

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITE DU QUEBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

PAR
ROXANNE ARCAND

PRATIQUES OPTIMALES EN ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE
PRÉSENTANT UNE COMPLEXITÉ DE SOINS :
UNE ÉTUDE DE PORTÉE

12 DÉCEMBRE 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue au cours de ma maîtrise et qui m'ont donné l'énergie et la motivation nécessaires pour remettre un travail de qualité. Parmi ces personnes se trouvent notamment mes chers parents adorés, toutes mes belles amies venant des quatre coins du Québec, ainsi que mon copain que j'aime à la folie. Je tiens aussi à remercier ma directrice d'essai, Mme Valérie Poulin, qui a sans l'ombre d'un doute mis autant d'effort que moi sur ce projet dont je suis extrêmement fière. Je me considère chanceuse d'avoir pu compter sur des personnes aussi extraordinaires tout au long de mon parcours scolaire et j'espère vous garder dans ma vie encore longtemps.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS	IV
RÉSUMÉ	V
ABSTRACT	VI
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. Contexte des services de soins et de réadaptation au Québec	2
2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques influençant les services de santé du système québécois	4
2.2. Description de la situation des personnes présentant des besoins de soins multiples et complexes	5
2.2.1. Définitions et état de la situation	5
2.2.2. Enjeux occupationnels chez cette population.....	8
2.2.3. Situations de vulnérabilité psychosociale chez cette population.....	9
2.2.4. Fréquentation des services et implications pour le contexte de pratique	11
2.3. Rôle de l’ergothérapeute auprès d’une clientèle requérant une complexité de soins et de services de réadaptation.....	13
2.4. Question et objectif de recherche	14
3. CADRE CONCEPTUEL.....	15
3.1. Modèle canadien du processus de pratique	15
3.2.1. Contextes de la pratique	15
3.2.2. Processus de pratique.....	16
3.3. Pertinence du modèle sélectionné au regard de la problématique à l’étude.....	18
4. MÉTHODE.....	18

4.1. Devis de recherche	18
4.2. Identification de la question de recherche	19
4.3. Identification des études pertinentes et sélection des études	20
4.4. Extraction des résultats	22
4.5. Synthèse et communication des résultats	23
4.6. Co-validation des thématiques ressorties	23
5. RÉSULTATS	23
5.1. Présentation des articles scientifiques sélectionnés.....	23
5.2. Processus clinique avec une clientèle composant avec des besoins complexes...25	
5.2.1. 1) Initier et établir le contact et 2) Établir les balises	25
5.2.2. 3) Évaluer et analyser et 7) Évaluer le résultat	27
5.2.3. 4) Convenir des objectifs et du plan	32
5.2.4. 5) Mise en œuvre	35
5.2.5. 6) Faire le suivi	40
5.2.6. 8) Conclure et mettre fin.....	40
5.3. Les soins complexes et les différents contextes en ergothérapie	41
5.3.1. Schèmes de référence utiles avec les personnes vivant une complexité de soins 42	
5.3.2. Contexte sociétal des personnes ayant des besoins de soins complexes	42
5.3.2. Contexte de pratique avec une clientèle ayant des besoins complexes	46
6. DISCUSSION	57
6.1. Retour sur la question de recherche et les objectifs de l'étude.....	57
6.2. Analyse critique des résultats obtenus.....	57
7. CONCLUSION	64
RÉFÉRENCES	66

ANNEXE A.....71

ANNEXE B.....73

ANNEXE C.....74

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1. Processus de recherche dans les bases de données	21
Tableau 2. Critères de sélection des articles	22
Tableau 3. Résumé des évaluations recensées	31
Tableau 4. Résumé des sujets concernant les articles sélectionnés.....	73
Tableau 5. Grille d'extraction et résumés des articles scientifiques retenus.....	74
Figure 1. Cycle de complexité.....	71
Figure 2. Schématisation de la sélection des articles scientifiques.....	24

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVQ : Activité de la vie quotidienne

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

FIM : Functionnal Independence Measure

MBTOTR : Modified Blaylock Tool for Occupational Therapy Referral

MCHCC : Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client

MCPP : Modèle canadien du processus de pratique

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement occupationnel

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OTDNS : Occupational Therapy Discharge Needs Screen

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

RÉSUMÉ

Problématique: La population québécoise fait face à plusieurs changements et défis sociodémographiques résultant en une augmentation de la complexité dans les soins et les services offerts à la population. Les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, doivent s'engager dans de nouveaux rôles et adapter leur pratique actuelle afin de résoudre les situations de soins complexes et offrir des services efficaces. **Objectif :** Cette étude de portée vise à synthétiser les connaissances actuelles permettant l'adaptation et l'optimisation des pratiques en ergothérapie avec une clientèle ayant des besoins de soins complexes. **Cadre conceptuel :** L'étude a été guidée par le Modèle canadien du processus de pratique (MCP), permettant à la fois de prendre en compte les différents contextes de pratique des ergothérapeutes ainsi que les points d'action du processus de pratique. **Méthodologie :** La méthode proposée par Arksey et O'Malley (2005) a été suivie afin d'identifier les articles à l'aide de cinq bases de données, sélectionner les études admissibles par consensus des deux auteurs (abordant les concepts de complexité de soins ou de multimorbidité et s'appliquant au processus de pratique ergothérapeutique), ainsi qu'extraire les résultats en vue de les catégoriser par thématiques en cohérence avec les composantes du MCP. **Résultats :** Les 17 articles retenus ont permis d'identifier des éléments-clés à intégrer dans le processus de pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle, dont des évaluations, des interventions et des modèles cliniques prometteurs pouvant contribuer à un processus de soins satisfaisant et efficace. Ceux-ci abordent notamment l'approche centrée sur le client, l'autogestion, les soins en interdisciplinarité et l'inclusion des proches. Des modèles de soins novateurs impliquant différents rôles de l'ergothérapeute (ex. : gestion de cas, implication dans les soins en première ligne) sont aussi ressortis. Certains défis du contexte de pratique pouvant influencer la continuité et la globalité des services auprès de cette clientèle sont également relevés. **Discussion :** Malgré la conscientisation des ergothérapeutes concernant les meilleures pratiques à adopter, certains obstacles amènent une possible discordance entre les pratiques optimales préconisées et la réalité. Il importe que les ergothérapeutes investissent le rôle d'agent de changement afin de plaider pour l'offre de services accessibles, continus, globaux, éthiques et de qualité. **Conclusion :** Cette synthèse des écrits scientifiques apporte une réflexion critique face aux pratiques ergothérapeutiques actuelles afin d'offrir des soins inclusifs et de qualité avec une clientèle ayant des besoins complexes.

ABSTRACT

Context: The Quebec population is facing several sociodemographic changes and challenges resulting in an increased complexity in the healthcare and the services offered to the population. Health care professionals, including occupational therapists, must engage in new roles and adapt their current practices in order to solve complex care situations and provide efficient services.

Objective: The purpose of this scoping review is to synthesize current evidence to adapt and to optimize occupational therapy practices with clients having complex care needs.

Conceptual Framework: The study was guided by the Canadian Model of the Process of Practice (CMPP), which considers both the different practice settings of occupational therapists and the action points of the practice process.

Methodology: The method proposed by Arksey and O'Malley (2005) was used to identify articles using five databases, to select eligible studies by consensus of two authors (addressing the concepts of complexity of care or multimorbidity and applicable to the occupational therapy practice process), and then to extract the results in order to categorize them by themes consistent with the components of the CMPP.

Results: Following the analysis of the 17 articles included many themes emerged regarding the key elements to optimize the practice process of occupational therapists with this clientele. Some themes, such as the client-centred approach, interdisciplinary care, caregivers' engagement, and self-management are preponderant among the articles and are relevant with this clientele. Innovative models of care involving different roles of the occupational therapist (e.g., case management, primary care) have also emerged. Some challenges regarding the practice context which may influence the continuity and the globality of the services for this clientele are also noted.

Discussion: Despite occupational therapists' awareness of the best practices to adopt, certain obstacles lead to a possible discrepancy between the recommended best practices and the reality. It is important that occupational therapists take on the role of agents of change in order to advocate for accessible, ongoing, comprehensive, ethical and quality services.

Conclusion: This synthesis of the scientific literature provides a critical reflection on current occupational therapy practices in order to offer inclusive and quality care to clients with complex needs.

1. INTRODUCTION

Multimorbidités, co-occurrence d'enjeux de santé physique et mentale, barrières culturelles, iniquités sociales... Tous ces éléments entrent en ligne de compte lors de la prestation de services en ergothérapie. La considération de ces divers éléments peut complexifier la prise en charge et les interventions en ergothérapie et ainsi mener à un processus de pratique plus élaboré pour les différents professionnels de la santé. Effectivement, il est reconnu que la prévalence de personnes vivant avec des multimorbidités est en augmentation depuis les dernières années, ayant passé 17,4 % en 2003 à 24,3 % en 2009, soulignant aussi que les personnes composant avec des besoins multiples et complexes sont devenues la norme plutôt que l'exception (Fortin et al., 2007; Konn Pefoyo et al., 2015).

Ces faits suggèrent de nombreuses implications aux plans économique, social et occupationnel qui ont des conséquences considérables tant sur l'individu que sur le système de santé du Québec. Il est d'ailleurs démontré que des personnes composant avec une trajectoire de soins complexe ont un plus grand taux de fréquentation des services ainsi qu'un plus grand risque de réadmission à l'hôpital, ce qui engendre par le fait même des coûts importants pour le système de santé québécois (Payne, Abel, Guthrie, & Mercer, 2013; Salisbury, Johnson, Purdy, Valderas, & Montgomery, 2011). D'ailleurs, ces personnes ont de plus grandes chances de vivre des situations de vulnérabilité au plan personnel puisque celles-ci ont plus de risque de vivre une problématique de santé mentale (Barnett et al., 2012), de la détresse psychologique (Fortin, Bravo, Hudon, Dubois, & Almirall, 2006) et d'avoir une espérance de vie moindre (Nunes, Flores, Mielke, Thumé, & Facchini, 2016). Aussi, sur le plan occupationnel, ces personnes doivent souvent apporter des modifications dans leurs occupations et leurs habitudes de vie afin de composer avec leur condition de santé. De la sorte, le sens accordé aux occupations ainsi que la réalisation de celles-ci s'en trouvent modifiés (Carolynne White, Lentin, & Farnworth, 2013). Par leur formation autant en santé mentale qu'en santé physique, leur vision holistique et leur compétence dans l'intervention basée sur les occupations, les ergothérapeutes peuvent contribuer à concevoir et mettre en œuvre des programmes et des services inclusifs et efficaces pour cette clientèle (Townsend & Polatajko, 2013). Ainsi, sachant que les personnes composant avec des besoins multiples et complexes fréquentent plus souvent les établissements de santé, que le coût des réadmissions est très élevé, qu'elles sont sujettes à subir des injustices sociales et qu'elles vivent

avec d'importants changements occupationnels, il s'avère pertinent de se pencher sur les meilleures pratiques en ergothérapie pour ces personnes afin de prévenir les complications, les réadmissions à l'hôpital ainsi que les conséquences négatives au plan personnel et occupationnel. Cet essai critique portera une attention particulière à documenter les aspects sur le plan occupationnels et personnels qui permettront à l'ergothérapeute de guider sa pratique en considérant les nombreuses particularités d'une clientèle aux prises avec des besoins de soins complexes.

De ces faits, cette étude s'intéresse aux meilleures pratiques en ergothérapie afin de prendre en charge une clientèle ayant des besoins de soins complexes. En ce sens, cette étude a établi la question de recherche suivante : « Comment adapter et optimiser les pratiques en ergothérapie avec les personnes ayant des besoins complexes ? ». Émanant de cela, l'objectif de l'étude est de recueillir puis de synthétiser les connaissances actuelles dans le domaine de l'ergothérapie en lien avec cette question. Ce processus de recherche s'appuie sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) qui permet d'organiser l'information et de guider les résultats selon le cheminement clinique déployé par l'ergothérapeute avec le client.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section fait état du présent contexte sociodémographique québécois et amène différentes pistes de réflexions quant aux causes et aux conséquences associées à un parcours de soins complexes. Elle fait aussi état de l'importance de s'attarder à cette problématique en ergothérapie tant au plan sociétal que scientifique.

