



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

L'ERGOTHÉRAPEUTE AU SEIN DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN PREMIÈRE LIGNE

ADULTE

RECHERCHE ET RÉDACTION

Catherine Vallée, erg., Ph.D.

COORDINATION

Françoise Rollin, erg., M.A.P., présidente
Ordre des ergothérapeutes du Québec

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

Catherine Briand, erg., Ph.D.

Lucie Hébert, erg., Ph.D.

Anne-Marie Nader, erg., B.Sc.

Lise Petitclerc, erg., M.Sc.

AUTRES COLLABORATEURS

Plusieurs ergothérapeutes exerçant dans le secteur de la santé mentale ont contribué au présent document par les liens qu'ils ont entretenus avec les collaborateurs principaux.

SOUTIEN À LA RÉDACTION

Louise Tremblay, erg., LL.M., directrice – Affaires externes et développement de la profession
Ordre des ergothérapeutes du Québec

Droits d'auteur

Le contenu de ce document est la propriété de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et il est protégé par les lois applicables. La reproduction intégrale d'extraits est interdite sauf à la suite de l'accord donné par écrit par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec ou à moins que telle reproduction partielle ou totale soit faite strictement dans le cadre d'une exception prévue à la Loi sur les droits d'auteur du Canada et avec mention de la source.

Le présent document peut être consulté à la page « Publications » du site Web de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec dont l'adresse est : www.oeq.org

Août 2009

Ordre des ergothérapeutes du Québec
2021, av. Union, bureau 920
Montréal, Québec H3A 2S9
Téléphone : 514 844-5778 ou 1 800 265-5778
Télécopieur : 514 844-0478
www.oeq.org

PRÉAMBULE

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) (1) préconise un ensemble de mesures afin de consolider le système québécois de santé mentale, dont une part substantielle concerne le développement de services en première ligne. Or, dans les efforts de transformation en cours, on dénote une faible intégration des ergothérapeutes au sein de ces services. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (l'Ordre) avait d'ailleurs déploré, lors de la publication du PASM, que le rôle des ergothérapeutes n'y soit pas mentionné, contrairement à celui de plusieurs autres professionnels faisant partie des équipes multidisciplinaires. Le rôle et la contribution des ergothérapeutes à cet égard demeurent donc encore, malheureusement, sous-estimés voire méconnus de certains. Pourtant, des besoins de réadaptation existent en première ligne. La pertinence d'interventions visant à soutenir le fonctionnement des individus, la reprise et le maintien de leurs occupations ne peuvent se limiter aux clientèles aux prises avec des troubles mentaux graves ou qui consultent en deuxième ligne.

Le présent document vise à mettre en évidence la contribution des ergothérapeutes au sein des services en première ligne, tout en respectant les priorités du PASM. À cette fin, les compétences des ergothérapeutes seront présentées en établissant des liens directs avec la pratique dans le secteur de la santé mentale. Par la suite, la contribution des ergothérapeutes au regard des différents services préconisés par le PASM sera élaborée à partir des pratiques existantes et de données probantes, en mettant l'accent sur les clientèles-cibles de ces services. Les composantes des services destinés aux adultes seront utilisées : l'équipe de base en santé mentale, les services de suivi d'intensité variable, la prévention des troubles de la santé mentale et la promotion de la santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
TABLE DES MATIERES	2
LES COMPÉTENCES DES ERGOTHÉRAPEUTES	3
LE CHAMP D'EXERCICE ET LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES.....	3
LA FORMATION.....	5
LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	5
LES SOINS DE COLLABORATION.....	6
LES ÉQUIPES DE BASE EN SANTÉ MENTALE ADULTE	7
LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET LES TROUBLES ANXIEUX	7
LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	8
LES TROUBLES MENTAUX GRAVES STABILISÉS	8
LES JEUNES PSYCHOTIQUES (PREMIERS ÉPISODES)	9
LES PROBLÈMES COMPLEXES	9
Concomitance de problèmes de santé physique et de santé mentale	9
Concomitance de problèmes de santé mentale et de vieillissement.....	10
Concomitance de problèmes de santé mentale et de toxicomanies	10
Concomitance de problèmes de santé mentale et de déficience intellectuelle.....	10
LES SERVICES DE SUIVI D'INTENSITE VARIABLE	11
LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION.....	12
CONCLUSION	13
RÉFÉRENCES.....	14

LES COMPÉTENCES DES ERGOTHÉRAPEUTES

LE CHAMP D'EXERCICE ET LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Le champ d'exercice des ergothérapeutes, tel que décrit à l'article 37 o) du Code des professions (2), est le suivant¹ :

« Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale. »

Le champ d'exercice inclut également :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

(Code des professions, a. 39.4)

De manière particulière, les activités professionnelles réservées que peuvent exercer les ergothérapeutes en application de l'article 37.1, paragraphe 4⁰ du Code des professions sont les suivantes :

- procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi;
- évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique;
- prodiguer des traitements reliés aux plaies;
- décider de l'utilisation des mesures de contention.

