

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

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

PAR
ALEXANDRA LACOMBE

RETOUR AU TRAVAIL, ERGOTHÉRAPIE ET TROUBLES DE SANTÉ MENTALE
TRANSITOIRES : UNE RECENSION DES ÉCRITS

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

D'abord, j'aimerais remercier mon directeur d'essai, M. Pierre-Yves Therriault, pour les précieux conseils émis tout au long de ce processus de rédaction qui m'ont permis de faire évoluer ma réflexion et d'atteindre la finalité de ce projet. J'aimerais également remercier mes collègues de séminaire qui m'ont offert de précieux commentaires m'ayant aidé à approfondir mon travail. Merci aussi pour votre un grand soutien moral. Finalement, j'aimerais remercier mes proches pour leur support offert au cours de la dernière année. Ce fut grandement apprécié.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ	vii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1 Ergothérapie	2
2.1.1 Définition.....	2
2.1.2 Compétence de l’ergothérapeute	2
2.1.3 Position de l’ACE.....	3
2.2 Trouble mental transitoire	3
2.3 Retour et réintégration au travail.....	5
2.4 Pertinence de l’étude	5
2.5 Objectif de l’étude et question de recherche	6
3. CADRE CONCEPTUEL	7
3.1 Habilitation à l’occupation	7
3.1.1 Adapter	9
3.1.2 Revendiquer.....	9
3.1.3 Coacher.....	9
3.1.4 Collaborer.....	10
3.1.5 Consulter.....	10
3.1.6 Coordonner.....	10
3.1.7 Concevoir et réaliser.....	10
3.1.8 Éduquer.....	11
3.1.9 Engager.....	11
3.1.10 Exercer l’expertise, mettre à profit son expertise	11
4. MÉTHODE	12
4.1 Question de recherche et critères d’inclusion et d’exclusion	12
4.1.1 Formuler la question de recherche	12
4.1.2 Établir les critères d’inclusion et d’exclusion	12
4.2 Recherche et sélection des études pertinentes.....	13
4.3 Évaluer la qualité des études retenues.....	14
4.4 Analyse et interprétation des résultats.....	14
4.5 Critères de scientificité.....	15

		iii
4.6	Certification éthique.....	15
5.	RÉSULTATS.....	16
5.1	Études sélectionnées.....	16
5.1.1	Pays.....	16
5.1.2	Devis.....	17
5.1.3	Participants	17
5.1.4	Programmes.....	18
5.2	Programme d'interventions.....	18
5.2.1	Participation.....	19
5.2.2	Intervenants	19
5.2.3	Approches.....	19
5.3	Analyse selon le MCHCC des interventions impliquant l'ergothérapie	20
6.	DISCUSSION ET CONCLUSION	22
6.1	Retour sur la question de recherche	22
6.2	Différences culturelles possibles.....	22
6.3	Pertinence de l'ergothérapie auprès de la clientèle visée	23
6.4	Limite méthodologique	24
6.5	Force de l'étude.....	25
6.6	Orientation des recherches futures	25
	RÉFÉRENCES	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Stratégie de recherche.....	13
Tableau 2.	Résumé des études sélectionnées.....	16
Tableau 3.	Résumé des programmes d'intervention.....	18
Tableau 4.	Interventions catégorisées selon les habiletés clés du MCHCC.....	21

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC).....	8
-----------	---	---

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APA	American Psychiatric Association
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
TRO	Taxonomie du rendement occupationnel
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : L'Association canadienne des ergothérapeutes (2009) s'est positionnée de façon favorable quant à l'implication des ergothérapeutes dans la réadaptation visant le retour au travail, incluant chez les personnes atteintes d'un trouble mental transitoire. Toutefois, peu d'écrits sont disponibles quant aux interventions effectuées par les ergothérapeutes auprès de la clientèle. **Objectif :** Ce texte vise à recenser les interventions actuellement documentées afin de pouvoir relever ce qui est applicable et congruent à la pratique de l'ergothérapie. Ainsi, la question guidant cette recherche est la suivante : quels sont les programmes d'interventions visant à faciliter le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale transitoire congruents à l'habilitation de l'occupation ? **Cadre conceptuel :** Le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) ainsi que les 10 habiletés clés en habilitation de l'occupation ont été utilisés afin d'analyser les interventions des programmes recensés. **Méthodologie :** Une revue systématique a été effectuée suivant la démarche proposée par Bertrand, L'Espérance, et Aranda (2014) qui est composée de quatre grandes étapes : 1) question de recherche et critères d'inclusion et d'exclusion, 2) recherche des études pertinentes, 3) évaluation de la qualité des études retenues et enfin 4) analyse et interprétation des résultats. **Résultats :** Au total, sept articles ont été retenus tous provenant de l'Europe. L'analyse de ces articles a permis d'identifier cinq programmes d'interventions différents. Seulement deux programmes comptaient un ergothérapeute dans leur équipe d'intervenants. Les interventions de ces programmes ont été analysées selon le MCHCC. Trois habiletés clés d'habilitation ont été identifiées : engager, éduquer et coordonner. **Discussion :** L'analyse des résultats tend à démontrer que seulement deux programmes d'interventions incluaient les interventions d'habilitation. Toutefois, puisque les articles offrent très peu d'information concernant les interventions, il est possible que ces programmes soient plus habilitants. Plusieurs différences culturelles sont notées quant à l'organisation législative des services d'invalidité à l'emploi ainsi que le rôle de l'ergothérapeute entre l'Europe et le Canada. De plus, les ergothérapeutes sont des professionnels compétents détenant des habiletés d'habilitation, permettant d'intervenir auprès des clients. Ainsi, ils devraient davantage être impliqués auprès d'eux de façon à déployer leur éventail d'habiletés afin d'offrir un soin complet et efficace. **Conclusion :** Finalement, il serait intéressant d'observer les interventions effectuées par les ergothérapeutes dans le contexte du système de santé québécois, ainsi que d'évaluer l'efficacité des programmes de réadaptation offerts aux travailleurs atteints d'un trouble de santé mentale commun afin d'émettre des recommandations concernant les meilleures approches à utiliser auprès de cette clientèle.

Mots clés : Trouble mental transitoire, ergothérapie, retour au travail, habilitation, intervention.

1. INTRODUCTION

Au Canada, les besoins pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sont importants. En effet, selon l'Agence de la santé publique du Canada (2014), 11,6 % des Canadiens adultes ont affirmé en 2013 être atteints d'un trouble anxieux ou de l'humeur. De même, 27 % des personnes atteintes d'un de ces troubles rapportent que leur condition de santé nuit à leur qualité de vie, affectant également leur capacité à se maintenir à l'emploi. Ainsi, plusieurs doivent s'absenter du travail en raison de leur problématique de santé et certains doivent consulter des professionnels de la santé afin de pouvoir retourner à leur emploi. De ce fait, en 2009, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) s'est positionnée de façon favorable sur l'implication des ergothérapeutes offrant des services de réadaptation au travail, évoquant la pertinence de l'ergothérapie dans ce milieu. Toutefois, peu de publication scientifique est actuellement disponible quant au rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle atteinte d'un trouble mental transitoire désirant retourner au travail.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de recenser les interventions actuellement documentées afin de pouvoir relever ce qui est applicable et congruent à la pratique de l'ergothérapie. Ainsi, la question guidant cette recherche est la suivante : quels sont les programmes d'interventions visant à faciliter le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale transitoire congruente à l'habilitation de l'occupation ?