2.1. Contexte des services de soins et de réadaptation au Québec

Dans le contexte du système de santé québécois, le mandat du gouvernement se résume à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services intégrés et de qualité en lien avec la santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 2019). Le principe de responsabilité populationnelle a été confié en 2003 aux Centres de santé et de services sociaux (Dubé, Noreau, & Landry, 2012). Cette responsabilité implique entre autres d'offrir des services de santé répondant de manière optimale aux besoins de la population, un soutien adéquat aux usagers et d'adopter une posture de prévention en lien avec les déterminants de la santé (Institut national de santé publique, 2016). Pour ce faire,

une hiérarchisation des divers points de services a été élaborée afin de coordonner ceux-ci et de faciliter l'accès aux soins de santé. Divers termes sont utilisés afin de discuter des différents accès aux soins, soit les services de première, deuxième et troisième ligne ; les services primaires, secondaires ou tertiaires ; ou les services généraux, spécialisés et ultraspécialisés (Clair, 2000). Les intervenants de première ligne sont, le plus souvent, les premières personnes en contact avec l'utilisateur. Cette ligne de services offre une grande diversité de soins, passant de la promotion de la santé à l'évaluation, en passant par le diagnostic et l'accompagnement de la personne tout au long de sa maladie (Dubé et al., 2012). Celle-ci permet de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes courants d'ordre social ou médical (Clair, 2000). Lors de problématiques plus spécifiques de santé, le client peut être référé à la deuxième ligne de soins et de services qui sont des soins spécialisés. Cette ligne appelle à un ensemble de spécialistes qui travaillent de manière interprofessionnelle afin de résoudre une problématique complexe. La troisième ligne fait référence à la résolution de problèmes dits ultra-complexes où une faible prévalence de personnes ont la même problématique (Clair, 2000). Le réseau de la santé et des services sociaux souhaite ainsi offrir un continuum de soins et un cheminement prédéterminé aux usagers en proposant une offre de services impliquant une hiérarchisation à trois niveaux. Dans ce continuum de soins et de services, l'ergothérapeute peut œuvrer soit en première, en deuxième ou en troisième ligne. Les mandats et les objectifs thérapeutiques de l'ergothérapeute sont adaptés en fonction des différentes lignes définissant le continuum de soins. Ainsi, l'ergothérapeute en première ligne pourra offrir à une plus large population des interventions ponctuelles et de plus courte durée visant le développement des habiletés fonctionnelles et l'enseignement dans le but de favoriser le maintien ou la reprise de la participation occupationnelle (Sorel, 2018). En comparaison, les ergothérapeutes travaillant en deuxième et troisième lignes offriront des interventions spécialisées et surspécialisées en interprofessionnalité avec une plus grande fréquence de traitement et une plus grande intensité, pour répondre à des besoins de réadaptation et d'intégration sociale de clientèles spécifiques qui requièrent une expertise ne pouvant être offerte dans les autres points de services. Ces points de services offrent souvent des séances complètes de réadaptation à raison de plusieurs journées par semaine. De ce fait, des interventions plus longues peuvent être offertes en comparaison à la première ligne de traitement (Sorel, 2018).

2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques influençant les services de santé du système québécois

La population québécoise fait face à plusieurs changements et défis sociodémographiques qui influencent la gestion des soins et des services de santé. D'abord, la population québécoise, tout comme celles de plusieurs autres pays dans le monde, fait face au phénomène de vieillissement démographique (Aubé & Tourigny, 2017). Le vieillissement de la population se traduit principalement par une augmentation marquée du nombre de personnes avec un âge avancé. Selon les projections faites par l'Institut de la statistique du Québec, le groupe d'âge des personnes de 65 ans et plus représentait, en 2016, 18,0 % de la population du Québec (Payeur, Azeredo, & Girard, 2019). Selon le scénario de projection réalisé par cette même étude, cette proportion augmenterait à 27,7 % en 2066. Bien que la tranche d'âge des personnes âgées de 65 ans et plus représente moins de 20 % de la population totale, les dépenses en santé associées à cette catégorie d'âge étaient de 44,2 % en 2017 (Institut canadien de l'information sur la santé, 2019). De plus, 44 % des adultes canadiens de 20 ans et plus ont au moins une des 10 affections chroniques courantes (hypertension, arthrose, trouble de l'humeur et/ou trouble anxieux, ostéoporose, diabète, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, cardiopathie ischémique, cancer, démence) (Gouvernement du Canada, 2019). En 2016-2017, selon un rapport publié par l'Institut national de santé publique au Québec (INSPQ), plus de 1,1 million de Québécois de 25 ans et plus vivent avec deux maladies chroniques ou plus (Simard, Dubé, Gaulin, & Trépanier, 2019). Les individus atteints de multimorbidité représentent ainsi 20 % des Québécois de 25 ans et plus.

Par ailleurs, à ces défis démographiques s'ajoute également la nécessité de prendre en compte les réalités de la diversité socio-culturelle de la population. En effet, le Québec est une province accueillant plusieurs immigrants par année. En 2016, les immigrants formaient 13,7 % de la population du Québec et 14,8% en incluant les résidents non permanents, ce qui représente d'ailleurs une légère hausse en comparaison à 2011, où elle se situait à 12,6 % (Institut de la statistique du Québec, 2019). Bien que les personnes immigrantes aient accès aux soins de santé québécois, il existe toutefois de nombreux défis dans la collaboration entre le professionnel de la santé et la personne immigrante, notamment à ce qui a trait à la langue, aux valeurs, aux croyances, aux comportements, à la littéracie en santé ainsi que la divergence des contextes culturels (Teng, Blackmore, & Stewart, 2007).

Bref, ces données permettent de réaliser que plusieurs éléments peuvent contribuer à la complexité des situations cliniques que les professionnels de la santé doivent gérer, dans le contexte

de la population vieillissante et de la diversité des réalités chez un nombre grandissant de personnes vivant avec des conditions de multimorbidité.

2.2. Description de la situation des personnes présentant des besoins de soins multiples et complexes

2.2.1. Définitions et état de la situation

Il n'existe à ce jour aucun consensus scientifique sur la façon de définir une clientèle avec des besoins complexes de soins (Grant et al., 2011; Manning & Gagnon, 2017). Néanmoins, plusieurs auteurs se sont attardés à définir cette population. Parmi les nombreuses définitions élaborées, quelques caractéristiques apparaissent de manière récurrente dans les écrits. Ces caractéristiques ont été analysées afin d'établir une description de ce concept.

D'abord, d'un point de vue biomédical, plusieurs auteurs discutent de la notion de comorbidité ou de multimorbidité chez des patients ayant une situation complexe de soins. La notion de multiples maladies est un aspect important. Les termes comorbidité, multimorbidité et complexité de soins sont couramment utilisés de manière interchangeable (Valderas et al., 2009). Cependant, il est à noter que des distinctions sont faites dans la définition de ces termes. D'abord, Feinstein (1970) a initialement défini la comorbidité comme étant toute entité supplémentaire présente ou pouvant survenir au cours d'une maladie qui affecte l'état de santé d'une personne. Ainsi, dans cette perspective, ladite maladie est un élément central et peut être accompagnée de plusieurs conditions ou affections co-dépendantes nommées conditions comorbides (Boyd & Fortin, 2010). En ce sens, deux personnes ayant le même diagnostic auront des parcours de soins différents en fonction de la considération de ces conditions comorbides. L'omission des conditions comorbides peut nuire à la détection, au pronostic, à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes (Feinstein, 1970). Toutefois, d'autres auteurs ont souligné que l'utilisation d'un cadre dans lequel une maladie est considérée comme centrale peut ne pas être optimale en termes de soins de santé pour les personnes atteintes de multimorbidité, à moins qu'une maladie ne soit dominante en termes de besoins de soins et de bien-être de l'individu (Fortin et al., 2007). Afin d'adopter une approche centrée sur le client, l'utilisation d'un cadre considérant la multimorbidité peut être plus appropriée (Boyd & Fortin, 2010).

La définition du concept de multimorbidité varie selon les auteurs et aucun consensus à ce sujet ne prime dans la communauté scientifique (Nicholson, Terry, Fortin, Williamson, & Thind, 2015). Selon Boyd et Fortin (2010), la notion de multimorbidité réfère à la coexistence de deux ou

plusieurs conditions chroniques où l'une n'est pas nécessairement plus centrale que l'autre. La multimorbidité comprend à la fois les maladies et syndromes traditionnels, mais aussi les conditions de santé de la personne, telles que la constipation, les migraines, les risques de chutes, etc. La considération des facteurs biologiques et physiologiques que les facteurs psychologiques de la personne, ainsi que l'interaction entre ceux-ci, est nécessaire à la prestation des soins holistiques (Boyd & Fortin, 2010). Ainsi, la multimorbidité ne fait pas référence à une maladie centrale, mais à la cooccurrence de plusieurs conditions de santé présentes au même moment chez une personne (Valderas et al., 2009). Les conditions ne doivent cependant pas être co-dépendantes et le terme multimorbidité est utilisé lorsqu'aucune maladie centrale évidente ne semble être la cause des conditions comorbides (Meghani et al., 2013). Bref, les notions médicales et biologiques ont souvent été relevées comme des éléments centraux permettant d'expliquer une complexité de soins. Néanmoins, plusieurs études mentionnent que les patients avec des besoins de soins complexes relèvent d'une perspective plus large de la santé, qui considère également l'environnement et les relations sociales (Manning & Gagnon, 2017).

En ce sens, Manning et Gagnon (2017) ont concentré leur recherche sur l'évolution de la notion de complexité de soins. Ces auteurs mentionnent que la compréhension de la théorie des systèmes – théorie évaluant l'influence des différents systèmes entre eux – et des déterminants sociaux de la santé ont grandement contribué à l'émergence du concept de complexité des soins. De prime à bord, la théorie des systèmes a permis une compréhension plus globale de la personne qui se situe au-delà des aspects biologiques et physiologiques de la personne. Cette théorie présente la personne comme faisant partie de systèmes complexes et modifie ainsi la compréhension de la relation entre la maladie, la personne, l'environnement et l'institution de santé (Manning & Gagnon, 2017). De manière similaire, l'identification des déterminants sociaux de la santé amènent une nouvelle conceptualisation de la santé en tenant compte de l'influence de multiples facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux sur l'état de santé d'une personne. Ceci favorise une compréhension nouvelle de la complexité de soins qui va au-delà du schème biomédical. Alors qu'initialement les cas complexes étaient expliqués par la multimorbidité, plusieurs études résument ce phénomène comme la considération à la fois des notions de morbidités et des facteurs non-médicaux. Entre autres, Valderas et collaborateurs (2009) ont élaboré un schéma visuel décrivant les liens entre la comorbidité, la multimorbidité, la charge de la morbidité

et la complexité des soins. De ces faits, certains facteurs tels que le sexe, l'âge, la fragilité et d'autres attributs individuels liés ou non à la santé influencent la complexité de soins. Aussi, Grant et collaborateurs (2011) spécifient que la complexité doit tenir compte des multiples facettes de la personne comprenant à la fois les facteurs médicaux, sociaux et comportementaux, et non seulement du nombre ou du type de problèmes de santé. Selon ces auteurs, la complexité de soins ne doit pas non plus faire référence aux coûts des soins de santé. De manière plus concrète, Webster et collaborateurs (2019) ont mené une étude qualitative incluant 51 professionnels de la santé œuvrant en première ligne qui ont décrit, à travers une entrevue, leur perception des patients avec une complexité de soins selon leur expérience sur le terrain. Les résultats montrent qu'il s'avère inadéquat de définir la complexité de soins d'un point de vue seulement médical. En effet, les aspects sociaux, économiques, organisationnels et personnel (notamment la douleur) sont parmi les facteurs amenant aussi une complexité dans les soins donnés. Ainsi, la prise en charge des patients considérés comme ayant une complexité de soins pose des défis dans la pratique qui sont rarement liés, de façon exclusive, aux conditions médicales, et sont influencés par leurs conditions personnelles et sociales (Webster et al., 2019). Par exemple, une personne ayant un diagnostic relatif à une problématique physique impliquant des interventions relativement simples et peu spécialisées pourrait aussi vivre des enjeux de pauvreté, de trauma et de santé mentale, ce qui pourrait grandement complexifier les interventions (Webster et al., 2019).