De plus, les ergothérapeutes seront incessamment² habilités à exercer les activités réservées suivantes :

- évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins;

¹ Ce libellé sera légèrement modifié lors de l'entrée en vigueur de la « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines » (PL 21), adoptée par l'Assemblée nationale le 18 juin 2009. Il se lira alors comme suit : « Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

² La « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines » (PL 21) a été adoptée par l'Assemblée nationale le 18 juin 2009. Il est prévu que son entrée en vigueur se fasse progressivement.

- décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

De manière générale et sans pour autant constituer une liste exhaustive, les activités professionnelles suivantes sont réalisées par les ergothérapeutes (3) :

- l'évaluation et l'interprétation des résultats de l'évaluation des habiletés fonctionnelles³, comprenant notamment les aptitudes et les habitudes de vie, et de l'environnement physique et social;
- l'évaluation et l'analyse de la répercussion des symptômes, des déficiences, des incapacités et des problématiques environnementales sur les habitudes de vie et la sécurité de la personne, ainsi que sur son habileté à vivre de manière autonome;
- l'intervention en vue du développement, de l'amélioration, de la restauration ou du maintien des aptitudes nécessaires⁴ aux personnes pour l'accomplissement de leurs habitudes de vie et pour leur participation à des activités significatives;
- l'intervention en vue de diminuer les situations de handicap;
- l'évaluation des capacités de travail ainsi que les interventions et les recommandations appropriées.
- l'intervention en vue d'optimiser la participation sociale et l'organisation de l'environnement socioculturel de l'individu afin qu'il puisse répondre à ses besoins;
- la promotion et le soutien au rendement occupationnel, en développant les capacités de l'individu (par le biais d'activités), en adaptant l'environnement ou les activités;
- l'enseignement et le soutien à la famille, aux intervenants et aux aidants.

Parmi les activités professionnelles davantage associées à une pratique en santé mentale en première ligne, les ergothérapeutes peuvent procéder ou contribuer à :

- l'évaluation du potentiel de réadaptation;
- l'évaluation de la dangerosité (dont l'analyse des facteurs de risques pouvant compromettre la sécurité) et l'aptitude de la personne, notamment en vue de l'ouverture d'un régime de protection, de la mise en œuvre de services à domicile ou d'une ordonnance d'hébergement;
- l'évaluation des capacités d'une personne à conduire un véhicule automobile et les interventions et recommandations appropriées;
- la détermination du niveau d'assistance requis en fonction des besoins de la personne et de son milieu de vie;
- l'organisation de l'environnement social de la personne afin qu'il réponde à ses besoins : aménagement de l'horaire occupationnel, établissement d'un réseau de soutien, enseignement et soutien à la famille, aux aidants naturels et aux intervenants.

Finalement, les ergothérapeutes sont appelés à :

- contribuer à l'établissement du diagnostic médical et du pronostic⁵
- participer à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire;

³ L'évaluation des habiletés fonctionnelles concerne notamment les soins personnels, les activités de la vie domestique, les activités productives (travail, études) et les activités ludiques.

⁴ Notamment aux plans sensori-moteur, perceptif, cognitif, affectif et social.

⁵ L'intensité et l'impact de la symptomatologie ne se reflètent pas toujours au sein du discours de la personne mais se révèlent parfois dans son fonctionnement.

- agir à titre de gestionnaire de cas (intervenant pivot) et, à ce titre, identifier des problèmes et coordonner le plan de services des personnes;
- élaborer ou collaborer à la conception de programmes de réadaptation psychosociale ou de santé publique;
- promouvoir la santé et la prévention auprès du public ou de groupes ciblés;
- participer à des activités d'éducation, de consultation, de recherche et de gestion.