D'abord, la problématique justifiant la pertinence de ce sujet de recherche abordera l'ergothérapie, le trouble mental transitoire ainsi que le retour et la réintégration au travail. Ensuite, le cadre conceptuel, c'est-à-dire le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (Townsend et coll., 2013), permettant de mettre en relation les différents concepts de cette étude sera présenté. De plus, la méthodologie exposera de façon détaillée la stratégie de recherche utilisée afin d'effectuer la recension des écrits. Également, la section des résultats abordera l'analyse des articles retenus ainsi que des programmes identifiés. Pour sa part, la section discussion présentera l'interprétation des résultats, l'implication pour la pratique de l'ergothérapie, les forces et les limites de l'étude. Finalement, la conclusion de cette recherche vise à orienter les recherches futures sur le sujet.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section abordera la pertinence de l'étude. D'abord, il sera question de l'ergothérapie, du trouble mental transitoire, du retour et de la réintégration au travail, de la pertinence de l'étude, ainsi que de l'objectif et de la question ayant guidé cette recherche.

2.1 Ergothérapie

2.1.1 Définition

L'ergothérapie est une discipline du domaine de la santé inscrite, entre autres, dans le champ de la réadaptation. Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2017), « l'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes ». Les activités abordées par ces professionnels, aussi appelées les occupations, vont des activités de base afin de prendre soin de soi (ex. : hygiène, alimentation, déplacement), aux activités de productivité (ex. : travail, étude, bénévolat) et aux activités de loisirs (ex. : sport, tricot, peinture, ...). Ainsi, l'objectif des ergothérapeutes est de favoriser l'autonomie de leurs clients, de leur permettre d'avoir une qualité de vie satisfaisante ainsi que de faciliter leur maintien dans leur milieu de vie et leur intégration dans la communauté (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2017).

Townsend et Polatajko (2013) définissent pour leur part l'ergothérapie de la façon suivante :

L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager - selon leur plein potentiel - dans les activités de la vie quotidienne. (Townsend et Polatajko, 2017, p. 441)

En d'autres mots, l'ergothérapeute accompagne les personnes dans le but de favoriser et de maximiser leur participation dans les activités de la vie quotidienne, et ce, selon leurs habiletés et capacités, quelle que soit l'activité.

2.1.2 Compétences de l'ergothérapeute

L'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) a publié le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada, identifiant les compétences que les ergothérapeutes possèdent pour

offrir une pratique de qualité. La première d'entre elles distinguant l'ergothérapeute des autres professionnels de la santé est « Expert en habilitation à l'occupation ». Ainsi, le travail de ce professionnel vise à favoriser la participation du client à des occupations significatives et centre ses évaluations et ses interventions sur l'occupation (ACE, 2012).

Une autre de ses compétences est celle de « Praticien érudit ». Cette compétence vise à ce que les ergothérapeutes offrent des services de qualité en basant leurs pratiques sur les données probantes (ACE, 2012). Ainsi, il est important que les ergothérapeutes soient en mesure d'utiliser des publications scientifiques pour les mettre en application dans leur pratique.

2.1.3 Position de l'ACE

En 2009, l'ACE s'est positionnée de façon favorable sur l'implication des ergothérapeutes offrant des services de réadaptation au travail, évoquant la pertinence de l'ergothérapie dans ce milieu. En effet, puisque le travail est une occupation importante, et que l'ergothérapeute est un professionnel basant sa pratique sur l'interaction entre la personne et l'occupation dans un environnement spécifique, les interventions de retour au travail se situent dans le champ de compétences de ce professionnel. De plus, l'ACE encourage les ergothérapeutes à travailler dans des équipes multidisciplinaires afin d'offrir des services pour les personnes souhaitant un retour au travail. Aussi, l'ACE a mis en place une initiative pour offrir aux ergothérapeutes de la documentation scientifique en ce qui a trait aux interventions concernant le retour au travail (ACE, 2009).

2.2 Trouble mental transitoire

Selon Corbière et Durand (2011), lorsqu'il est question du monde du travail, l'expression « trouble mental transitoire » est aussi identifiée sous l'appellation du « trouble mental commun ». Ce trouble réfère aux problématiques de santé mentale où les personnes atteintes peuvent viser un retour au travail, selon un niveau d'autonomie semblable à celui qu'elles avaient avant l'apparition des symptômes. Les troubles de santé mentale transitoires regroupent généralement les troubles anxieux, la dépression et le trouble de l'adaptation (Corbière & Durand, 2011).

Selon la définition du DSM-5, les troubles anxieux englobent plusieurs troubles de santé mentale se caractérisant par la présence d'une peur et d'une anxiété excessives et provoquant un bouleversement comportemental causé par différents symptômes (American Psychiatric

Association [APA], 2015). Parfois, les personnes atteintes par ces troubles tentent de diminuer leur niveau de peur et d'anxiété en utilisant des comportements d'évitement envahissants (APA, 2015), tels qu'éviter de participer à toutes situations anxiogènes. Ainsi, la symptomatologie des troubles anxieux peut affecter le fonctionnement des personnes atteintes. De plus, Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2014), trois millions de Canadiens adultes (11,6 %) ont affirmé en 2013 être atteints d'un trouble anxieux ou de l'humeur. De même, 27 % des personnes atteintes d'un de ces troubles rapportent que leur condition de santé nuit à leur qualité de vie.

En ce qui a trait au trouble de l'humeur, il englobait auparavant les troubles dépressifs et les troubles bipolaires (APA, 2004). Toutefois, ces deux catégories distinctes de troubles mentaux ont été séparées dans le DSM-5 (APA, 2015). Dans cet essai, seulement les troubles dépressifs tels qu'ils sont définis dans le DSM-5 (APA, 2015) seront considérés. Pour ce qui est des symptômes caractérisant l'ensemble des troubles dépressifs, il est identifié la présence d'une humeur triste, vide ou irritable et une modification somatique et cognitive affectant significativement les capacités du fonctionnement des personnes atteintes. Par exemple, une perte d'intérêt, des difficultés au niveau de la concentration et un retrait social peuvent être notés (APA, 2015).

Pour sa part, le trouble de l'adaptation se caractérise par des symptômes tels que des réponses émotionnelles ou comportementales à un facteur de stress identifiable (APA, 2015), par exemple il peut s'agir d'une rupture amoureuse, du deuil d'un proche ou de nouvelles fonctions liées à l'emploi. Souvent, il est remarqué l'effet de ce trouble par une diminution des performances au travail ou à l'école et par des modifications dans les relations sociales. (APA, 2015).

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2014), en plus de la qualité de vie générale, les travailleurs atteints d'un trouble anxieux ou de l'humeur rapportent que leur condition limite leur capacité à travailler. En effet, pour poursuivre leur emploi, 50 % des travailleurs atteints ont modifié un aspect de leur travail, tandis que 35 % ont complètement cessé de travailler (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Ainsi, ces travailleurs sont sujets à recevoir des services de réadaptation dans l'optique d'un retour au travail.

2.3 Retour et réintégration au travail

Corbière et Durand (2011) font une distinction entre le retour au travail et la réintégration au travail. Le retour au travail est le fait qu'une personne, ayant cessé de travailler pour une période relativement longue et ayant conservé un lien avec son employeur (ex. : congé de maladie), retourne travailler en retrouvant le meilleur niveau possible de son autonomie. En ce qui concerne la réintégration au travail, la seule distinction est le fait que la personne a quitté le marché du travail pour une période relativement longue, sans toutefois avoir conservé un lien avec un employeur (ex. : perte d'emploi ou démission) (Corbière & Durand, 2011).

