des auteures

rapporté une amélioration de leur productivité au travail. Un participant rapporte ne pas être retourné en raison d'une instabilité de sa condition non contrôlée par médicaments. Tous les participants ont vu une augmentation du temps passé à réaliser des activités de loisirs avec leur famille. Les trois quarts des participants ont rapporté une amélioration (plaisir/satisfaction) dans les loisirs avec leur famille. Des trois participants qui ont rapporté vivre des conflits avec leur famille avant le début des interventions, deux d'entre eux ont rapporté voir une amélioration dans ce domaine suite à celles-ci. Sur le plan du fonctionnement avec les amis, les deux participants qui ont rapporté vivre des difficultés relatives aux loisirs et aux conflits pré interventions ont vécu une amélioration post interventions [Tableau 3]. La moitié des participants ont rapporté être capables de gérer leurs émotions pendant plus longtemps afin de leur permettre de travailler. Tous les participants ont rapporté soit une diminution ou aucun changement dans au moins un des aspects des tâches à domicile, soit au plan des conflits, du plaisir, du temps ou de la performance. Par contre, un des participants rapporte une augmentation de conflits avec autrui en effectuant ses responsabilités domestiques post interventions. Bref, c'est le domaine des tâches à domicile qui a présenté le moins d'améliorations significatives.

Interventions identifiées comme les plus bénéfiques

Selon une échelle de 1 à 10, (1= très peu et 10=énormément), tous les participants ont rapporté que le programme de base de réadaptation au travail leur a permis de développer des outils et d'améliorer leur état de santé ($x = 8,5/10$), eu un impact favorable sur leur niveau d'énergie ($x = 7,5/10$) et un impact favorable sur leur niveau de motivation à se réinvestir dans l'action ($x = 8,75/10$). Tous ceux qui ont vécu un retour au travail post interventions ont rapporté que les services offerts à la clinique les avaient préparés à ce retour (> 7/10). Les participants ont également noté que l'approche des intervenantes, les séances centrées sur le client, les explications fournies et le respect du rythme des participants ont été des éléments bénéfiques de cet accompagnement.

DISCUSSION

Selon les résultats obtenus, les trois quarts des participants sont retournés progressivement au travail à la suite du programme de réadaptation et des séances de yoga offerts par la clinique, ce qui représente un taux de réussite de 75 %. Bien qu'il ne soit pas possible de conclure qu'il existe une relation directe entre la participation aux interventions offertes à la clinique et le retour au travail en raison du faible taux de participation, les participants croient que les services reçus lors du programme de réadaptation au travail les ont aidés à se préparer à un retour au travail (score moyen 8,7/10 post interventions). Selon le questionnaire supplémentaire qui a été fourni à l'évaluation finale, les participants ont rapporté que le programme dans son ensemble a favorisé leur retour au travail. Bien que les participants aient tous suivi un parcours de réadaptation différent, les éléments constants sont le programme de réadaptation et le yoga. Panesar et Valachova (2011) ont stipulé que le yoga réussit à améliorer le fonctionnement occupationnel des gens présentant des troubles de santé mentale grâce aux effets de relaxation que cette activité offre sur le tonus sympathique du corps. Le yoga pourrait donc être bénéfique à pratiquer si le retour au travail est un objectif ciblé.

De plus, selon le QFV, chacun des participants rapporte une amélioration quant à leur capacité fonctionnelle dans une ou plusieurs des sphères d'activités de loisirs avec famille ou avec amis et des responsabilités au travail. Les tâches à domicile demeurent, cependant, le domaine où il y a eu le moins d'impact selon tous les participants. Il est possible que la culture nord-américaine préfère combler le besoin d'appartenance en cherchant à effectuer des loisirs avec les proches plutôt que de s'occuper des responsabilités à domicile telles que l'entretien ménager, la préparation de repas, le lavage, etc. Selon Saxbe, Repetti et Graesch (2011), les gens qui s'engagent à accomplir des tâches domestiques suite à une journée de travail, plutôt que de s'investir dans des activités de loisirs, démontrent de faibles taux de récupération de l'après-midi à la soirée et des taux élevés de cortisol. Ceux-ci semblent avoir de la