LA FORMATION

Les ergothérapeutes peuvent compter sur une solide formation pour œuvrer auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux : un nombre important de crédits des programmes de formation initiale en ergothérapie⁶ vise le développement de connaissances et de compétences propres ou reliées à la santé mentale, sans compter les cours optionnels. Les ergothérapeutes possèdent également les habiletés nécessaires pour intervenir tant auprès des individus que des groupes.

La particularité de l'intervention des ergothérapeutes œuvrant en santé mentale tient notamment au fait que la formation universitaire en ergothérapie intègre des connaissances relevant à la fois de la santé physique et de la santé mentale (fonctions physiques, cognitives, psychiques), de même que des connaissances approfondies sur l'analyse, l'utilisation et l'adaptation de l'activité sous toutes ses formes.

Pour ces raisons, les ergothérapeutes sont particulièrement recherchés auprès des clientèles présentant des troubles de la santé mentale, des troubles de développement, des incapacités fonctionnelles majeures ou des problèmes complexes de santé physique et de santé mentale, chez les enfants tout comme chez les adultes et les aînés.

LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Outre leur formation qui leur permet d'intervenir efficacement auprès des clientèles cibles du PASM, plusieurs éléments militent en faveur d'une plus grande intégration des ergothérapeutes dans les équipes interdisciplinaires appelées à dispenser les services en première ligne. Tout d'abord, les ergothérapeutes, par leur formation et leur pratique, souscrivent à plusieurs préoccupations majeures et principes directeurs du PASM, dont

« la priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société » (1)

L'ergothérapie préconise depuis longtemps une pratique centrée sur le client (4,5), ce qui s'avère incontournable lors de la mise en œuvre de services orientés vers la réappropriation du pouvoir d'agir et le rétablissement des personnes concernées. Ainsi, les ergothérapeutes s'inscrivent aisément dans le soutien des projets de vie de leurs clients, qu'il s'agisse de retourner au travail ou aux études ou de réaliser un projet personnel. Mentionnons que les ergothérapeutes sont la source d'un bon nombre des écrits scientifiques canadiens sur le rétablissement (6-12). Les ergothérapeutes ont recours à l'activité comme modalité thérapeutique privilégiée. Par l'analyse des exigences de l'activité et des capacités de l'individu, ils utilisent et adaptent l'activité de manière à consolider les capacités de la personne, à optimiser son autonomie, à développer des compétences ou à lui faire vivre des succès. Les

⁶ Les programmes de formation en ergothérapie sont ceux du Baccalauréat en sciences (ergothérapie) qui comprennent de 105 à 110 crédits et qui donnent droit au permis délivré par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Les nouveaux programmes de formation en continuum Baccalauréat-Maîtrise en ergothérapie qui les remplacent désormais comportent quant à eux de 140 à 146 crédits.

ergothérapeutes analysent les interactions de l'occupation, de l'environnement et des capacités de l'individu. Ils visent la réduction des incapacités et des situations de handicap, que ce soit par des interventions individuelles, collectives ou populationnelles (5). De ce fait, le travail quotidien des ergothérapeutes vise à faciliter la participation sociale, réduire les situations d'exclusion et de marginalisation et soutenir l'exercice de rôles sociaux. C'est tout à fait ce que valorise le PASM.

LES SOINS DE COLLABORATION

Le PASM préconise une implantation de soins de collaboration. Or, un groupe d'experts (Canadian Collaborative Mental Health Initiatives – CCMHI) s'est longuement penché sur les pratiques existantes et à développer ainsi que sur les enjeux potentiels de leur implantation. Une série de documents d'orientation découlent de leurs travaux. On constate que bon nombre de ces documents exposent et valorisent la contribution des ergothérapeutes aux soins de collaboration en santé mentale primaire et témoignent de meilleures pratiques dans lesquelles sont intégrés des services d'ergothérapie (13-19).

Le document du CCMHI sur la formation interdisciplinaire (20) rapporte plusieurs initiatives où participent des ergothérapeutes. Toutefois, ce document porte sur la formation continue : il ne tient pas compte du fait que les programmes de formation initiale comprennent de plus en plus des modes de formation où s'intègre et s'actualise l'interdisciplinarité et ce, autant en salle de cours que lors de la formation clinique.