2.4 Pertinence de l'étude

Joyce et coll. (2016) ont publié une revue systématique documentant l'efficacité des interventions de prévention en milieu de travail sur des personnes présentant des troubles mentaux transitoires. Ainsi, l'échantillon de cette étude incluait 20 revues de la littérature, regroupant en tout 481 études primaires. Entre autres, ce texte aborde les interventions de prévention d'une bonne santé mentale en milieu de travail selon trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire vise à prévenir l'exposition des individus aux facteurs de risque et à renforcer la tolérance individuelle à ces facteurs avant l'apparition de symptômes chez les travailleurs. La prévention secondaire vise à identifier et traiter les symptômes chez les individus afin de diminuer leur durée et leur sévérité, et préférentiellement empêcher le développement d'un trouble mental. Le niveau tertiaire, pour sa part, vise à traiter et gérer les symptômes d'un diagnostic posé, afin de minimiser l'impact dans le fonctionnement quotidien du travailleur. Il s'agit de l'approche de réadaptation (Joyce et coll., 2016). Toutefois, malgré le très grand nombre d'études incluses, aucune n'abordait des interventions ergothérapeutiques.

Pour leur part, les auteurs Desiron, de Rijk, Van Hoof, et Donceel (2011) ont publié une revue systématique des écrits scientifiques concernant l'efficacité des interventions en ergothérapie sur le retour au travail. Seulement six articles correspondaient aux critères de sélection (essais contrôlés randomisés, participants en âge de travailler, interventions effectuées par un ergothérapeute, analyse des résultats en lien avec le travail). De plus, des six articles sélectionnés, un seul correspond à un trouble de santé mentale transitoire, puisqu'il aborde les interventions ergothérapeutiques avec les travailleurs souffrant d'un trouble de dépression majeure (Desiron et coll., 2011). Bref, peu d'écrits sont disponibles en ce qui a trait à l'ergothérapie et ses

interventions efficaces concernant le retour au travail de personnes atteintes d'un trouble mental transitoire.

2.5 Objectif de l'étude et question de recherche

Considérant la pertinence du rôle et des compétences de l'ergothérapeute dans la réadaptation visant un retour au travail des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale transitoire, et puisque les écrits disponibles concernant les interventions ergothérapeutiques efficaces avec la clientèle sont très limités, cette étude a pour objectif de recenser les interventions actuellement documentées afin de pouvoir relever ce qui est applicable et congruent à la pratique de l'ergothérapie. Ainsi, la question guidant cette recherche est la suivante : quels sont les programmes d'interventions visant à faciliter le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale transitoire congruents à l'habilitation de l'occupation ?

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section a pour objectif de présenter les principaux concepts ayant guidé l'analyse des résultats de ce présent essai. Le principal concept considéré dans cet essai l'habilitation à l'occupation est d'abord présenté et défini clairement. Par la suite, le cadre conceptuel qui permet d'articuler les concepts dans une perspective habilitante est identifié.

3.1 Habilitation à l'occupation

L'occupation est la préoccupation principale des ergothérapeutes (Townsend & Polatajko, 2013). Townsend et Polatajko (2013) définissent l'occupation comme suit:

« ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signifiante. L'occupation comprend tout ce que fait une personne pour s'occuper d'elle-même, y compris prendre soin d'elle (soins personnels), prendre plaisir à la vie (loisirs) et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité) » (p.444).

Pour simplifier le langage de l'occupation, Polatajko et coll. (2013) proposent la « Taxonomie du rendement occupationnel » (TRO). Pour ce faire, cinq niveaux de classement sont proposés, où la dimension de complexité augmente d'un niveau à l'autre. Les niveaux de complexité sont les suivants : le mouvement volontaire ou le processus mental, l'action, la tâche, l'activité et l'occupation (Polatajko et coll., 2013). Dans le présent essai, le travail sera considéré comme la principale occupation d'intérêt. Par exemple, si le client rencontré occupe un emploi de bureau, la rédaction de rapport constitue une activité, le classement de rapport dans un dossier se rapporte à une tâche, tourner les pages d'un rapport ou se souvenir des informations lues dans un dossier est une action, tandis que la concentration et l'attention utilisées correspondent à des processus mentaux. Aussi, la flexion et l'extension des membres supérieurs correspondent aux mouvements volontaires. En analysant une occupation de la personne avec cette taxonomie, il est possible de comprendre les forces et les limites de la personne et de transposer dans d'autres occupations, ce qui permet d'appuyer et de justifier les interventions en ergothérapie (Polatajko et coll., 2013).

L'habilitation à l'occupation constitue la finalité de l'ergothérapie (Polatajko et Townsend, 2013). En effet, les ergothérapeutes se distinguent des autres professionnels de la santé par leur compétence d'habilitation à l'occupation qui permet d'engager les clients à travers

une occupation signifiante afin d'améliorer la santé, le bien-être ou la justice (Townsend et coll., 2013). Ainsi, ce concept réfère à l'approche utilisée par l'ergothérapeute où celui-ci outille, au-delà des interventions effectuées, leurs clients afin qu'ils effectuent un changement désiré dans le but d'améliorer leur participation, et ce, selon leurs attentes (Townsend et coll., 2013). Lorsqu'il est question d'habilitation, le client n'est pas seulement un individu. Le client peut être une famille, un groupe d'individus, une communauté, un organisme et même une population (Townsend et coll., 2013).

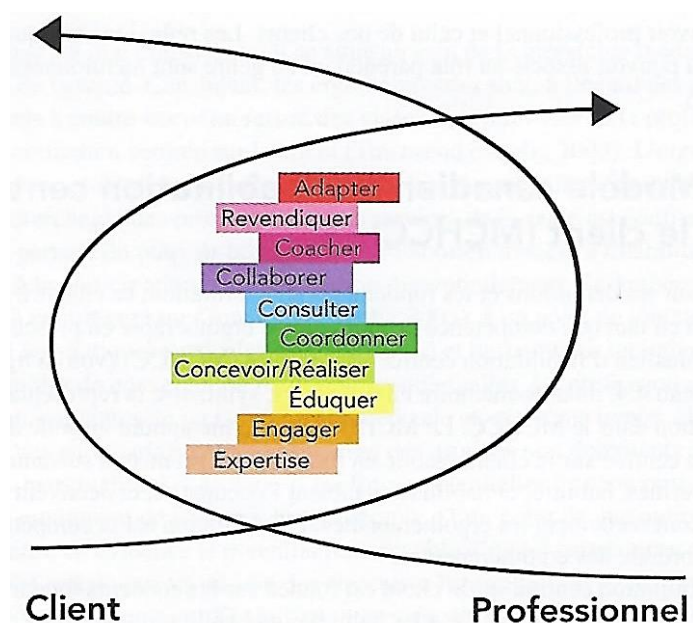


Figure 1. Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC). Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). *Habiliter : la compétence primordiale en ergothérapie* (N. Cantin, Trans.). Dans E. Townsend & H. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., p. 130). Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE. La reproduction de cette figure a été autorisée par l'ACE.

Le cadre d'intervention présenté par Townsend et coll. (2013), à savoir le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC), tel qu'illustré à la Figure 1, propose aux ergothérapeutes 10 habiletés d'habilitation : adapter; revendiquer; coacher; collaborer; consulter; coordonner; concevoir et réaliser; éduquer; engager et mettre à profit son expertise. Ces habiletés, qui seront expliquées dans les prochaines lignes, constitueront la grille d'analyse des données sélectionnées dans ce projet. Elles constitueront les catégories pour cibler les

interventions et les besoins sur lesquels les ergothérapeutes peuvent intervenir en concordance avec leur champ de compétence.