difficulté à s'adapter après le travail. Il semble que les participants concentrent leur énergie pour le travail et les loisirs; il ne leur reste plus d'énergie pour les tâches et les responsabilités domestiques. Certains expliquent sur le questionnaire post interventions qu'ils vivent toujours des problèmes de concentration, de la difficulté à entreprendre des actions, à accomplir plus d'une tâche à la fois et qu'ils se sentent que les participants sont relativement jeunes. Ceci pourrait expliquer la priorité accordée au travail, car le travail est une activité principale à cet âge dans la culture occidentale. Les résultats suggèrent que s'investir dans les loisirs a eu un impact positif sur le retour au travail des participants. Par conséquent, il se peut que les participants n'aient pas l'énergie nécessaire pour pouvoir s'occuper des tâches à domicile à la suite d'une journée de travail, et qu'ils préfèrent mettre l'énergie qui leur reste dans des activités de divertissement avec leurs familles et leurs amis.

Il n'est pas possible de déterminer quelle composante de l'intervention favorise le plus le retour au travail en raison du faible taux de participation et du manque de variété dans les différentes interventions offertes par la clinique. Par exemple, tous les participants ont suivi les programmes de réadaptation au travail et de yoga mais un seul a participé au bénévolat et à la cuisine collective. Toutefois, il semblerait que la population présentant des troubles de santé mentale en arrêt de travail et qui désire y retourner pourrait profiter d'un programme de réadaptation qui offre principalement des séances de motivation, des services d'engagement et des cours de yoga. Selon les résultats, le programme semble aider les gens à s'intégrer dans les loisirs, soit avec leurs familles ou leurs amis, en augmentant leur fonctionnement durant ces activités. Les résultats suggèrent que le programme de réadaptation ainsi que les cours de yoga ont permis aux participants de mieux reconnaître leurs émotions et de libérer leurs tensions, stress et anxiété, comme indiqué par Panesar et Valachova (2011). Lavey et ses collègues (2005) ont également expliqué que le yoga réussit à atténuer certaines émotions négatives qui surgissent lors des moments stressants. Il semblerait donc que le programme de réadaptation de la clinique a surtout aidé au plan de la gestion des symptômes de sa clien-

tèle. Comme Shannahoff-Khalsa (2004) l'a décrit, le yoga permet au client de mieux se mettre à l'écoute de son corps et de soi. L'individu qui a participé aux interventions de bénévolat et de CC a rapporté que le programme lui a permis de conserver ses acquis et qu'il est maintenant en retour progressif, travaillant à temps partiel. Ceci soutient l'étude de Kaplan et coll. (2012) qui stipule que le bénévolat peut être positivement corrélé au processus de rétablissement chez la personne ayant des problèmes mentaux. Cette personne a également rapporté une amélioration de ses relations avec autrui, et se sent plus autonome. Les études suggèrent que les cuisines collectives peuvent encourager l'autonomie (Broekema, et coll., 1975) et renforcer les réseaux sociaux (Engler-Stringer et Berenbaum, 2007; Wilson, 2013, Fridman, et Lenters, 2013; Fano et coll., 2004; Rosenmeier, 1954; Furber, et coll., 2010).

Limites de l'étude

Bien que l'étude ait démontré certains résultats prometteurs, elle ne permet pas de tirer des conclusions étant donné le faible taux de participation et le manque de variété dans les interventions. De plus, certaines combinaisons d'interventions n'ont pu être étudiées. Ainsi, il est impossible de conclure quelle combinaison a favorisé le plus le retour au travail. Les questions ajoutées au QFV n'ont pas été validées auprès de la clientèle avant la cueillette de données. Lors de l'analyse des résultats, il fut noté que les réponses des participants manquaient parfois de détails et ne permettaient pas de cibler précisément les aspects des interventions qui ont contribué aux résultats. La formulation de certaines questions aurait pu être améliorée pour obtenir des résultats plus précis.