Par ailleurs, dans l'optique d'améliorer la compréhension de la complexité de soins, Zullig et collaborateurs (2016) ont développé un modèle conceptuel expliquant le cycle de complexité. Celui-ci considère à la fois l'environnement, les facteurs contextuels, les facteurs personnels, les facteurs sociaux ainsi que les facteurs médicaux. En effet, Zullig et ses collaborateurs (2016) conceptualisent la complexité de soins selon trois contextes et quatre variables en interaction qui influencent la santé de la personne. Les contextes incluent à la fois le *contexte communautaire*, le *contexte organisationnel* et le *contexte interpersonnel*, alors que les variables comprennent la *charge de travail*, les *capacités et la résilience*, les *chocs aigus et les événements médicaux* ainsi que *l'accès et l'utilisation*. Ces variables gravitent autour de la santé de la personne et celles-ci sont en constante évolution dans le temps. À la fois les contextes et les facteurs ont un impact considérable sur la santé de la personne et sont susceptibles de diminuer ou d'augmenter la complexité de soins des patients (Zullig et al., 2016). En bref, la conceptualisation du cycle de

complexité proposée par Zullig et collaborateurs (2016), présentée à l'annexe A, permet une définition plus large et plus riche de cette notion en considérant non seulement la situation médicale, mais aussi le contexte social et contextuel de la personne. Il permet à la fois une analyse de la complexité, une compréhension des cibles d'interventions possibles et offre un cadre conceptuel pertinent afin de soutenir l'analyse de ce sujet (Zullig et al., 2016).

Dès lors, la complexité d'une situation clinique impliquant un patient résulte du fait que le professionnel de la santé devra analyser et considérer non seulement toutes les conditions de santé et les facteurs personnels, mais aussi l'influence des facteurs environnementaux (Grant et al., 2011; Valderas et al., 2009; Webster et al., 2019; Zullig et al., 2016). Plus encore, les personnes avec une complexité de soins font souvent face à des injustices et des situations de vulnérabilité sociale qui doivent être considérés dans la prise en charge de la personne.

2.2.2. Enjeux occupationnels chez cette population

Plusieurs études indiquent que les personnes requérant une complexité de soins et de services de santé font face à de nombreux enjeux occupationnels. Ces personnes rencontrent notamment de plus grands défis dans la gestion des soins personnels, dans la sphère productive et dans les loisirs. Entre autres, l'étude de Schiavi et collaborateurs (2018) s'est intéressée aux besoins occupationnels de patients composant avec une complexité de soins à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Les résultats obtenus par l'entremise de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) montrent notamment que les plus grands besoins occupationnels de ce type de clientèle concernent les activités reliées à la sphère des soins personnels. En effet, 76 % des besoins exprimés se référaient à la sphère des soins personnels alors que 15 % étaient attribués à la sphère productive et 9 % à la sphère des loisirs (Schiavi et al., 2018). De plus, les personnes avec des multimorbidités doivent souvent acquérir des habiletés d'autogestion de leurs maladies. La prise de médication occupe une grande place dans la gestion de l'état de santé des personnes atteintes de multimorbidités (Townsend, Hunt, & Wyke, 2003). Il suffit de penser, par exemple, à la personne diabétique qui doit apprendre à intégrer des prises de glycémie de manière régulière au quotidien. Dans l'étude de Townsend, Hunt et Wyke (2003), les répondants ont d'ailleurs partagé une certaine aversion quant à la prise de médicaments même si ceux-ci reconnaissaient que ces médicaments étaient nécessaires pour s'engager dans leur

quotidien et actualiser leurs rôles sociaux. L'étude de Noël et collaborateurs (2007) indique aussi qu'un pourcentage plus élevé de personnes avec des multimorbidités était davantage motivé à acquérir les compétences d'autogestion que les personnes avec une seule maladie chronique. De plus, comparativement au groupe possédant une seule maladie chronique, le groupe avec une condition de multimorbidité démontrait une plus grande volonté à rencontrer des professionnels de la santé paramédicaux pour soutenir leurs soins, leur enseigner des compétences d'autogestion et leur assurer un suivi (Noël et al., 2007).

En outre, la qualité de vie des personnes avec une condition de multimorbidité est affectée négativement par les conditions de santé (Fortin, Bravo, Hudon, Lapointe, et al., 2006; Fortin et al., 2004). L'étude de Fortin et collaborateurs (2006) a identifié une association inverse entre la qualité de vie et la multimorbidité, et ce, en contrôlant pour plusieurs facteurs confondants (ex. : âge, sexe, revenu familial, éducation, perception du statut socioéconomique, nombre de personnes vivant dans le même logement et perception du soutien social). En effet, plus la quantité et la gravité des affections médicales étaient élevées, moins grande était la qualité de vie (Fortin et al., 2006). Ainsi, les personnes vivant avec des conditions médicales multiples voient leur participation dans des occupations significatives et leur qualité de vie affectées négativement.

2.2.3. Situations de vulnérabilité psychosociale chez cette population

Les écrits scientifiques suggèrent que les personnes vivant avec des multimorbidités font davantage face à des situations de vulnérabilité sociale, pouvant potentiellement amener diverses injustices sociales. Entre autres, quelques études démontrent que les patients avec une condition de multimorbidité ont un plus grand risque d'avoir une problématique de santé mentale (Barnett et al., 2012), de vivre de la détresse psychologique (Fortin, Bravo, Hudon, Dubois, et al., 2006) et d'avoir une espérance de vie moindre (Nunes et al., 2016).

Certains facteurs de vulnérabilités, davantage présents chez une population une complexité de soins, peuvent augmenter le risque de faire face à des problématiques de santé. Barnett et collaborateurs (2012) ont démontré notamment que les personnes avec un statut socio-économique plus faible étaient davantage sujettes à présenter une situation de multimorbidité 10 à 15 ans plus tôt que les personnes avec un statut socio-économique plus élevé. Les conditions de multimorbidités seraient aussi corrélées avec plusieurs éléments relatifs au mode de vie tels que le

tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique (Fortin et al., 2014). Ainsi, il existe un lien entre le statut socioéconomique, les habitudes de vie et la multimorbidité (Payne et al., 2013; Salisbury et al., 2011).

La présence d'un trouble de santé mentale est aussi fréquente chez les personnes atteintes de multimorbidité. En effet, diverses études ont démontré un lien entre la coexistence de plusieurs maladies et une plus grande prévalence de problématiques de santé mentale (Barnett et al., 2012). L'étude de Barnett et collaborateurs (2012) montre que sur l'ensemble de la population étudiée, soit près d'un tiers de la population écossaise, 42,2% de personnes avaient au moins une morbidité, 23,2 % avaient une condition de multimorbidité et 8,3 % avaient à la fois une problématique de santé physique et une problématique de santé mentale. Les résultats montrent aussi que les personnes vivant avec un statut socioéconomique moins élevé étaient presque deux fois plus nombreuses à avoir une condition de multimorbidité englobant à la fois une problématique de santé physique et de santé mentale. De plus, cette étude met en évidence que la probabilité d'avoir un trouble de santé mentale augmente avec le nombre de maladies présentes. La principale problématique de santé mentale chez ces personnes était la dépression (Barnett et al., 2012).

En outre, la détresse psychologique augmente avec la présence de multimorbidité, particulièrement lorsque les maladies sont considérées graves (Fortin, Bravo, Hudon, Dubois, et al., 2006). La détresse psychologique est décrite comme un état émotionnel inconfortable en réponse à une situation de stress (Ridner, 2004). Lorsque des individus éprouvent une détresse psychologique, celle-ci peut se manifester par le passage d'un état émotionnel stable à un état d'anxiété, de dépression, de démotivation, d'irritabilité, d'agressivité et d'autodépréciation (Massé, 2000). Fortin, Bravo, Hudon, Dubois et Almirall (2006) ont mis en lumière dans leur étude que la présence de détresse psychologique est accrue avec la gravité de la multimorbidité. L'estimation du risque de détresse psychologique était augmentée de près de 5 fois dans le groupe ayant une plus grande sévérité au niveau des leurs maladies. La présence de détresse psychologique peut amener de plus grandes complications lors de la prise en charge des patients dont la situation et les besoins sont complexes (Fortin et al., 2006). En effet, la détresse psychologique peut avoir des effets négatifs sur la vie de famille et sentimentale, sur le travail ou les études ainsi que sur les activités sociales (Daveluy, 2001). Elle peut aussi avoir des impacts négatifs sur la gestion de

certaines maladies chroniques, tels que l'augmentation de la douleur et des limitations fonctionnelles ainsi que la diminution de l'adhésion au traitement et aux recommandations médicales (Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; Parker & Wright, 1995; Strine et al., 2004). Ainsi, les personnes avec une condition de multiples morbidités ont plus de risques de vivre de la détresse psychologique et ceci peut avoir des répercussions importantes dans leur quotidien et sur leur état de santé.

D'ailleurs, certains auteurs ont démontré une association positive entre la présence d'une condition de multimorbidité et une espérance de vie moindre (Nunes et al., 2016). Effectivement, selon la revue systématique et la méta-analyse de Nunes, Flores, Mielke, Thumé et Facchnine (2016), un lien existe entre le nombre de maladies chez une personne et la mortalité, démontrant ainsi que les personnes atteintes de multimorbidité ont plus de risque d'avoir une espérance de vie moindre. De plus, selon cette recherche, ce lien serait plus fort lorsque la personne est atteinte de trois maladies ou plus. Ce lien peut être expliqué non seulement par les facteurs biologiques (ex. : multiples maladies, interaction entre les morbidités et les divers médicaments, erreurs humaines dans les prescriptions), les déterminants liés au handicap (ex. : pauvre qualité de vie, fragilité, invalidité), mais également les facteurs personnels et sociaux (c.-à-d. caractéristiques personnelles, situation socioéconomique, contexte de vie) en lien avec la vulnérabilité des personnes vivant avec de la multimorbidité (Nunes et al., 2016).

En bref, il est non seulement documenté que ces personnes font face à des situations de vulnérabilité, mais, en plus, que cette situation amène de grands défis dans la gestion de leur santé et leur rétablissement. Il importe donc de les accompagner adéquatement afin de faciliter leur quotidien.

2.2.4. Fréquentation des services et implications pour le contexte de pratique

Les personnes vivant avec des conditions de multimorbidité sont désormais la norme dans les services de soins de santé plutôt que l'exception (Fortin et al., 2007). Beaucoup de consultations dans les soins primaires sont faites par des patients avec des multimorbidités (Salisbury et al., 2011). Selon une étude descriptive réalisée en Ontario, la prévalence de personnes avec cette

condition a augmenté de 17,4 % en 2003 à 24,3 % en 2009, soit une augmentation de 40 % (Konn Pefoyo et al., 2015). Cette augmentation s'applique pour tout groupe d'âge confondu.

De plus, ces personnes présentent généralement un plus grand taux de fréquentation des services de soins, pour lesquels un manque de continuité et de coordination est d'ailleurs fréquemment relevé (Salisbury et al., 2011). L'étude de Salisbury et collaborateurs (2011) a mis en relation les conditions de multimorbidité avec le taux de fréquentation des services de soins. Leur étude suggère que de 16 % à 58 % des patients avaient une condition de multimorbidité et que ceux-ci représentaient jusqu'à 78 % des consultations de soins (Salisbury et al., 2011). Ceci démontre le taux d'utilisation important pour ces personnes avec de grands besoins. Aussi, il existe un lien entre la multimorbidité et le taux de réadmission à l'hôpital. Selon l'étude de Payne et collaborateurs (2013), il existe une association forte entre une condition de multimorbidité physique et des admissions non planifiées à l'hôpital. Le risque de réadmission est exacerbé par la coexistence d'une problématique de santé mentale et par un faible statut socioéconomique (Payne et al., 2013). Ces patients ont aussi souvent des hospitalisations plus longues, plus de complications postopératoires et un coût sociétal de fréquentation des services plus élevé (Fortin et al., 2007).