LES ÉQUIPES DE BASE EN SANTÉ MENTALE ADULTE

Les équipes de base en santé mentale adulte sont appelées à desservir des clientèles aux prises avec des troubles mentaux dits transitoires (dépression, troubles anxieux etc.) ou des troubles mentaux graves stabilisés. Il faut noter que l'appellation « trouble mental transitoire » est sujette à controverse. Les trajectoires naturelles d'évolution tendent à démontrer que ces troubles se caractérisent par une évolution progressive vers des rechutes répétées, de plus en plus graves et invalidantes. Pour ces raisons, les guides de pratique et les données probantes (21-23) tendent à suggérer des modes de dispensation de services plus proches de ceux développés pour d'autres maladies chroniques (telles le diabète, l'hypertension, etc.) (24-26). Les troubles mentaux courants exigent des interventions complexes, à composantes multiples, ainsi que des soins de collaboration (13, 27-29). L'offre de services en première ligne ne repose donc pas sur la gravité, la durée ou la sévérité de la problématique, mais plutôt sur sa forte prévalence au sein de la population générale et des modes de consultation des personnes touchées (qui consultent généralement leur omnipraticien).

Si l'accessibilité à un traitement optimal est difficile, nous nous inquiétons particulièrement de l'accessibilité à des services de réadaptation en première ligne pour ces clientèles. Des études tendent à démontrer que l'incapacité associée à la dépression demeure un certain temps après la rémission des symptômes, même en présence d'un traitement approprié (30, 31). Le problème n'est pas propre au Québec; à preuve, rappelons que la dépression est la deuxième cause d'incapacité dans les pays industrialisés et est en voie de devenir la première (32, 33). C'est avec ce souci que la contribution des ergothérapeutes sera abordée dans cette section en fonction de quelques-unes des clientèles visées par les services en première ligne : les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, un trouble de personnalité, un trouble mental grave stabilisé ainsi que celles qui présentent des problématiques complexes en première ligne. Il ne s'agit toutefois pas, dans ce document d'orientation, de dresser un bilan exhaustif des possibilités.

LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET LES TROUBLES ANXIEUX

Les ergothérapeutes contribuent de façon particulière à l'offre de services de santé mentale en première ligne dédiée aux personnes présentant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux par le biais des activités professionnelles suivantes, en sus de celles mentionnées précédemment :

- la modulation des horaires occupationnels : afin d'aider les personnes à trouver un équilibre de vie adéquat pour leur santé mentale;
- l'analyse des activités : pour moduler les exigences de la tâche, bien graduer les programmes d'activation comportementale et faire vivre des expériences de succès, dans l'action;
- l'élaboration d'un programme de retour au travail : par l'analyse du poste de travail et des tâches; par la proposition d'adaptations, à partir d'une analyse ergonomique et ergothérapique; par l'élaboration d'un programme de réentraînement;

Une étude randomisée avec groupe contrôle, réalisée auprès de personnes atteintes de dépression (34), démontre que l'ajout d'une composante d'intervention en ergothérapie diminue le nombre de jours d'absentéisme et favorise le rendement au travail. De plus, après une évaluation économique, il appert que l'ajout de cette composante coûte moins cher que le traitement usuel de la dépression, qui se prolonge chez le groupe contrôle.

- le recours à l'activité thérapeutique comme moyen de canaliser ses énergies, de gérer l'anxiété et développer des compétences (habiletés sociales, affirmation de soi etc.);
- le soutien à l'intégration des stratégies des guides d'auto-soins ainsi que des stratégies cognitivo-comportementales au sein des routines de la vie quotidienne.

Les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur bénéficieront particulièrement :

- des programmes d'économie et de préservation d'énergie intégrés aux programmes psychoéducatifs existants;
- de l'adoption d'une approche exploratoire pour renouer avec des intérêts, reprendre des activités et redonner un sens à la vie (processus de remotivation);
- de la graduation dans la progression des programmes d'activation cognitivo-comportementaux reconnus et dans la reprise des activités.

Pour leur part, les personnes aux prises avec des troubles anxieux bénéficieront :

- du soutien à l'application de techniques de gestion du stress et de relaxation dans la routine quotidienne;
- de la modulation de l'horaire occupationnel (monopolisé par l'objet des compulsions chez les personnes atteintes de troubles obsessionnels compulsifs);
- de l'accès facilité à des services d'appoint et des mesures palliatives afin d'éviter l'éviction (chez les personnes qui accumulent - Syndrome de Diogène).