Perspectives futures de la recherche

Pour des résultats plus concluants, il serait nécessaire de mener des recherches supplémentaires pour déterminer quelle intervention ou combinaison d'interventions favorisent le plus le retour au travail. D'abord, il faudrait augmenter le taux de participation. Idéalement, il faudrait avoir un nombre équilibré de participants pour chaque intervention offerte afin de mieux comparer les résultats. Il pourrait aussi

être utile de revoir les questions ajoutées au QFV. Afin d'obtenir plus d'informations descriptives quant aux expériences des participants reliées au programme de réadaptation, il pourrait être avantageux d'utiliser des entrevues semi-structurées au lieu de questionnaires. Enfin, il pourrait être intéressant d'effectuer une étude semblable dans une culture différente afin de comparer les résultats. Par exemple, il se peut que la culture de l'Amérique latine valorise plutôt les relations sociales que le travail, alors que la culture hispanique mettrait plus d'accent sur les responsabilités domestiques. Il est alors possible que l'accent puisse être mis sur les loisirs ou sur les tâches domestiques dans une autre culture plutôt que sur le travail, comme c'est le cas pour la culture occidentale.

CONCLUSION

En somme, il semblerait que la participation aux programmes de réadaptation au travail et de yoga à la clinique améliore le niveau de fonctionnement lors des activités de loisirs avec famille ou avec amis et aide au retour au travail. Par contre, l'évaluation de programme démontre que les participants n'accordent pas autant d'importance aux tâches à domicile lorsque l'objectif principal est le retour au travail. Selon les participants, l'approche des intervenantes et les philosophies qui ont guidé la clinique ont été les éléments de l'accompagnement qui furent les plus bénéfiques pour chacun d'entre eux.

Pour joindre les auteures :
jhoule@hsnsudbury.ca
guitardp@uottawa.c

[suite page 08]

Tableau 1
Résumé des différentes combinaisons d'interventions offertes à la clinique

Programme de réadaptation au travail (12 semaines)	Programme de réadaptation au travail + yoga	Programme de réadaptation au travail + bénévolat	Programme de réadaptation au travail + cuisine collective	Programme de réadaptation au travail + yoga + bénévolat	Programme de réadaptation au travail + yoga + cuisine collective	Programme de réadaptation au travail + bénévolat + cuisine collective	Toutes les interventions
- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement	- services de motivation et d'engagement
- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail	- programme de réadaptation au travail
- ergothérapie	- ergothérapie	- ergothérapie	- ergothérapie	- ergothérapie	- ergothérapie	- ergothérapie	- ergothérapie
- coaching en PNL	- coaching en PNL	- coaching en PNL	- coaching en PNL	- coaching en PNL	- coaching en PNL	- coaching en PNL	- coaching en PNL
- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min	- 1x/semaine pour 60 min
	- session de yoga (1x/semaine pour 1h15)	- projet avec la Fondation québécoise du cancer (4 étapes intermittentes pour un minimum de 60min/étape)	- 3h/session de CC - cueillette de fruits frais - périodes d'échanges - préparation de repas	- session de yoga (1x/semaine pour 1h15) - projet avec la Fondation québécoise du cancer (4 étapes intermittentes pour un minimum de 60min/étape)	- session de yoga (1x/semaine pour 1h15) - 3h/session de CC - cueillette de fruits frais - périodes d'échanges - préparation de repas	- projet avec la Fondation québécoise du cancer (4 étapes intermittentes pour un minimum de 60min/étape) - 3h/session de CC - cueillette de fruits frais - périodes d'échanges - préparation de repas	- projet avec la Fondation québécoise du cancer (4 étapes intermittentes pour un minimum de 60min/étape) - 3h/session de CC - cueillette de fruits frais - périodes d'échanges - préparation de repas - session de yoga (1x/semaine pour 1h15)