3.1.1 Adapter

L'habileté *adapter* réfère à ce qui est fait pour ajuster une occupation afin qu'elle devienne accessible ou réalisable selon les capacités et les besoins du client et en prenant en compte les contraintes de l'environnement (Townsend et coll., 2013). Par exemple, l'ergothérapeute reconfigure ou crée une occupation pour qu'elle puisse répondre à la situation unique du client, selon l'analyse suivant une évaluation de ce professionnel.

3.1.2 Revendiquer

L'habileté *revendiquer* est pertinente, puisque l'ergothérapie valorise la santé, le bien-être, l'intégration et la justice occupationnelle (Townsend et coll., 2013). Ainsi, l'habileté revendiquer se rapporte à :

« discuter, à plaider, à faire valoir ou à militer et à agir avec ou pour les gens afin de susciter des perspectives critiques, de solliciter de nouvelles formes de partage de pouvoir, [...] ou de faire connaître de nouvelles options aux décideurs clés » (Townsend et coll., 2013, p. 140).

En d'autres mots, cette habileté a pour objectif de conscientiser les gens quant à certaines situations d'injustice en leur exposant un point de vue différent et en proposant des changements. L'ergothérapeute peut revendiquer par son propre chef, mais peut également soutenir les personnes concernées à faire ce qu'elles croient au premier regard inatteignable (Townsend et coll., 2013). Par exemple, l'ergothérapeute pourrait revendiquer auprès d'un directeur d'entreprise afin de modifier certaines conditions de travail pour les employés ayant une vulnérabilité aux facteurs de stress occasionnés par l'environnement de travail.

3.1.3 Coacher

L'habileté *coach*, aussi retrouvé sous l'appellation « accompagnement personnalisé » consiste à collaborer avec le client afin de fixer des objectifs et de les atteindre (Townsend et coll., 2013). La particularité en ergothérapie quant à cette habileté est que l'objectif établi concernera le domaine des occupations. Ainsi, l'ergothérapeute travaillera de façon à amener le client afin qu'il réfléchisse et découvre ses motivations afin d'atteindre son objectif. Le

professionnel offre également de la rétroaction et du soutien afin d'améliorer la situation du client (Townsend et coll., 2013).

3.1.4 Collaborer

L'habileté de *collaborer* réfère au travail clinique avec le client en partageant le pouvoir, afin d'atteindre un objectif commun (Townsend et coll., 2013). Ainsi, le professionnel n'est pas en situation de supériorité avec son client, mais doit travailler de concert avec ce dernier afin d'apporter le changement désiré, et ce, sans le faire à sa place (Townsend et coll., 2013).

3.1.5 Consulter

L'habileté *consulter* correspond au fait que l'ergothérapeute écoute les clients pour connaître leurs perspectives, recueille de l'information, l'analyse, puis émet des recommandations afin de les guider pour qu'ils effectuent un changement désiré (Townsend et coll., 2013). La consultation peut également être une façon pour certains organismes payeurs de rentabiliser le temps alloué d'un ergothérapeute, puisque les recommandations effectuées n'incluent pas un suivi direct avec le client, mais ayant un impact tout de même positif (Townsend et coll., 2013). De cette façon, plus de personnes peuvent bénéficier des services d'un ergothérapeute à moindre coût.

3.1.6 Coordonner

L'habileté *coordonner* permet « d'harmoniser dans un effort commun ou d'une action commune, de développer la concorde ou de combiner et d'adapter afin d'atteindre un effet particulier » (Townsend et coll., 2013, p. 144). L'ergothérapeute peut coordonner des équipes de soins, le personnel auxiliaire, et les différents services offerts dans la communauté afin de répondre aux besoins du client de façon congruente (Townsend et coll., 2013).

3.1.7 Concevoir et réaliser

L'habileté *concevoir et réaliser* correspond à la capacité des ergothérapeutes à créer et à mettre en place des stratégies uniques pour leurs clients répondant à leurs besoins (Townsend et coll., 2013). Les créations peuvent être, par exemple, des aides techniques, l'adaptation de l'environnement ou bien des programmes de promotion et prévention de la santé. Ainsi, les ergothérapeutes conçoivent des produits afin d'engager les personnes dans leurs activités de tous les jours.

3.1.8 Éduquer

L'habileté *éduquer* correspond à favoriser les apprentissages chez un individu ou un groupe de personnes (Townsend et coll., 2013). Pour les ergothérapeutes, « les habiletés en éducation servent à stimuler la croissance par l'engagement et la participation active aux occupations de la vie quotidienne » (Townsend et coll., 2013, p. 147). Une fois les gens « éduqués », ils ont les outils en main pour poursuivre leur engagement, sans nécessairement le suivi du professionnel. L'éducation peut se faire sous différentes formes, dépendamment du public cible. Par exemple, elle peut se faire de façon individuelle, ou par le biais d'une page web pour atteindre le plus de gens possible (Townsend et coll., 2013).

3.1.9 Engager

L'habileté *engager* vise à mobiliser la personne, la mettre à contribution dans l'agir et la faire participer afin qu'elle s'implique à devenir occupée (Townsend & Polatajko, 2013). L'engagement permet également au client de s'impliquer dans son processus thérapeutique en donnant son avis et en effectuant des choix. De plus, pour les ergothérapeutes, il est primordial que leurs clients s'engagent dans des occupations pour leur santé et leur bien-être.

3.1.10 Exercer l'expertise, mettre à profit son expertise

L'habileté *exercer l'expertise* réfère à l'utilisation de techniques spécialisées pour traiter des besoins particuliers (Townsend et coll., 2013). En ergothérapie, les techniques spécialisées visent à améliorer l'engagement des clients dans leurs occupations. Par exemple, l'ergothérapeute utilisera des techniques pour le positionnement thérapeutique pour la prévention de plaies ou des techniques de réadaptation psychosociale pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale (Townsend et coll., 2013).

Finalement, le modèle MCHCC (Townsend et coll., 2013) permettra d'analyser les programmes recensés en lien avec les données disponibles sur ceux-ci. Ainsi, l'analyse permettra d'identifier les différentes habiletés utilisées par les intervenants des différents programmes afin de constater s'ils sont congruents à l'habilitation. Pour ce faire, les définitions ci-dessus seront utilisées.

4. MÉTHODE

La section suivante abordera la méthode utilisée pour conduire cette recherche. Une revue des écrits a été conduite afin d'explorer les sources actuellement disponibles concernant le sujet de recherche. La méthodologie utilisée en est une de type revue systématique. Elle est inspirée de celle proposée par Bertrand, L'Espérance, et Aranda (2014) qui est composée de quatre grandes étapes : 1) question de recherche et critères d'inclusion et d'exclusion, 2) recherche des études pertinentes, 3) évaluation de la qualité des études retenues et enfin 4) analyse et interprétation des résultats.

4.1 Question de recherche et critères d'inclusion et d'exclusion

4.1.1 Formuler la question de recherche

D'abord, la question à la base de cette recherche a été formulée de la façon suivante : quels sont les programmes d'interventions visant à faciliter le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale transitoire congruents à l'habilitation de l'occupation ? Ainsi, les textes visés par cette étude sont ceux concernant les travailleurs adultes souffrant d'un trouble de santé mentale transitoire (dépression, trouble anxieux ou trouble de l'adaptation), ayant conservé un lien avec l'emploi et visant le retour au travail à l'aide d'interventions de réadaptation.