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Les ergothérapeutes sont formés pour adopter une approche structurée et structurante, notamment grâce à l'activité. Ainsi, les ergothérapeutes contribuent de façon particulière à l'offre de services de santé mentale en première ligne dédiée aux personnes atteintes d'un trouble de la personnalité par le biais des activités professionnelles suivantes, en sus de celles mentionnées précédemment :

- l'utilisation de l'activité thérapeutique comme moyen pour canaliser les énergies, transiger avec les frustrations, gérer l'anxiété et se valoriser ainsi que pour encadrer et structurer la personne;
- le développement des habiletés de gestion des émotions et d'habiletés sociales facilitant leur intégration *in vivo*;
- le recours aux activités projectives comme moyen pour apprendre à se connaître et développer l'autocritique et la capacité de mentalisation;
- l'intégration de cadres de références / approches fréquemment recommandés

LES TROUBLES MENTAUX GRAVES STABILISÉS

Les ergothérapeutes contribuent également de façon particulière à l'offre de services de santé mentale en première ligne dédiée aux personnes qui présentent un trouble mental grave stabilisé par le biais des activités professionnelles suivantes, en sus de celles mentionnées précédemment :

- l'analyse d'activités afin de moduler les exigences de la tâche et faire vivre des expériences de succès, dans l'action;
- l'intégration de rôles sociaux valorisants et d'activités significatives dans la vie de tous les jours, afin d'enrichir l'horaire occupationnel de la personne;

- le soutien à l'intégration communautaire par le biais d'activités ou de projets dans la communauté, qui permettent de reprendre une place citoyenne et d'élargir le réseau social;
- le développement des compétences et d'habiletés de vie autonome, afin de favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie;
- l'appui sur des compétences reconnues en matière de maintien à domicile et d'adaptation domiciliaire, afin d'appuyer les efforts d'évoluer vers un logement autonome.

LES JEUNES PSYCHOTIQUES (PREMIERS ÉPISODES)

Il est vrai que les cliniques destinées aux premiers épisodes relèvent le plus souvent des services de deuxième ligne. Toutefois, le plan d'action souligne à juste titre que la première ligne constitue un point d'ancrage probablement plus capable à rejoindre cette clientèle. Les ergothérapeutes souscrivent au principe qu'il faut mieux arrimer, voire faire chevaucher, l'offre de services destinée aux jeunes et celle destinée aux adultes.

Les ergothérapeutes sont en mesure d'intégrer une perspective développementale et communautaire à leurs interventions pour ces clientèles en transition dans leur développement. Notons que les programmes les plus réputés en matière d'intervention proactive lors de premiers épisodes comptent tous à leur actif des ergothérapeutes, qui jouent souvent un rôle central dans la programmation.

LES PROBLÈMES COMPLEXES

Les clientèles qui consultent fréquemment la première ligne présentent souvent une concomitance de problèmes de santé. De plus, il importe de rappeler que la sévérité des enjeux occupationnels et des incapacités ne peut être estimée à partir du degré de sévérité de chacun des diagnostics mais plutôt du nombre de problèmes concomitants. Ainsi, on retrouve en première ligne des personnes qui présentent des incapacités importantes, mais qui n'ont pas accès aux services de réadaptation appropriés en l'absence d'un diagnostic qui assure l'admissibilité aux services.

C'est pourquoi il apparaît primordial d'aborder la contribution particulière des ergothérapeutes auprès des personnes qui présentent plusieurs problèmes de santé. Les ergothérapeutes sont en mesure d'identifier les causes de dysfonction et d'évaluer la nature ainsi que l'impact des difficultés physiques et psychologiques sur le fonctionnement de l'individu.

Concomitance de problèmes de santé physique et de santé mentale

On reconnaît maintenant la forte prévalence de troubles mentaux courants chez les personnes qui consultent pour des motifs de santé physique, notamment chez celles atteintes de maladies chroniques. De même, les personnes atteintes de troubles mentaux présentent souvent de façon concomitante des problèmes de santé physique (26, 35). La contribution particulière des ergothérapeutes à l'offre de services de santé mentale en première ligne est d'intégrer à la fois des interventions de réadaptation physique et des interventions de réadaptation psychosociale. Par une perspective holiste du fonctionnement, les ergothérapeutes peuvent soutenir l'intégration des stratégies d'auto-soins en tenant compte des forces et des ressources de l'individu, sans minimiser les limites et les contraintes, autant physiques que psychologiques.

Concomitance de problèmes de santé mentale et de vieillissement

Les ergothérapeutes sont des professionnels reconnus au sein des programmes « Pertes d'autonomie liées au vieillissement » (PALV) et de « Soutien à domicile » (SAD), particulièrement pour leur évaluation des risques pouvant compromettre la sécurité, l'établissement d'un bilan fonctionnel et l'identification des mesures palliatives à mettre en œuvre. Une démarche similaire peut être développée pour un problème de santé mentale chez une personne âgée.