Tableau 2
Caractéristiques démographiques des participants

Caractéristiques	Fréquence (n=4)	Pourcentage
Genre		
Hommes	1	25%
Femmes	3	75%
Âge		
18 à 28 ans		
29 à 38 ans	1	25%
39 à 48 ans	3	75%
49 à 59 ans		
60 ans +		
Diagnostic principal		
Dépression majeure	2	50%
Syndrome de stress post-traumatique	1	25%
Inconnu	1	25%
Temps en arrêt de travail avant avoir reçu des services de la Clinique DUO		
0 à 6 mois		
6 à 12 mois	2	50%
12 à 18 mois	2	50%
18 à 24 mois		
Interventions		
Programme de réadaptation au travail	4	100%
Yoga	4	100%
Bénévolat	1	25%
Cuisine collective	1	25%

Tableau 3
Résultats obtenus de pré à post interventions

	Amélioration	Aucun changement	Détérioration
F ₁	- Activités de loisirs avec amis (dans chacune des 3 sphères) - Activités de loisirs avec famille (temps et plaisir) - Tâches à domicile (temps, conflit et plaisir) - Retour au travail - Peut maintenir état émotif stable pour se permettre de travailler - Symptômes physiques n'interfèrent plus avec fonctionnement	- Tâches à domicile (performance) - Activités de loisirs avec famille (conflit)	
F ₄	- Activités de loisirs avec amis (temps) - Activités de loisirs avec famille (conflit) - Tâches à domicile (plaisir)	- Activités de loisirs avec amis (conflit et plaisir) - Activités de loisirs avec famille (plaisir)	- Tâches à domicile (conflit)
F ₅	- Activités de loisirs avec famille (temps et plaisir) - Tâches à domicile (performance) - Responsabilités au travail (dans chacune des 4 sphères) - Peut maintenir état émotif stable pour se permettre de travailler	- Activités de loisirs avec amis (dans chacune des 3 sphères) - Activités de loisirs avec famille (conflit) - Tâches à domicile (temps, plaisir et conflit)	- Tâches à domicile (temps, performance) - N'est pas retourné au travail
H ₁	- Activités de loisirs avec amis (toutes les 3 sphères) - Activités de loisirs avec famille (dans chacune des 3 sphères) - Tâches à domicile (temps, conflit et performance) - Retour au travail	- Tâches à domicile (plaisir)	

Tableau 4
Fonctionnement de rôles des participants de pré à post interventions selon le QVF

Participants	Loisirs avec amis	Loisirs avec famille	Tâches à domicile	Responsabilités de travail
F ₄	Pré interventions : 1,67 Post intervention : 1,3	Pré interventions : 2,0* Post interventions : 1,3	Pré interventions : 2,3* Post interventions : 1,75	Pré interventions : N/A Post interventions : N/A
F ₁	Pré interventions : 3,0* Post interventions : 1,0	Pré interventions : 2,3* Post interventions : 1,0	Pré interventions : 2,75* Post interventions : 2,5*	Pré interventions : N/A Post interventions : 1,5
F ₅	Pré interventions : N/A Post interventions : N/A	Pré interventions : 2,3* Post interventions : 1,0	Pré interventions : 3,0* Post interventions : 3,3*	Pré interventions : 3,25* Post interventions : 2,0*
H ₁	Pré interventions : 2,67* Post interventions : 1,0	Pré interventions : 3,0* Post interventions : 1,67	Pré interventions : 2,5* Post interventions : 1,5	Pré interventions : N/A Post interventions : 1,0

* Ce résultat indique une difficulté de fonctionnement de rôles selon le QVF (Altshuler et coll., 2002)

RÉFÉRENCES

Altshuler, L., Mintz, J. et Leight, K. (2002). The Life Functioning Questionnaire (LFQ): A brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research, 112*(1), 161-182.