4.1.2 Établir les critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de sélectionner les textes pertinents en lien avec la question de recherche, les critères d'inclusion ont été définis de la façon suivante : les articles doivent aborder des interventions visant le retour au travail, c'est-à-dire que seulement les articles concernant les interventions auprès de personnes ayant maintenu un contact avec leur employeur sont considérés. Aussi, seuls les textes accessibles gratuitement en format électronique ou papier ont été considérés.

Pour ce qui est des critères d'exclusion, les articles abordant d'autres problématiques que le trouble mental transitoire n'ont pas été considérés (ex. : trouble de santé mentale grave, problématique de santé physique, traumatisme craniocérébral, cancer, toxicomanie, etc.). Également, les articles abordant l'efficacité de certains programmes du point de vue financier n'ont pas été sélectionnés. Aussi, les articles concernant les interventions visant des professions

spécifiques (ex. : militaire, policier) ont été exclus afin d'avoir des résultats pouvant être généralisés à diverses professions.

4.2 Recherche et sélection des études pertinentes

Afin d'identifier les textes les plus pertinents en lien à la question de recherche, la base de données CINAHL a été sélectionnée et consultée, puisqu'elle regroupe des textes traitant des sciences de la santé et de la réadaptation, incluant l'ergothérapie. En effet, cette basée de données est pertinente dans la pratique de l'ergothérapie, puisqu'elle traite principalement des domaines paramédicaux. Malgré la pertinence de l'utilisation d'autres bases de données pertinentes, une seule a été consultée pour des raisons de faisabilité liée à l'ampleur du travail attendu dans le cadre de ce projet d'intégration. Ce choix a été fait même s'il limite considérablement l'interprétation et la généralisation des résultats.

Tableau 1.
Stratégie de recherche

BASE DE DONNÉES	CINAHL
<p>DATE DE CONSULTATION</p>	<p>2017-05-27</p>
<p>OPÉRATEURS BOOLÉENS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Return to work" OR "Job re-entry" OR "Reemployment" OR "Vocational rehabilitation" OR "Occupational rehabilitation" • <i>intervention*</i> OR <i>strateg*</i> OR <i>therapy</i> OR <i>treatment</i> • "mental health" OR "mental disorder*" • NOT <i>schizophreni*</i>
<p>DATE DE PUBLICATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 2010 à 2017
<p>OPÉRATEURS DE RESTRICTION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Langue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anglais ○ Français • Groupe d'âge: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Adult</i> (19-44 ans) ○ Middle Age (45-64 ans) • Relu par un comité de lecture
<p>RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 65 articles
<p>ARTICLES RETENUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 7 articles

Les principaux concepts identifiés pour conduire la recherche sont : interventions, trouble mental transitoire et retour au travail. Plusieurs synonymes ont également été utilisés pour couvrir le plus d'articles possible dans la littérature.

Lors de la recherche documentaire, des critères de restriction ont également été mis en place afin d'obtenir des résultats les plus probants en lien avec la question de recherche. Les textes devaient être publiés en anglais ou en français. Les articles devaient avoir été publiés entre 2010 et 2017, afin d'avoir des données d'actualité sur le sujet. Aussi, la population concernée par les articles devait être des adultes âgées entre 18 et 65 ans, puisqu'ils correspondent à l'âge de la population active. Le résumé de la stratégie de recherche est illustré dans le Tableau 1 détaillant la date de consultation, les opérateurs booléens, les opérateurs de restrictions ainsi que les résultats préliminaires obtenus dans la base de données.

4.3 Évaluer la qualité des études retenues

Afin de pouvoir étudier l'information contenue dans chaque article sélectionné, les informations pertinentes ont été organisées dans un tableau synthèse incluant les données brutes suivantes : noms des auteurs, année de publication, pays concernés, interventions abordées, but de l'étude, méthodologie de l'étude et les principaux résultats. Ainsi, la nature des interventions présentée ainsi que leur efficacité pourront être comparées.

4.4 Analyse et interprétation des résultats

Les données de cette recherche sont analysées de façon qualitative. L'analyse de contenu, telle que décrite par Fortin et Gagnon (2016), sera utilisée. Cette méthode d'analyse est grandement utile lorsque des données qualitatives divergentes sont recueillies. Elle permet de traiter l'information de façon à faire ressortir les principaux thèmes et tendances, qui par la suite, seront regroupés sous forme de catégories. En effet, les données recueillies dans chaque article seront regroupées sous la forme d'un tableau résumé afin de comparer les éléments les plus pertinents, c'est-à-dire l'année de publication, le pays d'origine, les participants et le programme étudié. Par la suite, les programmes d'intervention seront comparés selon les thèmes suivants : intervenants impliqués, objectif du programme, participation volontaire ou contrainte et les approches utilisées. Finalement, les programmes d'intervention incluant un ergothérapeute seront analysés selon le MCHCC (Townsend et coll., 2013) afin de faire ressortir les habiletés

d'habilitation mises de l'avant par ces programmes. Les définitions utilisées afin d'effectuer cette analyse sont celles définies dans la section « cadre conceptuel ».

4.5 Critères de scientificité

La méthodologie de cette recherche est basée sur des critères de scientificité rigoureux afin que les résultats soient plausibles. En effet, le respect des critères de scientificité est important lors de la conduite d'une étude, puisqu'ils s'assurent que la démarche scientifique mène à des conclusions valides (Drapeau, 2004).

D'abord, le critère de crédibilité, visant à s'assurer que les résultats découlent de la représentation de la réalité (Drapeau, 2004), tend à être respecté. En effet, pour s'en assurer, la validation de la stratégie de recherche auprès de la bibliothécaire associée au Département d'ergothérapie a permis de s'assurer que tous les articles abordant le sujet de recherche soient recensés par la vérification des mots clés et des synonymes utilisés.

Également, le critère de transférabilité, visant à la généralisation des résultats (Drapeau, 2004), tend à être respecté, puisque le contexte de la situation est bien détaillé et permet au lecteur de juger s'il est possible d'étendre les conclusions de cette recherche à un autre contexte pertinent.

Pour respecter le critère de fiabilité, se référant à la constance des résultats et la reproductibilité de la recherche (Drapeau, 2004), la stratégie de recherche a été amplement détaillée afin d'assurer sa reproductibilité.

Pour s'assurer de l'objectivité de l'étude, consistant à maximiser l'impartialité de l'interprétation des résultats (Drapeau, 2004), un même tableau d'extraction a été utilisé pour s'assurer de la constance des éléments à faire ressortir des différentes études. Dans le même ordre d'idées, un autre tableau a été utilisé pour s'assurer que l'interprétation des résultats soit la même pour tous les articles sélectionnés.

4.6 Certification éthique

Aucune certification éthique n'a été demandée, puisque les données recueillies se feront via une recherche documentaire dans des bases de données électroniques. Aucune participation humaine n'est nécessaire.

5. RÉSULTATS

La section qui suit présente les résultats obtenus lors de la recherche documentaire. Les études sélectionnées, les programmes recensés, ainsi que l'analyse selon le MCHCC des interventions impliquant un ergothérapeute seront abordés ci-dessous.

5.1 Études sélectionnées

Au total, sept articles répondaient à l'ensemble des critères de sélection et ont été retenus lors de la recension des écrits. Le Tableau 2 expose un court résumé des informations les plus pertinentes.