Par leur évaluation, les ergothérapeutes peuvent apprécier les déficits perceptivo-cognitifs sur le fonctionnement de la personne et déterminer le besoin de services de maintien à domicile. Ils peuvent également déterminer les contraintes qu'entraîne la perte d'autonomie de la personne âgée sur les proches et les aidants et développer, de concert avec eux, des mesures pour en atténuer le fardeau, favorisant ainsi le maintien à domicile de la personne âgée tout en assurant sa sécurité et celle de ses aidants.

Concomitance de problèmes de santé mentale et de toxicomanies

Les ergothérapeutes sont tout à fait en mesure d'intégrer les approches fréquemment recensées pour cette population, telle l'approche motivationnelle. De plus, ils croient en l'importance de faciliter l'intégration communautaire par le biais d'activités ou de projets dans la communauté, permettant de prendre ou de reprendre une place citoyenne et surtout d'élargir le réseau social, hors des contextes de consommation.

De fait, des approches particulières en ergothérapie ont été développées pour tenir compte du rôle de la consommation qui devient pour plusieurs de ces personnes, l'occupation principale et l'unique assise des réseaux sociaux (36, 37). Ainsi, les ergothérapeutes peuvent apprécier la place occupée par la consommation dans la vie de la personne, faciliter l'exploration d'occupations susceptibles, à terme, de se substituer à la consommation, pour enfin bonifier et enrichir l'horaire occupationnel. De plus, ils peuvent identifier, avec la personne et de façon proactive, les signes précurseurs de rechutes, les contextes ou les activités qui la fragilisent. Enfin, les ergothérapeutes peuvent faciliter le développement de stratégies adaptatives pour contrer les pertes cognitives découlant de la consommation et du trouble mental, voire recommander des mesures compensatoires.

Concomitance de problèmes de santé mentale et de déficience intellectuelle

Il importe pour cette clientèle d'être en mesure de bien évaluer le fonctionnement de l'individu de façon à intégrer les divers aspects développementaux (physique, affectif, cognitif, perceptuel et social) et adapter les modalités d'intervention en conséquence. Les ergothérapeutes appuient cette approche en s'appuyant sur les forces de l'individu.

En utilisant leurs connaissances concernant le développement de la personne et les activités courantes qui permettent les ajustements avec l'environnement, les compensations et les adaptations qui favorisent le fonctionnement dans la vie quotidienne, les ergothérapeutes contribuent de façon particulière à l'offre de services de santé mentale en première ligne dédiée aux personnes aux prises avec une telle comorbidité par le biais des activités professionnelles suivantes, en sus de celles mentionnées précédemment :

- la détermination des conséquences fonctionnelles de la concomitance des problèmes de santé mentale et de déficience intellectuelle chez une personne;
- la détermination de l'écart entre les habiletés réelles de la personne et les attentes de celle-ci, de ses proches et de l'environnement, tout en considérant l'expression comportementale de certains symptômes psychiatriques.

LES SERVICES DE SUIVI D'INTENSITE VARIABLE

La contribution clinique des ergothérapeutes au sein des services de suivi d'intensité variable ne diffère pas tellement de celle énoncée précédemment dans les sections portant sur le champ d'exercice et les activités professionnelles ainsi que sur les services destinés aux personnes aux prises avec des troubles mentaux stabilisés. Toutefois, un certain nombre de mises au point s'imposent.

Tout d'abord, il faut déplorer la quasi-absence d'ergothérapeutes au sein des effectifs des équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif dans le milieu (SI) – qui relève davantage des services spécialisés – sur le territoire québécois. Pourtant, il existe plusieurs expériences probantes d'ergothérapeutes agissant à titre d'intervenants-pivots, que ce soit pour la clientèle visée par le SIV ou pour d'autres clientèles qui exigent une coordination des services, notamment les personnes âgées ou celles qui reçoivent des prestations d'invalidité. À l'extérieur du Québec, le rôle d'intervenant-pivot est clairement en émergence pour les ergothérapeutes, autant dans les secteurs public que privé. Or, cette tendance ne s'observe pas au Québec et va jusqu'à compromettre la pratique en santé mentale communautaire pour les ergothérapeutes d'ici, alors qu'elle connaît une formidable croissance ailleurs.