Au Canada, plus spécifiquement, près de 1 patient sur 11 est réadmis dans les 30 jours suivant sa consultation (Institut national d'information sur la santé, 2018). La réadmission des patients amène des coûts importants pour le système de santé québécois. Ces coûts s'élèvent à près de 1,8 milliard de dollars par an. Aussi, un patient sur 8 atteint de maladie mentale doit être hospitalisé au moins 3 fois sur une période d'un an (Institut national d'information sur la santé, 2017). De plus, les hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale sont 13 % plus élevées chez les patients vivant dans des quartiers défavorisés au plan socioéconomique. Sachant que les personnes nécessitant une complexité de soins fréquentent plus souvent les établissements de santé et que le coût des réadmissions est très élevé, il s'avère pertinent de se pencher sur les meilleures pratiques en réadaptation pour ces personnes.

De ces faits, il importe de s'intéresser à l'organisation, la coordination et la gestion des soins de santé avec ce type de clientèle. Les présentes preuves démontrent qu'une approche de soins se centrant sur une seule maladie peut être moins efficace et peut diminuer la qualité des soins

en comparaison avec une approche holistique (Konn Pefoyo et al., 2015). Tout au long de sa pratique, l'ergothérapeute tente d'actualiser la valeur de l'holisme afin d'offrir des soins de qualité ainsi que de favoriser la santé et le bien-être des clients (Hemphill-Pearson & Hunter, 1997). L'intégration d'une vision holistique dans la pratique quotidienne de ce professionnel est une force importante pour travailler avec une clientèle ayant une complexité de soins.

2.3. Rôle de l'ergothérapeute auprès d'une clientèle requérant une complexité de soins et de services de réadaptation

Dans le cadre de leur travail, les ergothérapeutes doivent intervenir auprès de plusieurs types de clientèles. Tel que mentionné dans les sections précédentes, il n'est pas rare que les personnes fréquentant le réseau de services de santé possèdent plusieurs troubles de santé concomitants. Il est donc courant que les ergothérapeutes doivent prendre en charge ce type de clients, et ce, peu importe l'endroit et le champ de pratique de ce professionnel. L'ergothérapeute chevronné possède les compétences nécessaires pour s'engager dans différents rôles lui permettant de résoudre des situations de soins complexes et d'offrir des services efficaces (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Son expertise en habilitation de l'occupation, son rôle d'agent de changement et ses compétences de praticien érudit s'avèrent nécessaires afin de répondre aux besoins occupationnels, d'aborder les injustices vécues et d'amener des changements dans les pratiques de soins encourues. Face à ces situations de soins complexes, l'ergothérapeute peut entreprendre des interventions en mobilisant différentes habiletés et en considérant les éléments relevant à la fois du contexte sociétal et du contexte de pratique en ergothérapie, tel que suggéré par le Modèle canadien du processus de pratique (Townsend & Polatajko, 2013).

Néanmoins, Murray, Turpin, Edwards et Jones (2015) identifient plusieurs défis pour faire face à des situations de soins complexes dans la pratique en ergothérapie. Ceci concorde aussi avec les résultats de l'étude qualitative de Rondeau-Boulanger (2015) auprès d'ergothérapeutes québécois. Certains défis relèvent, entre autres, de la complexité et des barrières perçues pour la prise en charge des personnes vivant avec des problématiques de santé mentale et de santé physique, ainsi que du contexte organisationnel et de collaboration interprofessionnelle (Rondeau-Boulanger, 2015). Selon cette même étude, les ergothérapeutes œuvrant auprès d'une clientèle avec un parcours de soins complexes observent plusieurs enjeux concernant l'accessibilité, la globalité, la continuité et la qualité des services. Corroborant ces faits, Barnett et collaborateurs (2012) mentionnent que les personnes avec une complexité de soins sont d'ailleurs plus sujettes à avoir

des soins fragmentés et à subir des erreurs médicales. En effet, puisque ces personnes consultent un grand nombre de spécialistes et que l'approche globale des soins de santé se concentre sur une seule maladie, cela peut amener des défis au plan de la coordination et la continuité des services (Barnett et al., 2012).

Par leur approche holistique, leur capacité à collaborer avec plusieurs professionnels et leur pratique centrée sur le client, les ergothérapeutes ont le pouvoir de contribuer à des changements organisationnels et de sensibiliser les institutions afin de faciliter le processus de soins de ces personnes. Aussi, les ergothérapeutes peuvent collaborer à la conception et la mise en œuvre des programmes et des services centrés sur les besoins des clients (Townsend & Polatajko, 2013). Afin de mieux guider les services auprès des personnes ayant des besoins de soins et de services complexes, il importe toutefois de s'attarder aux meilleures pratiques recommandées et applicables en ergothérapie dans ce contexte. Jusqu'à maintenant, les écrits disponibles ne permettent pas de dresser le portrait complet des interventions probantes applicables en ergothérapie ou impliquant la collaboration de l'ergothérapeute. Une synthèse des données probantes disponibles est nécessaire pour offrir aux ergothérapeutes des recommandations permettant de mieux répondre aux besoins occupationnels de ces personnes.

2.4. Question et objectif de recherche

De ces faits émerge l'importance de s'intéresser à cette population et aux meilleures pratiques cliniques permettant d'encadrer et d'outiller les ergothérapeutes au quotidien. Ce projet de recherche consiste donc en une étude de portée qui synthétise les écrits disponibles pour répondre à la question suivante : « Comment adapter et optimiser les pratiques en ergothérapie avec les personnes ayant des besoins de soins complexes ? ». Émanant de cela, l'objectif de l'étude est de recueillir puis de synthétiser les connaissances actuelles dans le domaine de l'ergothérapie en lien avec une clientèle possédant des besoins complexes de soins afin d'aider les ergothérapeutes cliniciens ainsi que les futurs ergothérapeutes à adopter les meilleures pratiques possibles au quotidien.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section décrit le modèle conceptuel pertinent à la compréhension et l'analyse du phénomène à l'étude. Plus spécifiquement, un modèle ergothérapeutique, soit le Modèle canadien du processus de pratique (MCP), sera présenté afin de circonscrire les éléments clés du processus de la pratique en ergothérapie et les facteurs pouvant potentiellement l'influencer dans le contexte de services auprès de personnes ayant des besoins complexes.

3.1. Modèle canadien du processus de pratique

Le modèle canadien du processus de pratique (MCP) est un modèle conceptuel de la pratique en ergothérapie décrivant l'échange réciproque et dynamique entre le client et l'ergothérapeute (Townsend & Polatajko, 2013). D'un point de vue théorique, la modélisation du MCP est représentée par quatre éléments distincts, dont trois éléments contextuels et un élément référant le processus de l'habilitation aux occupations (Townsend & Polatajko, 2013). Ce modèle conceptuel ergothérapeutique permet de guider la pratique de l'ergothérapeute avec tous types de clients, y compris avec ceux ayant des besoins complexes. Il permettra, entre autres, une compréhension éclairée de la démarche ergothérapeutique afin de mieux cerner de quelles façons les pratiques devraient être adaptées avec les clients ayant une complexité de soins tout au long du processus.

3.2.1. Contextes de la pratique

Dans le cadre de la pratique ergothérapeutique, il importe d'examiner les principaux acteurs interagissant ensemble à l'intérieur de différents contextes. Le MCP identifie trois contextes dans le processus de la pratique soit le *contexte sociétal*, le *contexte de la pratique* et les *schèmes de référence*.

Le contexte sociétal considère tout d'abord le thérapeute et le client comme des êtres occupationnels agissant dans divers environnements. Le contexte sociétal se déroule à l'extérieur du contexte de pratique, dans la société, où tous deux sont engagés dans des occupations idiosyncrasiques. Chacun d'eux possède leurs propres valeurs, croyances, capacités, vécus, etc. Le contexte sociétal dans lequel la personne évolue est aussi composé d'éléments culturels, institutionnels, sociaux et environnementaux (Townsend & Polatajko, 2013).

Le contexte de pratique s'amorce, quant à lui, au moment où la relation client-thérapeute débute. Étant donné que le contexte de pratique s'inscrit à l'intérieur du contexte sociétal, il importe de considérer les facteurs personnels et les facteurs environnementaux dans lesquels la personne évolue. Ceci permettra d'optimiser la relation thérapeutique. De plus, le contexte de pratique comprend la prise en compte de la prestation de soins offerts ainsi que les diverses considérations physiques, sociales, culturelles et institutionnelles de l'établissement. En effet, il importe d'examiner les ressources physiques disponibles, les professionnels faisant partie de l'équipe de soins, la culture et les politiques de l'établissement ainsi que les codes de déontologie et d'éthique pouvant influencer la prise en charge des patients nécessitant une complexité de soins et de services. En somme, les divers contextes influencent la complexité de soins et il est indispensable les considérer afin d'avoir un portrait adéquat de la situation clinique et de déterminer les éléments susceptibles d'affecter les pratiques auprès de cette population.

Enfin, les schèmes de références, en tant que contexte, réfèrent aux connaissances professionnelles du thérapeute qui contribuent au processus de la pratique. Les schèmes de références sont les ensembles de théories, de construits et de concepts qui permettent de comprendre et d'intervenir sur les difficultés occupationnelles. Ces références théoriques permettent de guider la prise de décision de l'ergothérapeute tout au long du processus de la pratique auprès des personnes ayant recours à ses services (Townsend & Polatajko, 2013).

3.2.2. Processus de pratique

Le MCPP schématise également huit points d'action illustrant une structure de processus de la pratique pour l'ergothérapeute. Le cheminement de ces points d'action indique les actes et les décisions possibles tout au long de sa pratique. Les huit points d'action compris à l'intérieur du processus sont les suivants : 1) *initier et établir le contact*, 2) *établir les balises*, 3) *évaluer et analyser*, 4) *convenir des objectifs et du plan*, 5) *mettre en œuvre le plan*, 6) *faire le suivi*, 7) *évaluer le résultat*, 8) *conclure ainsi que mettre fin*. Évidemment, les interventions offertes ne couvrent pas nécessairement les huit points, mais il est suggéré que tous les cheminements comprennent minimalement les actions de : 1) *initier et établir le contact*, 2) *établir les balises*, 3) *évaluer et analyser* puis 8) *conclure et mettre fin*. Cette schématisation se veut aussi dynamique et offre des voies alternatives permettant d'adapter la pratique aux différents contextes et interventions.

Le premier point d'action du processus de pratique, qui est d'*initier et d'établir le contact* (point d'action 1) avec le client, est l'entrée en action de l'ergothérapeute dans le processus de la pratique. À cette étape, l'ergothérapeute cerne la requête faite et les difficultés occupationnelles mentionnées. Le consentement libre et éclairé doit être obtenu dès le début, et ce, tout au long de la thérapie. Par la suite, le professionnel et le client *établissent mutuellement les balises* (point d'action 2) en discutant de leurs attentes et des règles de base afin de s'entendre sur un fonctionnement satisfaisant. Aussi, les valeurs, les désirs et la priorisation des difficultés occupationnelles du client sont discutés et permettent ainsi d'entamer la relation thérapeutique et d'apprendre à connaître la personne. À la suite de cette étape, le professionnel *évalue et analyse* (point d'action 3) le statut occupationnel, les projets et les buts personnels ainsi que le potentiel de réadaptation du client. Il importe d'adopter une pratique centrée sur le client et de l'intégrer dans l'évaluation clinique en documentant les sphères de l'occupation, de la personne et de l'environnement. À la suite de l'*analyse* des données, des recommandations sont émises par le professionnel, puis, celui-ci *convient des objectifs et du plan* (point d'action 4) en collaboration avec le client. Lors de la *mise en œuvre du plan* (point d'action 5), l'ergothérapeute exerce son expertise afin de soutenir l'engagement du client. Il utilise alors différents schèmes de référence. Il est important également d'effectuer un *suivi régulier* (point d'action 6) afin d'*évaluer* l'efficacité des interventions (point d'action 7) et d'adapter ou de réviser le plan au besoin. Des résultats inefficaces peuvent mener à un retour sur un point d'action antérieur. Dans le cas contraire, avant de *conclure et mettre fin* à l'intervention (point d'action 8), les défis occupationnels du client sont réévalués et comparés aux résultats initiaux avant d'être consignés dans un rapport. Le dernier point d'action clôt formellement le dossier. À ce moment, une discussion concernant les résultats, les stratégies efficaces, la poursuite des objectifs dans le quotidien ou la possibilité de reprendre un nouveau processus de pratique peut être réalisée.