Tableau 2.
Résumé des études sélectionnées

Auteurs	Andersen, Nielsen et Brinkmann	Jensen	Joosen, Frings-Dresen et Sluiter	Kellett et coll.	Martin, Nielsen, Jakobsen et Rugulies	Martin coll.	et	Martin, Nielsen, Pedersen et Rugulies
Année	2014	2013	2011	2011	2012	2013		2015
Pays	Danemark	Danemark	Pays-Bas	Royaume-Uni	Danemark	Danemark		Danemark
Devis	Qualitatif	Quantitatif	Quantitatif	Quantitatif	Mixte	Quantitatif		Quantitatif
Participants	Arrêt de travail causé par stress ou dépression	Arrêt de travail causé par trouble de santé physique et/ou mentale	Symptômes de fatigue chronique ayant des impacts au quotidien	Problématiques de santé physique ou mentale	Arrêt de travail causé par trouble de santé mentale commun	Arrêt de travail causé par trouble de santé mentale commun		Arrêt de travail causé par trouble de santé mentale commun
Programme	Programme de retour au travail pris en charge par l'État	Programme de retour au travail pour problématique physique et mentale	Programmes basés sur l'exercice physique	<i>Condition management programmes</i>	<i>Coordinated and tailored work rehabilitation</i>	<i>Coordinated and tailored work rehabilitation</i>		<i>Coordinated and tailored work rehabilitation</i>

5.1.1 Pays

L'ensemble des articles sont d'origine européenne, mais la majorité provient du Danemark. Il faut noter qu'au Danemark, le contexte législatif est très strict en ce qui a trait aux arrêts de maladie, puisque l'État régit les compensations financières (Martin, Nielsen, Petersen,

Jakobsen, & Rugulies, 2012). Ainsi, plusieurs personnes sont contraintes à participer à des programmes de retour au travail.

5.1.2 Devis

Les devis varient d'une étude à l'autre. L'étude de Jensen (2013) est la seule ayant un devis qualitatif, puisque cette étude vise à connaître la perception des participants quant à leur participation au programme de retour au travail. Toutefois, l'étude de Martin et coll. (2012) présente un devis mixte dont les données ont été recueillies par observations, sondages, entrevues et consultation de documentations administratives. Les autres études présentent des devis quantitatifs dont les données ont été recueillies majoritairement sous forme de questionnaire ou d'évaluation standardisée.

Le but des études varie également. En effet, cinq études présentent au minimum un objectif de recherche abordant l'efficacité ou les effets associés aux interventions présentées (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2014; Joosen, Frings-Dresen, & Sluiter, 2011; Kellett et coll., 2011; Martin et coll., 2013; Martin, Nielsen, Pedersen, & Rugulies, 2015). Aussi, un article aborde la perception des travailleurs quant à leur participation à un programme d'intervention de retour au travail (Andersen et coll., 2014) et un article vise à valider un programme et sa théorie concernant le retour au travail (Jensen, 2013). Pour sa part, l'article de Kellett et coll. (2011) a également pour but d'identifier quelles sont les conditions de santé associées à une meilleure progression vers un retour au travail à la suite de la participation du programme présenté. De son côté, l'article de Martin et coll. (2012) vise à évaluer l'implantation d'un programme de retour au travail auprès de la clientèle visée. Ainsi, puisque les objectifs des études sont grandement variés, les résultats quant à l'efficacité des interventions n'ont pas été comparés.

5.1.3 Participants

Pour ce qui est des participants aux études, la majorité était en arrêt de travail de 4 à 8 semaines avant le début des interventions, toutefois certaines études ne mentionnent pas la durée de l'arrêt de travail. Les participants souffrent principalement d'un trouble de santé mentale commun, incluant le stress, la dépression et la fatigue chronique. Par contre, les études de Jensen (2013) et de Kellett et coll. (2011) incluent également les problématiques de santé physique ainsi que la comorbidité entre les problématiques de santé mentale et de santé physique.

5.1.4 Programmes

Cette revue de la littérature a permis d'identifier cinq programmes distincts, puisque le programme *Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention* est le sujet de trois articles recensés (Martin et coll., 2013; Martin et coll., 2015; Martin et coll., 2012).

5.2 Programme d'interventions

Ainsi, cinq programmes d'interventions ont été identifiés lors de la recension des écrits. Un résumé de chaque programme est offert au Tableau 3. Les interventions identifiées ainsi que leurs résultats varient d'une étude à l'autre. Toutefois, les programmes avaient en commun certaines approches d'intervention, telles que les approches multidisciplinaires, psychoéducatives, basées sur l'exercice physique, respectant une démarche clinique et incluant un ergothérapeute.

Tableau 3.
Résumé des programmes d'intervention

Programme	Intervenants	Objectif	Participation	Approches
Programme de retour au travail pris en charge par l'État (Andersen et coll., 2014)	– Psychologue – Physiothérapeute – Ergothérapeute – Psychiatre – Médecin	Vise le retour au travail	Régie par l'État	– Multidisciplinaire – Psychoéducatif – Exercice physique – Respecte une démarche clinique
Programme de retour au travail pour problématique physique et mentale (Jensen, 2013)	– Travailleur social – Entraîneur – Rhumatologue – Médecin du travail	Vise le retour au travail en travaillant sur les incapacités	Régie par l'État	– Respecte une démarche clinique – Exercice physique
Programmes basés sur l'exercice physique (Joosen et coll., 2011)	– Non spécifié	Diminuer les symptômes de fatigue chronique	Volontaire	– Exercice physique – Cognitivo-comportementale
Condition management programmes (Kelett et coll., 2011)	– Infirmier spécialisé en santé mentale – Infirmier généraliste – Ergothérapeute – Physiothérapeute – Assistant en psychologie	Aider à gérer sa condition de santé afin de prévenir une détérioration dans le but de retourner au travail	Volontaire	– Multidisciplinaire – Psychoéducatif – Respecte une démarche clinique
Coordinated and tailored work rehabilitation (Martin et coll., 2013; Martin et coll., 2015; Martin et coll., 2012)	– Travailleur social – Psychologue – Physiothérapeute – Médecin du travail	Favoriser le retour à l'emploi	Régie par l'État	– Multidisciplinaire – Psychoéducatif – Respecte une démarche clinique

5.2.1 Participation

Pour l'ensemble des programmes déployés au Danemark, la participation des personnes au programme est forcée par l'État, puisque pour continuer à recevoir leur compensation financière, les travailleurs doivent participer aux interventions désignées par le *Municipal Social Insurance Officers* (Martin et coll., 2012).

5.2.2 Intervenants

L'ensemble des programmes comprend l'intervention de plusieurs professionnels de la santé différents. Toutefois, seulement les intervenants de trois programmes travaillent de façon multidisciplinaire, c'est-à-dire en collaboration et en ayant un plan d'intervention commun concernant la réadaptation du client (Andersen et coll., 2014; Kellett et coll., 2011; Martin et coll., 2013; Martin et coll., 2015; Martin et coll., 2012). Les résultats de Martin et coll. (2012) soulèvent des enjeux quant à l'approche multidisciplinaire, tels que la difficulté à assurer une communication efficace entre les différents intervenants afin qu'ils établissent un plan commun, ainsi qu'à assurer un continuum de soins cohérent entre les interventions des différents intervenants.