D'autres provinces ont envoyé des signaux clairs face au besoin d'intégrer des ergothérapeutes au sein des pratiques SIV et SI, notamment par l'établissement de normes. La Colombie-Britannique suggère fortement l'intégration d'ergothérapeutes au sein d'une équipe communautaire de traitement intensif (équivalent de nos équipes SI) (38). Pour sa part, l'Ontario exige que chaque équipe communautaire de traitement intensif compte un ergothérapeute à temps plein, même dans un contexte rural : l'ergothérapeute a un rôle bien défini en matière d'évaluation des activités de la vie quotidienne et de soutien à l'insertion professionnelle (39). Nous espérons que le Québec saura, lui aussi, bientôt reconnaître la contribution des ergothérapeutes à ces pratiques et faciliter l'accès aux services d'ergothérapie pour les personnes qui les requièrent.

LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION

Les activités relatives à la promotion et à la prévention en santé mentale demeurent sous-exploitées au sein du réseau de la santé, malgré le virage des centres de santé et de services sociaux vers une approche populationnelle. Or, les activités professionnelles visant l'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice des professionnels, dont les ergothérapeutes, dans la mesure où elles sont reliées à leurs activités professionnelles⁷. Les ergothérapeutes sont formés pour développer des programmes de prévention et de promotion de la santé dans lesquels l'accent est mis sur l'occupation comme déterminant de la santé (3, 5, 40). Ils considèrent que la personne participe activement au maintien ou à l'amélioration de sa santé lorsqu'elle s'engage dans des occupations significatives en prenant soin d'elle, en se divertissant et en contribuant à l'édifice social et économique de sa collectivité.

Ainsi, plusieurs ergothérapeutes ont développé, de concert avec des milieux de travail, une pratique dans laquelle des aspects de promotion et de prévention sont intégrées. Cette approche permet de réduire l'incidence des problématiques et d'en atténuer les effets sur les personnes qui en sont atteintes. Pour s'acquitter de ce mandat, les ergothérapeutes ont développé une expertise où les exigences de la tâche, l'organisation du travail et les aspects ergonomiques sont considérés non seulement dans l'évaluation mais aussi en tant qu'objets d'intervention.

De même, les ergothérapeutes qui œuvrent auprès des jeunes aux prises avec des troubles mentaux non seulement restent alertes face aux déterminants individuels et environnementaux susceptibles d'influencer le rendement occupationnel des jeunes mais ils portent un regard soutenu sur les différents aspects de leur développement sensorimoteur, perceptuel, cognitif, affectif et social. Ainsi des ergothérapeutes développent des programmes afin de soutenir le développement des compétences et des stratégies adaptatives chez l'enfant, les parents et dans l'environnement social afin d'atténuer les facteurs de risque susceptibles d'accentuer les enjeux développementaux, d'exclusion ou de vulnérabilité.

Enfin, par leur formation approfondie sur les différentes psychopathologies, les ergothérapeutes peuvent participer aux mesures de dépistage précoce préconisées par le PASM, notamment parce qu'ils peuvent détecter les manifestations fonctionnelles de ces difficultés.

⁷ Page 3.

CONCLUSION

Ce document d'orientation visait à mettre en évidence la contribution particulière des ergothérapeutes aux services en première ligne de santé mentale en précisant le champ d'exercice de la profession, les activités professionnelles des ergothérapeutes et leurs compétences particulières.