En bref, le MCPP représente la relation entre le client et le professionnel. Ce processus démontre que la pratique s'inscrit dans différents contextes faisant en sorte que chaque situation est unique et doit être évaluée de manière individuelle. Ce modèle maintient les principes de la pratique centrée sur le client et vise l'habilitation dans leurs occupations, préoccupations importantes avec des personnes ayant des besoins complexes. Brièvement, le MCPP permet de mieux comprendre le processus de la pratique de l'ergothérapeute, et ainsi, d'analyser et

d'identifier des pistes de réflexion visant l'optimisation des pratiques avec des clients ayant une complexité de soins.

3.3. Pertinence du modèle sélectionné au regard de la problématique à l'étude

Afin de dresser le portrait des meilleures pratiques avec une clientèle ayant une complexité de soins, il apparaît nécessaire d'inclure un modèle ergothérapique expliquant le processus de pratique afin de faire le pont entre la démarche professionnelle et la population ciblée. En effet, le MCPP se préoccupe de comprendre la démarche ergothérapique lors du processus de pratique permettant de répondre à la question de recherche. Par le fait même, le MCPP oriente le thérapeute dans un processus de pratique centré sur l'occupation qui permet de se baser sur les fondements de l'ergothérapie (Townsend & Polatajko, 2013). De ce fait, ce modèle permet à l'ergothérapeute d'identifier les huit points d'action de l'habilitation afin d'atteindre les buts occupationnels de tout type de client, incluant les clients nécessitant une complexité de soins. De plus, ce modèle offre une pratique centrée sur le client et place au cœur de ses préoccupations les préférences de celui-ci. Le MCPP prône d'ailleurs des décisions collaboratives entre le client et le professionnel et soutient que l'implication du client est primordiale afin de favoriser l'engagement et la participation de celui-ci dans la thérapie. Bref, le modèle choisi montre une cohérence avec les postulats ergothérapiques et permettra de soutenir la démarche de recherche.

4. MÉTHODE

Cette section traite de la méthodologie de l'étude et des éléments considérés quant à la rigueur scientifique tout au long de la recherche. Pour ce faire, celle-ci élaborera sur le devis et les différentes étapes réalisées dans le but de répondre à l'objectif de recherche.

4.1. Devis de recherche

Dans l'intention de répondre à l'objectif de recherche, cet essai se présente sous forme d'étude de portée. Les études de portée visent à organiser les concepts principaux qui se rapportent au domaine de recherche en résumant et en présentant les études qui traitent de ce sujet (Arksey & O'Malley, 2005). L'utilisation de ce type de devis est particulièrement utile pour différentes raisons soit : d'examiner la nature et l'étendue des recherches disponibles; déterminer l'utilité (ou non) d'entreprendre une revue systématique; résumer et diffuser l'éventail des recherches dans un

domaine donné ainsi qu'identifier les lacunes de recherche dans les écrits existants (Arksey & O'Malley, 2005). Étant donné l'émergence des écrits en ergothérapie sur ce sujet et la pertinence de celui-ci, il s'avère judicieux de recourir à l'étude de portée pour identifier et synthétiser les articles abordant la complexité des soins. Pour ce faire, le cadre méthodologique utilisé se basera sur la démarche en cinq étapes de Arksey et O'Malley (2005) détaillée ci-dessous :

1. Identification de la question de recherche;
2. Identification des études pertinentes;
3. Sélection des études;
4. Élaboration d'une catégorisation des résultats;
5. Synthèse et communication des résultats.

Chacune de ces étapes sera explorée et présentée ci-dessous. Les étapes 2 et 3 ont été fusionnées afin de faciliter la compréhension du processus. Par souci de transparence et de rigueur méthodologique, le processus sera présenté de manière détaillée afin d'augmenter la fiabilité des résultats montrés (Arksey & O'Malley, 2005). Il est à noter que l'étude de portée se révèle comme un processus itératif plutôt qu'un processus linéaire où à chaque étape, le chercheur s'engage dans une réflexion qui permettra d'optimiser les résultats de l'étude. Si nécessaire, il devra répéter et modifier l'étape afin de s'assurer que tous les articles pertinents à l'étude ont été sélectionnés (Arksey & O'Malley, 2005).

4.2. Identification de la question de recherche

L'étape initiale consiste à identifier une question de recherche. En comparaison avec une revue systématique, la question de recherche doit être définie de manière plus globale de façon à recueillir le plus de documents possible sur le sujet (Arksey & O'Malley, 2005). Il importe de cibler les concepts pertinents tels que la population cible, les interventions et les résultats escomptés afin de diriger la recherche et trouver un nombre suffisant, mais raisonnable, d'articles dans les résultats. Ainsi, la question de recherche se présente comme suit :

« Comment adapter et optimiser les pratiques en ergothérapie avec les personnes ayant des besoins de soins complexes ? »

4.3. Identification des études pertinentes et sélection des études

Cette étape réfère au processus de recherche et de sélection des articles dans les bases de données permettant de générer une banque de résultats qui correspondent à la question de recherche. D'abord, la recherche d'articles fut réalisée dans cinq bases de données, soit *CINAHL*, *Medline*, *PsycINFO*, *Academic Search Complete* et *Scopus*. Ces bases de données ont été choisies puisqu'elles comportent de nombreux articles concernant les soins de santé et la majorité de ces articles sont basés sur des résultats probants. Ces articles touchent à plusieurs domaines paramédicaux, dont le domaine de l'ergothérapie. La base de données *Scopus* a été ajoutée afin de recueillir des résultats provenant de la plate-forme *Elsevier*. Cela permet de recueillir des résultats complémentaires à ceux issus de la plate-forme *EBSCO* comme c'est le cas des quatre autres bases de données. Des mots-clés relatifs aux soins complexes et à la pratique clinique en réadaptation dont en ergothérapie, ont été ciblés en collaboration avec la directrice de l'essai et également validés avec une bibliothécaire spécialisée dans le domaine des sciences de la santé. Plusieurs combinaisons de mots et d'opérateurs booléens ont été initialement testées. La combinaison de mots-clés retenue conjugue à la fois la notion de soins complexes et la notion de multimorbidité puisque ces deux concepts sont intimement liés, tel que discuté dans la problématique de cet essai. L'opérateur booléen « *ET* » a été utilisé avec ces deux notions afin de cibler un plus grand nombre d'articles pertinents tout en circonscrivant une quantité raisonnable de résultats en comparaison à l'opérateur booléen « *OU* ». De plus, deux combinaisons de mots ont permis d'optimiser les résultats obtenus, en cohérence avec le sujet de recherche. La première combinaison s'est concentré sur la recherche d'articles abordant la notion de complexité de soins et sur les pratiques en santé alors que la deuxième a visé particulièrement les sujets en ergothérapie en lien avec la complexité de soins. Les combinaisons de mots choisies sont présentées au tableau 1. Aussi, afin de circonscrire les résultats en fonction des critères de sélection, certains paramètres de recherche ont été spécifiés dans les bases de données. Ces paramètres étaient l'âge adulte (18 ans et plus), la langue (français et anglais), l'année de publication (2010 à 2020) et la perspective de recherche (professionnels de la santé, soins infirmiers, multidisciplinarité et sciences sociales). L'option « évaluation par les pairs » a aussi été sélectionnée lorsque la base de données le permettait.

Tableau 1. Processus de recherche dans les bases de données

Bases de données		Mots-clés
CINAHL with full text	Combinaison 1	("complex car*" or "complex need*" or "complex patient*")
Medline		AND
PsycINFO		("multimorbidity" or "multiple comorbidity" or "multiple chronic conditions")
Academic Search Complete		AND
Scopus		("practice*" or "intervention*" or "rehabilitation" or "manag*" or "occupational therap*")
CINAHL with full text	Combinaison 2	(" occupationnal therap*" or OT)
Academic Search complete		AND
PsychINFO		("complex car*" or "complex need*" or "complex patient*")
Medline		

Aux fins de sélectionner les articles répondant à l'objectif de recherche, des critères ont été établis (Cf. tableau 2). D'abord, lors de la réflexion pour établir les critères d'inclusion, il s'avérait fondamental de réfléchir sur la notion de complexité de soins et la sélection des articles qui sont présentés dans les résultats. Il a ainsi été décidé que les articles contenus dans l'étude doivent aborder explicitement les notions en lien avec la complexité de soins ou celle de multimorbidité. Les articles abordant des diagnostics spécifiques sans faire mention de ces concepts comme élément central de la recherche sont exclus. Cette décision a été prise afin d'éviter les ambiguïtés dans la sélection d'articles et dans le but de circonscrire les résultats de recherche pertinents. En outre, les articles sélectionnés doivent avoir un lien direct avec l'ergothérapie, c'est-à-dire qu'ils doivent aborder de manière explicite les occupations ou un ergothérapeute doit être inclus dans l'étude (notamment dans l'équipe interprofessionnelle ou dans l'intervention). En plus de la recherche dans ces bases de données, il a été jugé utile de vérifier la bibliographie des articles pertinents afin de s'assurer que tous les articles importants avaient été recensés.

Tableau 2. Critères de sélection des articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
L'article mentionne la notion de complexité dans le titre, le résumé ou les mots-clés, à partir d'un ou des termes suivants : cas complexe, besoins complexes, patient complexe ou complexité de soins.	L'article est écrit dans une langue autre que le français ou l'anglais.
OU	
L'article aborde la notion de multimorbidité.	
L'article fait des liens avec des concepts centraux en ergothérapie ou identifie au moins un ergothérapeute dans l'étude.	L'article traite de diagnostics spécifiques sans faire la mention de complexité de soins.
L'article traite des approches/des interventions/des meilleures pratiques à adopter.	L'article traite du contexte macro-organisationnel ou n'est pas directement lié au processus de la pratique en ergothérapie.
L'article porte sur une population cible adulte (18 ans et plus).	L'article consiste en la description d'un cas (les autres types de devis correspondant à des niveaux d'évidence plus élevés ont été inclus).
L'article a été publié il y a moins de 10 ans.	

Le processus de sélection des articles ainsi que la lecture du titre et du résumé par l'étudiante a permis de générer une première liste d'articles potentiellement admissibles. En cas de doute sur l'inclusion de l'article, ce dernier était présélectionné. Par la suite, cette liste initiale d'articles a été soumise à la directrice d'essai qui a effectué le processus de sélection des articles de manière indépendante. Une réunion consensus a permis de mettre en commun et de comparer les articles sélectionnés par chaque réviseur et de convenir de la liste finale d'articles retenus. Afin de classer et de conserver les articles au cours de ce processus de sélection, le logiciel *Endnote* a été utilisé. Ce logiciel a permis de regrouper les articles sélectionnés et de créer une liste bibliographique des articles conservés dans les résultats finaux.

4.4. Extraction des résultats

Cette étape réfère aux techniques utilisées afin de synthétiser, interpréter et catégoriser les résultats obtenus, selon les thèmes clés (Arksey & O'Malley, 2005). En ce sens, les articles correspondant aux critères d'inclusion ont été résumés grâce à une grille d'extraction des données. Cette grille comprend les informations suivantes : les auteurs, l'année de publication, le lieu de l'étude, l'objectif, l'échantillon, le devis, les interventions et les principaux résultats. Cette grille a été pré-testée avec deux articles afin de vérifier la facilité à l'utiliser et la pertinence des catégories. Cette grille a aussi été révisée par la directrice d'essai qui l'a ensuite approuvée.