5.2.3 Approches

L'approche psychoéducative a été intégrée dans trois programmes d'interventions. L'ensemble des programmes offrent des séances psychoéducatives de groupes, alors que le *Condition Management Programmes* (Kellett et coll., 2011) et le *Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention* (Martin et coll., 2013; Martin et coll., 2015; Martin et coll., 2012) offrent des séances individuelles. Les résultats de ses études concernant l'efficacité de cette approche sont variés. En effet, il semble que cette approche améliore le sentiment de confiance des participants face au retour au travail (Andersen et coll., 2014) et que le sentiment de bien-être des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale se voit amélioré de manière significative (Kellett et coll., 2011). Les résultats du *Condition Management Programmes* (Kellett et coll., 2011), basé sur la psychoéducation, suggèrent que la participation à un programme psychoéducatif aiderait les participants à gérer plus facilement et efficacement leur condition de santé. Toutefois, l'intervention psychoéducative ne permettrait pas nécessairement d'assurer un retour au travail stable (Martin et coll., 2015).

Plusieurs programmes incluent une approche par l'activité physique. Toutefois, pour certains, la décision d'intégrer cette approche est prise lors de l'élaboration du plan d'intervention (Andersen et coll., 2014; Jensen, 2013). D'un autre côté, les programmes d'interventions présentés dans l'article de Joosen et coll. (2011) sont, quant à eux, basés sur l'exercice physique et semblent diminuer les symptômes de fatigue et améliorer la participation au travail.

Quatre programmes d'interventions respectent le processus d'une démarche clinique (Andersen et coll., 2014; Jensen, 2013; Kellett et coll., 2011; Martin et coll., 2013; Martin et coll., 2015; Martin et coll., 2012). En effet, l'approche respectant une démarche clinique implique un processus d'évaluation, afin d'identifier les besoins de la personne, d'élaboration et de la mise en place d'un plan d'interventions. Les résultats de l'étude de Andersen et coll. (2014) suggèrent également que l'approche individualisée mise en place à la suite d'une évaluation des besoins augmente le sentiment d'être pris en charge comme une personne unique avec des problèmes et des besoins spécifiques.

Cette recension des écrits identifie seulement deux programmes visant le retour au travail incluant les interventions d'ergothérapeutes (Andersen et coll., 2014; Kellett et coll., 2011). Ainsi, seulement ces deux articles seront analysés selon le MCHCC (Townsend et coll., 2013), afin d'observer si les interventions du programme sont congruentes avec l'habilitation à l'occupation.

5.3 Analyse selon le MCHCC des interventions impliquant l'ergothérapie

L'analyse selon le MCHCC (Townsend et coll., 2013) des programmes qui incluent l'ergothérapie permet d'identifier les habiletés clés d'habilitation qui y sont présentes, comme il est résumé au Tableau 4. Puisque peu d'information concernant le rôle des membres des équipes multidisciplinaires est disponible, l'ensemble des interventions du programme est analysé, et non seulement ce qui est fait par l'ergothérapeute.

Ainsi, compte tenu du fait que les articles détaillaient peu précisément les interventions offertes, seulement trois habiletés clés en habilitation ont été identifiées. En effet, deux habiletés sont partagées par les programmes incluant un ergothérapeute. D'abord, l'habileté « engager » est présente au sein des deux programmes puisque les objectifs de ces derniers visent à outiller

les participants à prendre en charge leur condition de santé ainsi qu'à retourner au travail, malgré la présence de leur problématique de santé. De cette façon, ces programmes sont cohérents avec cette habileté. Aussi, l'habileté « éduquer » est présente, puisque des séances psychoéducatives, où les intervenants font des enseignements, sont offertes afin que les participants soient outillés à faire face à leur problématique de santé mentale et faciliter le retour au travail. Ainsi, les intervenants habilent les personnes de façon à ce qu'ils aient en main des stratégies efficaces à les mettre en place de façon appropriée et opportune. Dans l'article de Andersen et coll. (2014), l'habileté « coordonner » a été identifiée, puisqu'un intervenant s'assure une bonne communication entre tous les intervenants du programme. Ainsi, cet intervenant s'assure d'un bon continuum de soins, afin que le participant bénéficie des meilleurs services afin d'atteindre l'objectif de retour au travail.

Tableau 4.

Interventions catégorisées selon les habiletés clés du MCHCC (Townsend et coll., 2013)

	Adapter	Revendiquer	Coacher	Collaborer	Consulter	Coordonner	Concevoir/ réaliser	Éduquer	Engager	Expertise
Programme de retour au travail pris en charge par l'État (Andersen et coll., 2014)						✓		✓	✓	
Condition management programmes (Kellett et coll., 2011)								✓	✓	

6. DISCUSSION ET CONCLUSION

La section qui suit vise à répondre à la question de recherche ainsi qu'à critiquer les résultats obtenus lors de la recherche. Aussi, l'implication de la recherche pour la pratique de l'ergothérapie sera abordée et une ouverture abordant quelques recommandations quant aux recherches futures sur le sujet sera émise.

6.1 Retour sur la question de recherche

La question orientant la conduite de cette recherche est la suivante : quels sont les programmes d'interventions visant à faciliter le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale transitoire congruente à l'habilitation de l'occupation ? L'analyse des résultats tend à démontrer que seulement deux programmes d'interventions incluaient les interventions d'un ergothérapeute dans leur programme de retour au travail auprès de la clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale commun. De plus, l'analyse de ces programmes révèle que seulement trois habiletés clés de l'habilitation sont présentes dans les programmes, soit « coordonner », « éduquer » et « engager ». Toutefois, puisque les articles offrent très peu d'information concernant les interventions, il est probable que les intervenants utilisent d'autres habiletés d'habilitation. En d'autres mots, il est possible que ces programmes soient plus habilitants. De plus, il faut noter que ce n'est pas l'analyse du travail de l'ergothérapeute qui a été directement étudié, mais l'ensemble des interventions du programme, puisqu'aucune information n'était disponible quant au rôle spécifique de chaque intervenant au sein du programme. Aussi, malgré le fait que ces deux programmes abordaient les clients avec une approche multidisciplinaire, l'habileté « collaborer » n'a pas été considérée, puisqu'elle définit davantage la collaboration entre le client et l'ergothérapeute et non entre les membres de l'équipe multidisciplinaire.

6.2 Différences culturelles possibles

Les articles exposent des programmes présents dans différents pays européens. Cependant, des différences culturelles quant à l'organisation législative des services d'invalidité à l'emploi limitent la généralisation des résultats au contexte québécois. Par exemple, au Danemark, les cas d'invalidité à l'emploi sont gérés par l'État (Martin et coll., 2012). Ainsi, il est possible de croire que le continuum d'offre de services est facilité, puisqu'il est géré par la même institution. Au Québec la couverture quant à l'invalidité des personnes en arrêt de travail varie en

fonction de la cause de l'invalidité (ex. : SAAQ, CNESST) et la protection détenue par la personne (ex. : assurance privée ou collective) (Éducaloi, 2017). Ainsi, le continuum de soin et les demandes des assureurs varient également d'un individu à l'autre selon les exigences qu'il doit respecter. De plus, les définitions utilisées pour définir l'ergothérapie et les habiletés clés de l'ergothérapeute proviennent des ouvrages canadiens. De ce fait, une divergence est possible entre les compétences attendues des ergothérapeutes européens comparativement aux ergothérapeutes canadiens.

6.3 Pertinence de l'ergothérapie auprès de la clientèle visée

L'ergothérapeute devrait être mis plus à profit lorsqu'il est question des interventions visant le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble mental commun, puisque l'ergothérapie est définie comme « l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 441) et que le travail est une occupation signifiante, souvent même essentielle au maintien de la qualité de vie des personnes. En effet, les ergothérapeutes sont des professionnels compétents détenant des habiletés d'habilitation, permettant d'intervenir auprès des clients. Ainsi, ils devraient davantage être impliqués auprès d'eux de façon à déployer leur éventail d'habiletés afin d'offrir un soin complet et efficace.