L'Ordre est convaincu que les ergothérapeutes doivent faire partie des équipes offrant des services de santé mentale en première ligne. Il croit également que l'offre de services en première ligne doit comprendre des services de réadaptation pouvant répondre aux besoins particuliers de la clientèle, qui par ailleurs présente des problèmes de santé de plus en plus complexes auxquels aucun professionnel de la santé, seul, ne peut faire face. La contribution de différentes professions, dont l'ergothérapie, est essentielle pour l'émergence de services de santé mentale axés sur la collaboration.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction de la santé mentale: Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005.
2. Gouvernement du Québec. Code des professions (L.R.Q., c. 26).
3. Ordre des ergothérapeutes du Québec: Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé - Guide de l'ergothérapeute. Montréal, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Février 2004.
4. Association canadienne des ergothérapeutes: *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Association canadienne des ergothérapeutes, 1997.
5. Townsend EA, Polatajko HJ: Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), 2007.
6. Rebeiro-Gruhl KL: Reflections on - The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Canadian Journal of Occupational Therapy* 72(2):96-102, 2005.
7. Krupa T: Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(1):8-15, 2004.
8. Farkas M, Vallée C: De la réappropriation au pouvoir d'agir : La dimension discrète d'une réelle réadaptation. *Santé mentale au Québec* 21(2):21-32, 1996.
9. Woodside H, Krupa T, Pocock K: Early Psychosis, Activity Performance and Social Participation: A Conceptual Model to Guide Rehabilitation and Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2):125-130, 2007.
10. Kirsh B, Krupa T, Horgan S, et al: Making it better: building evaluation capacity in community health. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(3):234-241, 2007.
11. Woodside H, Krupa T, Pocock K: How people negotiate for success as psychosis emerges. *Early Intervention in Psychiatry* 2:50-54, 2008.
12. Woodside H, Schell L, Allison-Hedges J: Listening for recovery: The vocational success of people living with mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73(1):36-43, 2006.
13. Craven M, Bland R: Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *La revue canadienne de psychiatrie* 51(Suppl. 1), 2006.
14. Cook S, Howe A: Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. *British journal of Occupational Therapy* 66(6):236-246, 2003.
15. Pautler K, Gagné M-A: Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga, Ont Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005.
16. Klaiman D: Increasing access to occupational therapy in primary health care. *Actualités ergothérapeutiques* 6(1), 2004.
17. Pauzé E, Gagné M-A: Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes, Volume II : Guide des ressources, vol II. Mississauga, Ont Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005.
18. Pauzé E, Gagné M-A, Pautler K: Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes, Volume I : Analyse des initiatives, vol 1. Mississauga, Ont Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005.
19. Kates N, Ackerman S: Shared mental health care in Canada : A Compendium of Current Projects. Mississauga, Ont., Canadian Psychiatric Association and the College of Family Physicians of Canada with Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care.
20. McVicar J., Deacon D., Curran V., et al: Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga, Ont, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005.

21. Association des psychiatres du Canada: Guide de pratique clinique: Traitement des troubles anxieux. *Can J Psychiatry* 51(2):1-97, 2006.
22. Institute of Health Economics: Déclaration commune sur la dépression chez les adultes – Comment améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement. Edmonton, 2008.
23. Canmat Depression Workgroup: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 46(Suppl 1):5-90, 2001.
24. Wagner E, Austin B, Von Korff M: Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 74:511–544, 1996.
25. Wagner E, Davis C, Schaefer J, et al: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature. *Journal of Nursing Care Quality* 16:67–80., 2002.
26. Canadian Mental Health Association - Ontario Division: What Is the Fit Between Mental Health, Mental Illness and Ontario's Approach to Chronic Disease Prevention and Management? A discussion paper. Toronto, Canadian Mental Health Association, 2008.
27. Kavanagh M, Beaucage C, Cardinal L, et al: La dépression majeure en première ligne : les impacts cliniques des stratégies d'intervention - Revue de la littérature. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2006.
28. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al: Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression. *JAMA* 289: 3145-3151, 2003.
29. Heideman J, van Rijswijk E, van Lin N, et al: Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice* 55: 867-873., 2005.
30. Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA, et al: Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode. A 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects. *Arch Gen Psychiatry* 61(387-392), 2004.
31. Bondar BR: *Psychopathology and Function*, Third ed. Thorofare, Slack Inc., 2004.
32. World Health Organization: The global burden of disease - Update 2004. Geneva, World Health Organization, 2008.
33. Organisation mondiale de la santé: Politique et prestation de services en santé mentale. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.
34. Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert M, et al: Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine* 37:351-362, 2007.
35. World Health Organization: Integrating mental health into primary care - A global perspective. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. Moyers PA, Stoffel VC: Community-based approaches for substance use disorders, in *Occupational therapy in Community-based practice settings*. Edited by Scaffa M. Philadelphia, F.A. Davis, 2001.
37. Stoffel VC, Moyers PA: Occupational therapy and substance abuse disorders, in *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice*, Second ed. Edited by Cara E, MacRae A. Albany, Delmar, 2005.
38. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors: B.C.'s mental health reform: best practices - Assertive community treatment. Victoria, British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
39. Ministry of Health and Long-Term Care: Ontario Program Standards for ACT Teams, Second ed. Toronto, Ministry of Health and Long-Term Care, October 2004, updated January 2005.
40. Wilcock AA: *An occupational perspective of health*, Second ed. Thorofare, Slack Inc., 2006.