4.5. Synthèse et communication des résultats

Dans la mesure où une étude de portée recueille un grand nombre de données, il est important de s'attarder à la présentation et à la communication des résultats (Arksey & O'Malley, 2005). Le portrait des résultats est présenté de manière à exposer les divers thèmes issus des études sans toutefois évaluer la qualité ou le niveau d'évidence de celles-ci (Arksey & O'Malley, 2005). Ainsi, grâce aux résumés faits préalablement avec la grille d'extraction, les études ayant des éléments semblables ont été mis en commun en fonction des objectifs de recherche, du devis, des interventions ou des résultats ressortis. Dès lors, il a été possible de comparer les résultats des différentes études ainsi que d'observer les possibles lacunes présentes sur le sujet de la complexité de soins, particulièrement au regard des pratiques en ergothérapie. Ces liens ont ainsi permis une organisation et une classification des études en fonction des catégories du MCPP, le cadre conceptuel.

4.6. Co-validation des thématiques ressorties

Dans un souci de rigueur scientifique, les thématiques dégagées, qui sont présentées dans les résultats, ont aussi fait l'objet d'une co-validation en collaboration avec la directrice d'essai. Cette vérification a permis de réduire les biais de subjectivité et de s'assurer que tous les éléments de contenu ont été extraits.

5. RÉSULTATS

Cette section fait état des résultats identifiés à la suite d'une analyse exhaustive de chacun des articles sélectionnés. Ainsi, celle-ci se scinde en deux parties distinctes : la première élabore sur les articles qui ont été retenus lors du processus de sélection et la deuxième discute des différents thèmes qui sont ressortis lors de l'extraction des résultats. La présentation des thématiques se base sur le cadre conceptuel du MCPP, discuté ci-haut, qui se divise à la fois en différents contextes et en huit points d'action.

5.1. Présentation des articles scientifiques sélectionnés

La stratégie de recherche dans les bases de données a mené à un recensement initial de 290 articles scientifiques. Un premier tri, réalisé de manière succincte par la lecture des titres, a

permis de conserver 160 articles. Lors du second tri, réalisé de manière indépendante par les deux réviseuses, les critères de sélection ont été appliqués de manière méthodique pendant les lectures des résumés ou, lorsque nécessaire, de l'article entier. Ce triage exhaustif a permis d'inclure un total final de 17 articles en lien avec l'ergothérapie et la complexité de soins. La figure 2 ci-dessous présente le processus de sélection ayant mené aux 17 articles finaux.

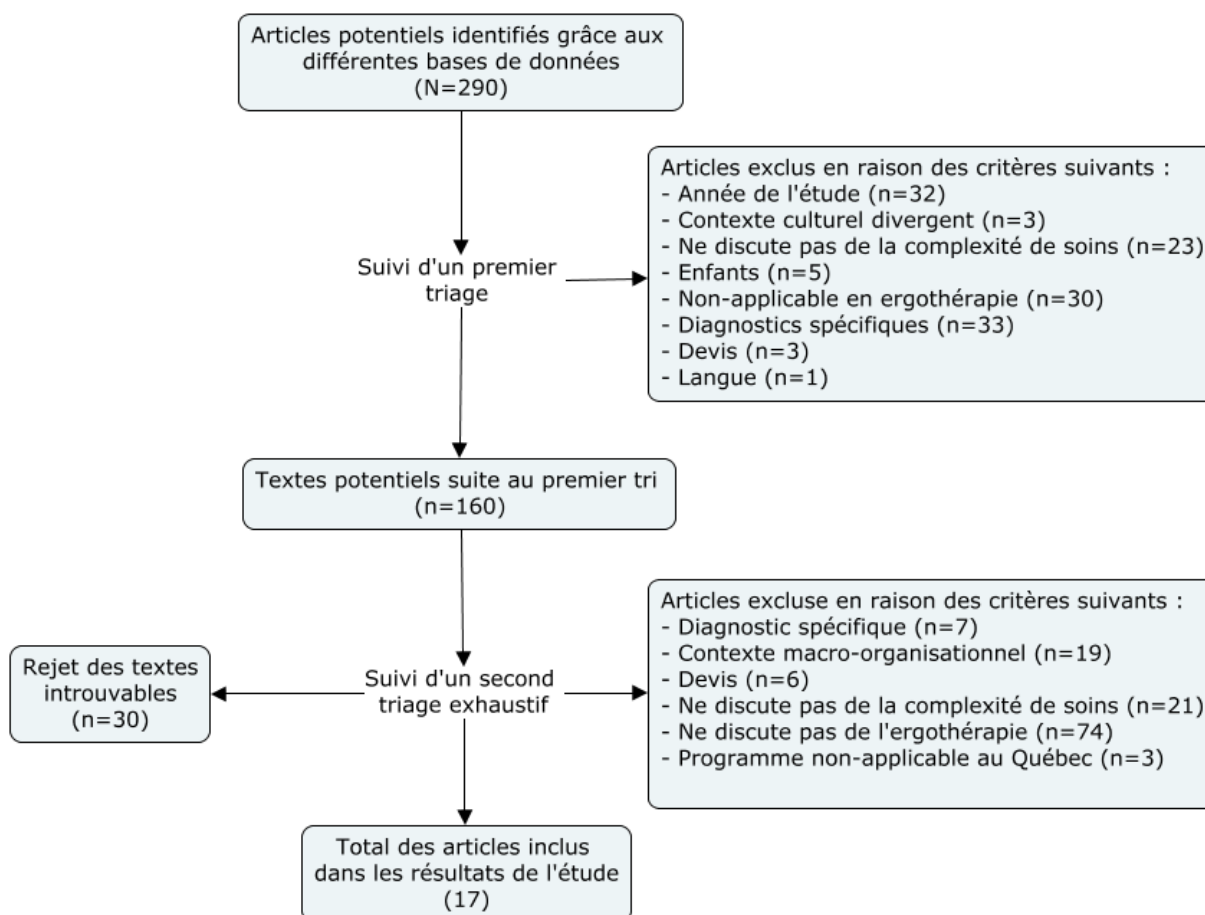


Figure 2. Schématisation de la sélection des articles scientifiques

Afin d'en connaître davantage concernant les articles sélectionnés, l'annexe B présente un aperçu succinct des thèmes abordés dans chacun de ceux-ci alors que l'annexe C présente les informations des articles de manière plus détaillée selon la grille d'extraction utilisée. Les thématiques

pertinentes en lien avec la question de recherche sont expliquées plus en détail dans les sections suivantes.

5.2. Processus clinique avec une clientèle composant avec des besoins complexes

Cette section présente les huit points d'action du MCPP ainsi que les résultats extraits des articles sélectionnés démontrant comment l'ergothérapeute peut optimiser et adapter sa pratique clinique avec une clientèle présentant des besoins complexes. Dans les circonstances où certains points d'action du cadre conceptuel regroupent des résultats semblables et dans le but d'alléger le texte, certains points ont été fusionnés ensemble, tel qu'identifié par les sous-titres.

5.2.1. 1) Initier et établir le contact et 2) Établir les balises

5.2.1.1. L'approche centrée sur le client ; stratégie essentielle à adopter

Dès le début du processus de pratique, ainsi que tout au long des services offerts, l'adoption d'une approche centrée sur le client et la promotion de la cocréation des soins s'avère indispensable afin d'offrir des soins satisfaisants et de qualité (Kuipers, Cramm, & Nieboer, 2019; Kuluski, Ho, Hans, & Nelson, 2017). L'approche centrée sur le client peut être définie comme des soins respectueux des préférences, des besoins et des valeurs de la personne tout en s'assurant que les soins sont guidés par celle-ci (Kuipers et al., 2019). Pour renchérir, certains auteurs mentionnent que cette approche comporte huit dimensions, dont 1) les préférences des patients; 2) l'information et l'éducation; 3) l'accessibilité aux soins; 4) le soutien émotionnel; 5) l'intégration de la famille et des amis; 6) la continuité dans les transitions; 7) le confort physique et 8) la coordination des soins. D'autre part, la cocréation de soins est définie comme l'établissement d'une relation productive, comprenant le partage d'objectifs et de connaissances ainsi que le respect mutuel entre le patient et le professionnel de la santé (Kuipers et al., 2019). L'étude de Kuiper et collaborateurs (2019) a d'ailleurs démontré que l'application des huit dimensions pour des soins centrés sur le client ainsi que la cocréation des soins sont corrélés positivement avec la satisfaction perçue des soins ainsi que le bien-être physique et social des patients atteints de multimorbidité. De plus, l'étude de Rondeau-Boulangier (2015) reconnaît que la vision holistique prônée par l'ergothérapie est un facilitateur et favorise la continuité tout au long du processus de soins.

Dans le même ordre d'idées, une approche centrée sur le client inclut une relation thérapeutique fondée sur la confiance et l'ouverture d'esprit (Kuluski et al., 2017). Naturellement,

une telle relation de confiance nécessite du temps à bâtir, mais le développement de celle-ci est essentiel et mène à des soins de qualité ainsi qu'à des résultats de soins plus efficaces (Kuluski et al., 2017). De plus, la considération à la fois de la culture, des rôles sociaux et des expériences antérieures d'une personne est indispensable pour comprendre les facteurs qui permettent l'engagement dans les soins (Kuluski et al., 2017). En plus d'être un levier de motivation pour la personne, l'étude de Kuluski et collaborateurs (2017) indique que l'autonomisation de celle-ci par le choix des services, des lieux des soins, des priorités de soins ainsi que du temps alloué pour ce processus est fortement encouragé. Toutefois, cette approche et ces éléments sont en discordance avec le système de santé actuel qui privilégie les courts épisodes de soins, les décisions de soins par le prestataire ainsi que des services axés sur la rentabilité (Kuluski et al., 2017). De plus, l'étude de Kuipers et collaborateurs (2019) invite les professionnels à reconforter et encourager les clients autant que possible afin de contribuer à une relation positive et de confiance entre les deux acteurs. De même, certains ergothérapeutes et certains clients ont mentionné que la sensibilité envers les clients, l'empathie et une attitude de non-jugement étaient des caractéristiques essentielles d'un thérapeute qui souhaite faciliter les soins (Rondeau-Bélanger, 2015).

5.2.1.2. Intégration de la famille et des proches dans les soins

Les proches-aidants constituent un groupe important, qui est cependant surchargé et sous-reconnu, au sein du système de santé (Charles, Bremault-Phillips, Parmar, Johnson, & Sacrey, 2017). Effectivement, l'étude de Kuipers et collaborateurs (2019) a démontré que plus d'un quart des participants atteints de multimorbidité ont révélé ne pas être complètement satisfaits quant à l'intégration de la famille et des proches dans les soins. Il est de plus en plus reconnu que les familles et les aidants assument d'importantes responsabilités auprès des personnes avec une complexité de soins qui peuvent parfois mener à l'épuisement (Charles et al., 2017). De ces faits, il importe de les inclure dans le processus de soins et de leur fournir un soutien adéquat afin de préserver leur bien-être et de leur donner les outils nécessaires pour faire face à de tels défis.

Manifestement, plusieurs barrières peuvent nuire à l'inclusion et au soutien des proches-aidants dans les soins. Parmi les obstacles dénotés à l'inclusion des proches dans les soins, il est possible de faire mention des politiques de confidentialité, du manque de connaissances du thérapeute ainsi que d'un sentiment de fardeau sur le proche-aidant (Kuipers et al., 2019). Aussi, les proches-aidants s'identifient rarement comme étant des aidants et ne sont pas tentés à rechercher

de l'aide, ce qui diminue les opportunités de recevoir du soutien adéquat (Charles et al., 2017). De plus, différents obstacles peuvent entraver l'apport de soutien chez les proches-aidants. Parmi ceux-ci, il est possible de citer les difficultés de communication, la difficulté d'accès à l'information, le manque de connaissances des besoins, la difficulté de navigation dans le système de santé, la difficulté d'accès aux ressources financières et les politiques d'accès en vigueur (Charles et al., 2017).

En contrepartie, une telle approche nécessite, de la part de l'ergothérapeute, l'intégration des proches en tant que partenaire et l'adaptation à de nouvelles pratiques cliniques. Le modèle de soins IMPACT est un bon exemple d'inclusion du proche-aidant dans le processus de soins puisque dès le premier rendez-vous, le proche-aidant est invité à accompagner le client aux rencontres ainsi qu'à poser ses questions et ses inquiétudes (Tracy, Bell, Nickell, Charles, & Upshur, 2013). Parmi les facteurs qui facilitent le soutien aux aidants, l'accessibilité aux soins de santé et aux ressources communautaires, la disponibilité des prestataires bien intentionnés et leur reconnaissance par le système sont des éléments favorisant leur inclusion dans le processus (Charles et al., 2017). De ces faits, l'étude de Charles et collaborateurs (2017) recommande d'aider les personnes à s'identifier comme des proches-aidants et de les encourager à demander du soutien auprès des ressources accessibles. Ainsi, une restructuration du système de santé augmentant l'inclusion des proches-aidants, la formalisation du soutien, la centralisation des ressources ainsi que la préparation à la prochaine génération de soignants est nécessaire afin de prévenir l'épuisement et promouvoir leur rôle (Charles et al., 2017).