Broekema, M. C., Danz, K. H. et Schloemer, C. U. (1975). Occupational therapy in a community aftercare program. *American Journal of Occupational Therapy, 29*(1), 22-27.

Engler-Stringer, R. et Berenbaum, S. (2007). Exploring Food Security With Collective Kitchens Participants in Three Canadian Cities. *Qualitative Health Research, 17*(1), 75-84. doi: 10.1177/1049732306296451

Fano, T. J., Tyminski, S. M. et Flynn, M. A. T. (2004). Evaluation of a Collective Kitchens Program : Using the Population Health Promotion Model. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 65*(2), 72-80.

Fridman, J. et Lenters, L. (2013). Kitchen as food hub: Adaptive food systems governance in the City of Toronto. *Local Environment, 18*(5), 543-556. doi: 10.1080/13549839.2013.788487

Furber, S., Quine, S., Jackson, J., Laws, R. et Kirkwood, D. (2010). The role of a community kitchen for clients in a socio-economically disadvantaged neighbourhood. *Health Promotion Journal of Australia, 21*(2), 143-145.

Iacovou, M., Pattieson, D. C., Truby, H. et Palermo, C. (2012). Social health and nutrition impacts of community kitchens: A systematic review. *Public Health Nutrition, 16*(3), 535-543. doi: 10.1017/S1368980012002753

Immink, M. D. C. (2001). People's Community Kitchens in Peru : Women's Activism Pro Urban Food Security. *Ecology of Food and Nutrition, 40*(6), 699-705.

Kaplan, K., Salzer, M. S. et Brusilovskiy, E. (2012). Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. *The Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(3), 219-229.

Kruskal, W. H. et Wallis, W.A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association, 47*(260), 583-621.

Lavey, R., Sherman, T., Mueser, K. T., Osborne, D. D., Currier, M. et Wolfe, R. (2005). The effects of Yoga on Mood in Psychiatric Inpatients. *The Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(4), 399-402.

Lee, J. H., McCartan, J., Palermo, C. et Bryce, A. (2010). Process evaluation of Community Kitchens : Results from two Victorian local government areas. *Health Promotion Journal of Australia, 21*(3), 183-188.

Panesar, N. et Valachova, I. (2011). Yoga and Mental Health. *Australasian Psychiatry, 19*(6), 538-539.

Rosenblum, A., Magura, S., Kayman, D. J. et Fong, C. (2005). Motivationally enhanced group counseling for substance users in a soup kitchen: A randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence, 80*(1), 91-103. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.03.012

Rosenmeier, M. R. (1954). Cooking; a therapy for the mentally ill patient. *Journal of the American Dietetic Association, 30*(5), 470-474.

Saxbe, D. E., Repetti, R. L. et Graesch, A. P. (2011). Time spent in housework and leisure: links with parents' physiological recovery from work. *Journal of Family Psychology, 25*(2), 271.

Shannahoff-Khalsa, D. S. (2004). An introduction to Kundalini yoga meditation techniques that are specific for the treatment of psychiatric disorders. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine, 10*(1), 91-101.

Shannahoff-Khalsa, D. S. (2004). An introduction to Kundalini yoga meditation techniques that are specific for the treatment of psychiatric disorders. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine, 10*(1), 91-101.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680.

Williams, A. (2012). Employment—hope and reality. *Mental Health and Social Inclusion, 16*(4), 201-205.

Wilson, A. D. (2013). Beyond Alternative : Exploring the Potential for Autonomous Food Spaces. *Antipode, 45*(3), 719-737. doi: 10.1111/j.1467-8330.2012.01020.x

Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin, 1*(6), 80-83.