Par exemple, l'ergothérapeute travaillera également en « collaboration » (Townsend et coll., 2013) avec le client, sans avoir une relation de pouvoir auprès de ce dernier, afin de fixer des objectifs et de les atteindre, ce qui permet de faciliter l'« engagement » (Townsend et coll., 2013) de la personne dans son processus de réadaptation. En effet, en intervenant de cette façon, le professionnel vise à mobiliser la personne afin qu'elle s'implique au maximum de ses capacités dans l'atteinte de ses objectifs. L'ergothérapeute peut « adapter » (Townsend et coll., 2013) les tâches de l'emploi occupé par son client afin de faciliter son retour au travail et d'assurer son maintien à l'emploi à long terme. Les adaptations du milieu ou des tâches effectuées par la personne devront du même fait être « revendiquées » (Townsend et coll., 2013) auprès de l'employeur afin de le conscientiser et d'assurer une justice occupationnelle en permettant à l'employé présentant des incapacités liées à son trouble mental commun de participer activement à son emploi. Ainsi, l'ergothérapeute intervient en « mettant son expertise »

(Townsend et coll., 2013), en utilisant des modalités d'intervention spécialisées et dont l'efficacité a été démontrée afin de répondre aux besoins uniques de son client.

La pertinence de l'ergothérapeute comme intervenant d'intérêt n'exclut toutefois pas l'importance de l'implication d'autre professionnel dans le processus de réadaptation visant le retour au travail. En effet, l'intervention d'une équipe multidisciplinaire permet d'avoir une approche holistique permettant de répondre à l'ensemble des besoins de la personne, ce qui peut correspondre aux différents champs de compétences des intervenants de l'équipe. De plus, selon Joyce et coll. (2016), une approche multidisciplinaire permettant d'utiliser plus d'une technique d'intervention à la fois, tend à produire de meilleurs résultats auprès de la clientèle. Ainsi, cette approche n'est pas à négliger.

6.4 Limite méthodologique

Cette étude comporte quelques limites pouvant influencer les résultats obtenus. D'abord, seule une base de données scientifique a été consultée, alors que d'autres auraient également pu contenir des articles pertinents à la question de recherche. Toutefois, puisqu'une seule base de données a été consultée, il est fort probable que d'autres programmes récents impliquent les services d'ergothérapeutes. Aussi, seulement les articles publiés entre 2010 et 2017 ont été considérés pour limiter l'ampleur de la recension des écrits dans le cadre de ce projet. Cependant, il est probable que d'autres articles pertinents à la recherche puissent avoir été publiés avant ces années, puisque la réflexion sur le sujet des interventions visant le retour au travail a débuté avant ces années.

De plus, le processus de recension des écrits a été effectué par une seule personne. Bertrand et coll. (2014) conseillent que deux chercheurs effectuent la recherche et la sélection des données, analysent les études et interprètent les résultats pour s'assurer de minimiser les biais de lecture et d'augmenter l'objectivité face à l'interprétation des résultats.

Également, l'analyse de la qualité des articles scientifiques n'a pas été effectuée puisque tous les articles répondant aux critères de sélection ont été conservés, en raison du peu de données disponibles. Ainsi, il se peut que certains articles ayant une faible qualité méthodologique aient été considérés dans l'analyse des résultats.

6.5 Force de l'étude

Cette étude présente des forces au niveau de la méthodologie. En effet, la structure et la reproductibilité de l'étude permettent d'assurer la fiabilité de l'étude. De plus, le sujet abordé est un sujet d'actualité, puisque la problématique démontre un enjeu pour la société québécoise. Toutefois, peu d'étude se penche sur le sujet concernant les interventions en ergothérapie. Ainsi, ce projet permet de faire progresser la réflexion quant aux interventions offertes dans différents milieux ainsi que la place des ergothérapeutes lorsqu'il est question de réadaptation visant le retour au travail des personnes atteintes d'un trouble mental commun.

6.6 Orientation des recherches futures

À la lumière des résultats de cette étude, il serait intéressant d'observer les différentes interventions effectuées actuellement par les ergothérapeutes dans le contexte du système de santé québécois. Par la suite, il serait également pertinent d'évaluer l'efficacité de l'ensemble des programmes de réadaptation et continuum de soins présentement offerts aux travailleurs atteints d'un trouble de santé mentale commun. Ainsi, il serait possible d'émettre des recommandations à propos des meilleures approches à mettre en pratique auprès de cette clientèle afin de favoriser leur retour au travail, mais également un maintien optimal à l'emploi.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2014). Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : Points saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada. Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-mood-anxiety-anxieux-humeur/index-fra.php>
- American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., traduit par M.-A. Crocq et J. D. Guelfi). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2014). How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation, 24*(4), 709-724. doi:10.1007/s10926-014-9498-5
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). Position officielle de l'ACE : le retour au travail et l'ergothérapie. Repéré à https://www.caot.ca/pdfs/positionstate/FR_Return%20to%20Work%202009.pdf
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE Repéré à <http://caot.in1touch.org/document/4720/2012profil.pdf>.
- Bertrand, K., L'Espérance, N., & Aranda, J. F. (2014). La méthode de la revue systématique : illustration provenant du domaine de la toxicomanie et des troubles mentaux concomitants chez les jeunes. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 145-166). Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Désiron, H., de Rijk, A., & Van Hoof, E. (2011). Occupational therapy and return to work : a systematic literature review. *BMC Public Health, 11*.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques, 10*(1), 79-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Éducaloi. (2017). L'assurance contre la maladie, les accidents et l'invalidité. Repéré à <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/assurance-contre-la-maladie-les-accidents-et-linvalidite>

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Jensen, A. G. C. (2013). A two-year follow-up on a program theory of return to work intervention. *Work*, 44(2), 165-175. doi:10.3233/WOR-121497
- Joosen, M., Frings-Dresen, M., & Sluiter, J. (2011). Process and outcome evaluation of vocational rehabilitation interventions in patients with prolonged fatigue complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(2), 160-171. doi:10.1007/s12529-010-9099-4
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. 46(4), 683-697. doi:10.1017/S0033291715002408
- Kellett, S., Bickerstaffe, D., Purdie, F., Dyke, A., Filer, S., Lomax, V., & Tomlinson, H. (2011). The clinical and occupational effectiveness of condition management for incapacity benefit recipients. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 164-177. doi:10.1348/014466510X502330
- Martin, M., Nielsen, M., Madsen, I., Petersen, S., Lange, T., & Rugulies, R. (2013). Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 621-630. doi:10.1007/s10926-013-9421-5
- Martin, M., Nielsen, M., Pedersen, J., & Rugulies, R. (2015). Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: results of a two-year follow-up study. *Disability & Rehabilitation*, 37(22), 2107-2113. doi:10.3109/09638288.2014.1001524
- Martin, M., Nielsen, M., Petersen, S., Jakobsen, L., & Rugulies, R. (2012). Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 427-436. doi:10.1007/s10926-011-9352-y
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2017). La profession. Repéré à <https://www.oeq.org/profession/profession.fr.html>
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie (traduit par N. Cantin). Dans E. Townsend & H. Polatajko (dir.), *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., pp. 103-158). Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.). Ottawa: CAOT Publications ACE.