5.2.2. 3) Évaluer et analyser et 7) Évaluer le résultat

Lors du point d'action *Évaluer et analyser*, il importe que l'ergothérapeute effectue une évaluation multifacette et exhaustive de la personne, de l'environnement et de l'occupation afin de réaliser une analyse juste. Ces résultats d'évaluation pourront être, pour la plupart, réévalués afin de comparer l'évolution de la personne et de statuer sur l'efficacité des interventions. Ainsi, l'évaluation des besoins et des capacités des patients devrait inclure l'aspect physique, l'aspect mental, le contexte social ainsi que d'autres facteurs influençant la qualité de vie et la réceptivité aux soins (culture, passions, objectifs personnels, attentes, etc.) (Kuluski et al., 2017). Étant donné que les capacités cognitives du patient peuvent fluctuer à tous moments de la journée, l'ergothérapeute doit apprendre à bien connaître le client afin d'avoir un portrait global et juste de

ses capacités (Kuluski, Ho, et al., 2017). Des conséquences dommageables peuvent survenir sur le patient et la famille en cas de surestimation ou de sous-estimation des capacités de ce dernier (Kuluski, et al., 2017). Ainsi, la présente section élaborera diverses évaluations concernant la complexité, les objectifs occupationnels ainsi que les autres besoins importants à considérer.

5.2.2.1.Évaluation de la complexité

La complexité des soins est difficilement quantifiable et évaluable en raison de l'aspect subjectif entourant ce concept. Toutefois, il existe quelques outils permettant de juger de la complexité de la réadaptation, dont la *Rehabilitation Complexity Scale-Extended* (Turner-Stokes, Scott, Williams & Siegert, 2012). Celle-ci est une échelle de mesure qui quantifie les besoins en matière de soins de base, de soins infirmiers, de thérapie, de médecine et d'assistance avec un équipement (Schiavi et al., 2018). Le score varie entre 0 et 22, où 9 est le seuil minimal pour attester de la complexité de soins (Pellegrini et al., 2018; Schiavi et al., 2018). Bien que le but de l'ergothérapeute ne soit pas de juger de la complexité de la situation, cet outil constitue une bonne indication de la charge de travail et peut s'avérer utile afin de sélectionner les participants dits complexes lors de la réalisation d'une recherche. Plusieurs études ont eu recours à cet outil afin de classer les personnes incluses dans l'échantillon selon leur niveau de complexité de soins. De la sorte, l'utilisation de cette évaluation était à des fins de sélection et de description des participants plutôt qu'à des fins thérapeutiques.

De surcroît, face à l'augmentation d'admissions complexes relevée chez les aînées, un outil, le *modified Blaylock Tool for Occupational Therapy* (MBTOTR) tâchant de dépister les clients avec un risque de déclin fonctionnel, a été créé à ces fins (Tan, Mackenzie, Travasssaros & Yeo, 2016). Développé à la suite d'une recension des écrits sur les facteurs expliquant le déclin cognitif, l'outil inclut les items suivants : l'âge, le soutien social, le statut fonctionnel pour diverses occupations, l'aspect cognitif, la mobilité, le comportement, les événements de chutes, les déficits sensoriels, le nombre d'admissions antérieures, le nombre de problèmes médicaux ainsi que la quantité de médicaments (Tan et al., 2016). Les résultats de cette étude démontrent que cet outil de dépistage est efficace afin d'identifier les patients dans le contexte des soins aigus nécessitant de l'ergothérapie, et ainsi, prévenir leur déclin fonctionnel et les blessures ultérieures (Tan et al., 2016). Le MBTOTR a identifié un nombre plus élevé de patients ayant besoin de services en ergothérapie que le nombre réel référé (Tan et al., 2016). Dans les faits, ceci signifie qu'un tel outil permettrait à des patients avec une condition complexe d'être orientés plus tôt dans leur trajectoire

de soins à des services en ergothérapie, permettant donc d'intervenir précocement et d'améliorer les résultats des soins offerts (Tan et al., 2016).

Le *Occupational Therapy Discharge Needs Screen* (OTDNS) est, quant à lui, un outil de dépistage permettant d'identifier les clients ayant des besoins plus complexes au moment du retour à domicile (Boronowski, Shorter, & Miller, 2012). Cet outil de dépistage permet à l'ergothérapeute d'identifier rapidement les personnes plus à risque ou qui nécessiteront des ressources supplémentaires lors du congé de l'hôpital. Cette évaluation comporte sept questions et inclut les sujets suivants : l'état de santé, les connaissances du patient, la mobilité, les activités de la vie quotidienne (AVQ), le soutien social, les obstacles physiques/environnementaux ainsi que l'état de préparation à la sortie perçu par le patient et sa famille (Boronowski et al., 2012). L'OTDNS utilise une échelle de Likert à 5 points où le résultat final varie entre 0 (aucun problème) et 28 (problèmes importants). La durée de l'administration varie entre 5 et 10 minutes (Boronowski et al., 2012). Dès lors, cet outil clinique peut être utilisé à la fois par l'ergothérapeute afin de planifier le retour à la maison, et par le personnel de première ligne dans le but de dépister les besoins complexes et de référer à l'ergothérapeute lorsque nécessaire (Boronowski et al., 2012).

Ainsi, ces outils d'évaluation permettent à la fois d'améliorer le processus de référence et d'évaluation des besoins de prise en charge. De la sorte, un dépistage précoce et l'évaluation de la complexité permettent d'offrir des soins de qualité et continus.

5.2.2.2. L'utilisation de la MCRO comme outil d'évaluation des personnes en situation de complexité de soins

La Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est un outil d'évaluation standardisé permettant de prioriser les occupations sur lesquelles la personne souhaite travailler (Pellegrini et al., 2018; Schiavi et al., 2018). Ce questionnaire, principalement utilisé en ergothérapie, décèle les changements perçus par le client en lien avec le rendement occupationnel et la satisfaction. Une entrevue semi-structurée est réalisée entre le thérapeute et le client afin d'identifier cinq objectifs en ordre de priorité. Par la suite, les objectifs sont quantifiés sur une échelle de 1 à 10 en fonction de la satisfaction et du rendement occupationnel (Pellegrini et al., 2018; Schiavi et al., 2018). La cote du rendement occupationnel décrit la perception des clients quant à leur capacité à réaliser des activités, alors que la cote de satisfaction quantifie le niveau de satisfaction à l'égard de leur performance (Schiavi et al., 2018). Plusieurs recherches menées en ergothérapie auprès de populations démontrant des besoins complexes ont utilisé cet outil pour

évaluer le changement dans la performance occupationnelle à la suite de l'intervention (Garvey, Connolly, Boland, & Smith, 2015; Pellegrini et al., 2018; Schiavi et al., 2018). Par conséquent, ceci permet de déduire que la MCRO peut être utile afin d'évaluer l'amélioration de la participation occupationnelle, en plus d'identifier les besoins prioritaires et la perception de la réalisation des occupations. Ainsi, cette évaluation permet d'orienter l'intervention lors de l'évaluation et de l'analyse, en plus d'avoir une mesure objective lors de la réévaluation des résultats. En bref, cet outil permet d'avoir une approche centrée sur le client et sur l'occupation, tout en priorisant les objectifs significatifs de ce dernier parmi une multiplicité de besoins.

5.2.2.3. Les différentes évaluations complémentaires

La participation occupationnelle des personnes composant avec une complexité de soins est grandement influencée par les conséquences directes et indirectes de leur condition de santé. Selon Schiavi et collaborateurs (2018), l'évaluation des occupations devrait se concentrer d'abord sur la sphère des soins personnels. En effet, lors de leur étude ayant comme objectif d'identifier les besoins occupationnels d'une clientèle aux prises avec des besoins complexes à la suite d'un AVC, près de 75 % des besoins mentionnés par cette clientèle réfèrent à la sphère des soins personnels, 15 % à la sphère de la productivité et 10 % à la sphère des loisirs (Schiavi et al., 2018). Cette étude démontre l'importance pour les patients d'être autonome dans cette sphère. Ce résultat est aussi corroboré par l'étude de Pellegrini et collaborateurs (2018) qui indique que les besoins exprimés par les patients aux prises avec une complexité de soins sont d'abord en lien avec les soins personnels. Ainsi, les besoins de réadaptation devraient prioritairement s'attaquer à cette sphère occupationnelle pour ensuite se concentrer sur les sphères de productivité et de loisirs (Schiavi et al., 2018). Les soins personnels constituent donc une catégorie qui doit être étudiée davantage par l'ergothérapeute avec cette clientèle lors de l'évaluation des occupations. Bien que cette étude contribue à expliquer les priorités de soins pour ces patients, l'ergothérapeute doit toujours utiliser son jugement clinique et guider ses actions avec l'approche centrée sur le client afin d'analyser les priorités de réadaptation.

Parmi les études recensées, trois d'entre elles ont utilisé d'autres types d'évaluations permettant d'évaluer les caractéristiques personnelles ou les limitations dans les AVQ. De ce fait, les évaluations l'*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, le *modified Barthel Index (MBI)*, l'*Instrumental Activity Daily Living (IADL) scale*, le *Reintegration to Normal Living Index (RNLI)*,

le *Short-Form 12 (SF-12)*, le *Frenchay Activities Index (FAI)*, le *Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL)*, la *Stanford Chronic Disease Self-Efficacy 6-item Scale (SSE)*, le *EQ-5D*, le *Health Education Impact Questionnaire (HeiQ)*, la *Fatigue Severity Scale (FSS)* et le *Goal Attainment Scaling (GAS)* ont permis à ces études de mieux comprendre les conséquences occupationnelles et d'évaluer l'efficacité (ou non) des interventions en comparant les données recueillies initialement avec ces évaluations au résultat de la réévaluation. Le tableau 3 définit les différentes évaluations en fonction de ce qu'ils évaluent et du nombre d'étude, parmi les trois, les ayant utilisés pour évaluer le résultat. En somme, ces évaluations complémentaires documentent la fatigue, l'atteinte des buts, la dépression, l'anxiété, l'auto-efficacité, l'indépendance dans la réalisation des occupations, la qualité de vie ainsi que le bien-être et peuvent être utiles pour révéler de nouvelles informations au thérapeute et permettre de compléter une évaluation.

Tableau 3. Résumé des évaluations recensées

Nom de l'évaluation	Objet de l'évaluation	Nombre d'études ayant eu recours
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	Échelle auto-administrée qui évalue et dépiste les cas potentiels d'anxiété et de dépression.	3
<i>Modified Barthel Index (MBI)</i>	Évaluation administrée par entrevue ou selon les observations qui mesure le degré d'indépendance dans les activités chez les patients atteints d'affections neuromusculaires et musculo-squelettiques dans le cadre d'une réadaptation en milieu hospitalier	2
<i>Instrumental Activity Daily Living Scale (IADL)</i>	Évalue, par une entrevue avec la personne ou un proche, les activités plus complexes (appelées « activités instrumentales de la vie quotidienne »), nécessaires au fonctionnement en milieu communautaire (ex. : faire les courses, cuisiner, gérer les finances).	2
<i>Reintegration to Normal Living Index (RNLI)</i>	Questionnaire qui évalue quantitativement dans quelle mesure les personnes qui ont vécu une maladie traumatique ou invalidante parviennent à se réinsérer dans des activités sociales.	1
<i>Short-Form 12 (SF-12)</i>	Questionnaire auto-déclaré qui évalue l'impact de la santé sur la vie quotidienne d'un individu (ex. : dans les rôles, les activités sociales, la vitalité). Il est souvent utilisé comme mesure de la qualité de vie.	1
<i>Frenchay Activities Index (FAI)</i>	Questionnaire qui évalue les activités instrumentales de la vie quotidienne à utiliser avec les patients en convalescence après un AVC.	1

<i>Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL)</i>	Questionnaire administré ou auto-administré évaluant l'indépendance des patients dans les AVQ.	1
<i>Stanford Chronic Disease Self-Efficacy 6-item Scale (SSE)</i>	Échelle qui couvre plusieurs domaines communs à de nombreuses maladies chroniques (ex. fatigue, détresse émotionnelle, douleur...) afin d'évaluer l'auto-efficacité dans la gestion de la maladie.	1
<i>EQ-5D</i>	Questionnaire auto-administré qui mesure la santé et le bien-être des patients.	1
<i>Health Education Impact Questionnaire (HeiQ)</i>	Questionnaire qui évalue l'efficacité des programmes d'éducation à la santé et d'autogestion fournis aux personnes confrontées à un large éventail de conditions.	1
<i>Fatigue Severity Scale (FSS)</i>	Questionnaire relatif à la manière dont la fatigue interfère avec certaines activités et évalue sa gravité selon une échelle d'auto-évaluation.	1
<i>Goal attainment scaling (GAS)</i>	Méthode permettant de guider l'identification de buts et d'évaluer dans quelle mesure les objectifs individuels du patient sont atteints au cours de l'intervention.	1

5.2.3. 4) Convenir des objectifs et du plan

Lors de ce point d'action, les objectifs et le plan de soins devraient non seulement inclure le client, mais aussi les différents professionnels de la santé nécessaires à l'optimisation des résultats de soins. Effectivement, l'approche en interdisciplinarité a été largement démontrée comme une composante essentielle et efficace du traitement des patients ayant des besoins de soins complexes (Kuluski, Ho, et al., 2017; Larsen, Broberger, & Petersson, 2017; Pariser et al., 2019; Rondeau-Boulanger, 2015). Cependant, plusieurs ergothérapeutes rapportent que les établissements de santé publique utilisent le plus souvent une approche en multidisciplinarité plutôt qu'en interdisciplinarité (Rondeau-Boulanger, 2015). Ce fait est dénoté par les ergothérapeutes comme une lacune aux soins qui diminue l'efficacité et qui amène la duplication de certaines interventions (Rondeau-Boulanger, 2015). Par conséquent, un changement de paradigme et de culture organisationnelle s'impose afin d'instaurer une telle approche à travers tous les établissements de santé.

5.2.3.1. Les résultats prometteurs d'une approche en interdisciplinarité

Nombre d'études, de modèles de soins et de programmes ont démontré l'utilité d'une approche en interdisciplinarité afin de résoudre des problématiques de soins complexes. C'est

d'ailleurs le cas du modèle de soins IMPACT, qui innove en proposant une approche en interdisciplinarité unique tendant presque vers la transdisciplinarité (Tracy et al., 2013). Ce processus inclut trois rendez-vous avec le patient où, lors de chaque rencontre, l'équipe complète assiste à la rencontre entre un membre désigné et le client derrière un miroir sans tain. À la suite de chaque rendez-vous, l'équipe interdisciplinaire se rencontre pour discuter des objectifs de traitements ainsi que des meilleures évaluations et pistes de solutions à cibler, dans le but d'élaborer un plan de soins et un plan de suivi qui seront remis au médecin de famille (Tracy et al., 2013). Cette approche, permettant de regrouper plusieurs professionnels en trois rendez-vous, a été apprécié par les clients et les proches aidants puisqu'elle évite la multiplicité de rendez-vous à coordonner auprès de plusieurs professionnels (Tracy et al., 2013). L'approche en interdisciplinarité est apparue, dans cette étude, comme un avantage puisqu'elle permet d'apprendre à collaborer avec les autres collègues en plus de réduire la quantité de consultations offertes par chacun des professionnels. Ainsi, Tracy et collaborateurs (2013) concluent que l'approche en interdisciplinarité est très prometteuse et qu'elle permet de relever les défis croissants de la complexité de soins.

Aussi, dans l'étude qualitative de Rondeau-Boulanger (2015), le travail en interdisciplinarité était considéré comme un facilitateur par les ergothérapeutes ainsi que par les clients. Effectivement, tous les participants de l'étude ont évoqué l'importance et les bénéfices indéniables à réaliser des évaluations et des interventions conjointes sur la multiplicité des problèmes ainsi qu'à s'entraider et se sentir soutenu par une équipe (Rondeau-Boulanger, 2015). De ce fait, l'une des qualités importantes d'un thérapeute agissant comme un facilitateur des soins était la valorisation du travail d'équipe (Rondeau-Boulanger, 2015). D'autre part, les clients de l'étude ont mentionné apprécier la communication entre l'équipe de soins, leur permettant de se sentir compris dès le début de la rencontre et d'éviter la répétition de leur histoire (Rondeau-Boulanger, 2015).

En outre, l'utilisation des technologies de télésanté dans le contexte d'une approche d'interdisciplinarité est une avenue intéressante afin de répondre aux besoins de ce type de clientèle. Le programme TIP (*Telemedecine IMPACT plus*) a pour but de faciliter l'accès aux soins en permettant des consultations de manière synchrone entre le patient, le médecin et une équipe interdisciplinaire de soins (Pariser et al., 2019). Lors d'une étude pilote réalisée en 2019, ce programme a démontré des effets positifs sur les clients puisqu'il permet d'analyser les cas

complexes et d'offrir un service centré sur le client (Pariser et al., 2019). Aussi, les membres de l'équipe ont apprécié l'efficacité de la rencontre avec plusieurs spécialistes et ont également souligné la collaboration ainsi que l'apprentissage interprofessionnel comme des avantages clés de ce format de rencontre (Pariser et al., 2019).

Ainsi, l'ergothérapeute a tout avantage à réaliser des évaluations et des interventions en interdisciplinarité puisque cette approche permet d'offrir des soins répondant aux multiples besoins des clients en plus d'augmenter la satisfaction des soins offerts.

5.2.3.2. Description d'une collaboration de soins efficiente

Le développement de l'équipe de travail ainsi que de la collaboration entre ses membres sont des déterminants essentiels pour des résultats de soins optimaux, particulièrement avec une clientèle nécessitant des soins complexes (Larsen et al., 2017). L'étude de Larsen et collaborateurs (2017), désirant analyser les relations interprofessionnelles dans une équipe de soins, a permis de constater que les relations devaient être caractérisées par la confiance et la sécurité afin d'offrir au patient la meilleure expérience de soins. Pour ce faire, une expérience de soins, où chaque professionnel contribue à répondre aux besoins des patients selon leur compétence respective, permet de créer une confiance mutuelle (Larsen et al., 2017). À contresens, les personnes estimant que leurs connaissances et leurs compétences ne sont pas utilisées, ressentent un sentiment de méfiance, d'insécurité et d'exclusion vis-à-vis l'équipe (Larsen et al., 2017). Aussi, les professionnels doivent se montrer flexibles en adoptant des approches réflexives et de questionnement centré sur le client afin d'éviter des frustrations grandissantes (Larsen et al., 2017). La complexité des besoins des patients peut aussi amener de la confusion quant aux rôles de chaque professionnel de l'équipe et sur les interventions à réaliser. Ainsi, Larsen et collaborateurs (2017) suggèrent de bien définir les responsabilités et d'élaborer une structure de fonctionnement au sein de l'équipe afin d'éviter la confusion des rôles. Les relations interprofessionnelles ayant un impact important sur les soins offerts, le développement et l'entretien de bonnes relations dans le contexte de travail sont indispensables afin de faciliter les échanges avec les collègues de travail et les employeurs ainsi que les soins avec cette clientèle (Rondeau-Boulanger, 2015). Aussi, étant donné que les tâches et les responsabilités sont partagées entre des professionnels provenant de différentes organisations et que les besoins complexes des individus mènent à des interventions uniques centrées sur le client, Larsen et collaborateurs (2017) suggèrent qu'une approche de

transdisciplinarité pourrait potentiellement améliorer le fonctionnement de l'équipe et éviter les ambiguïtés. Cette approche, qui se caractérise par un outrepassement des frontières de chaque discipline pour rassembler les savoirs et construire ses propres méthodes d'intervention, peut permettre de tirer parti des compétences de chacun tout en offrant des soins de haute qualité (Larsen et al., 2017).

En somme, l'utilisation d'une approche en interdisciplinarité, voire en transdisciplinarité selon certains (Larsen et al., 2017), est primordiale. Plus encore, lors de ce point d'action, il est fondamental d'inclure le patient et sa famille dans l'élaboration du plan et des objectifs. Effectivement, la création du plan de soins ainsi que les décisions cliniques devraient être discutées avec le client et l'équipe interdisciplinaire lors d'une rencontre à la même table, et ce, même si les préférences de celui-ci ont préalablement été documentées (Kuluski, Ho, et al., 2017; Tracy et al., 2013).

5.2.4. 5) Mise en œuvre

Différentes interventions et approches peuvent s'avérer efficaces et indiquées auprès d'une clientèle aux prises avec des besoins complexes de soins. Cette section fait état de celles qui peuvent être utilisées avec cette clientèle.

5.2.4.1. Programmes et interventions réalisés avec une clientèle présentant des besoins complexes de soins

À la lumière des articles retenus, deux études ont élaboré et évalué des programmes et des interventions intégrant les meilleures pratiques probantes avec une clientèle ayant des besoins complexes (Garvey et al., 2015; Pellegrini et al., 2018). Ces deux études axent leurs principales interventions sur l'amélioration de la réalisation des occupations et de la satisfaction. Ainsi, celles-ci seront décrites en précisant leur contenu et leur efficacité auprès de cette clientèle.

D'abord, OPTIMAL est un programme communautaire d'autogestion de six semaines, dirigé par des ergothérapeutes, ayant pour objectifs généraux d'améliorer la performance occupationnelle, la satisfaction dans le quotidien et d'augmenter la fréquence des activités significatives. Les objectifs secondaires sont d'augmenter l'auto-efficacité, réduire l'anxiété et la dépression, améliorer les compétences d'autogestion, et en somme, améliorer la qualité de vie (Garvey et al., 2015). Des rencontres de groupe hebdomadaires discutant des sujets tels que l'autogestion, la gestion de la fatigue et du stress, le maintien d'une bonne santé mentale et du bien-

être, l'importance de l'activité physique, la gestion de la médication, une alimentation saine, des stratégies de communication efficace ainsi que la fixation d'objectifs ont été discutés tout au long du programme (Garvey et al., 2015). Les rencontres concernant la gestion des médicaments et l'importance de l'activité physique ont été coanimées par un pharmacien et un physiothérapeute. Ce programme a une visée occupationnelle puisqu'il met l'accent sur l'amélioration des capacités fonctionnelles des participants lors la réalisation de leurs activités signifiantes(Garvey et al., 2015). Tout au long du programme, l'établissement d'objectifs en fonction des préférences du patient et le soutien par les pairs ont été des leviers d'intervention utiles pour mobiliser et offrir des conseils à la clientèle. Cette étude expérimentale randomisée avec groupe témoin a démontré qu'OPTIMAL est efficace pour améliorer la participation et la performance aux activités fonctionnelles. Il conduit aussi à des améliorations du sentiment d'auto-efficacité, de la qualité de vie liée et de la réalisation des objectifs (Garvey et al., 2015), en plus d'augmenter la fréquence de l'engagement des participants dans les activités quotidiennes telles que les tâches ménagères et la préparation des repas (Garvey et al., 2015). En bref, cette étude, réalisée en Irlande, démontre le potentiel d'un programme axé sur les occupations et le fonctionnement quotidien avec une clientèle ayant des conditions de multimorbidité.

La seconde étude traite d'une intervention réalisée par des ergothérapeutes dans un service de première ligne à l'hôpital, en Italie (Pellegrini et al., 2018). Dans cette étude, l'ergothérapeute offre des soins aux patients en phase post-aiguë, de manière intensive, à raison de cinq jours par semaine. Lors de cette phase, les principales difficultés occupationnelles des patients en matière de soins personnels, de productivité ou de loisirs sont considérées. Les priorités de réadaptation sont identifiées grâce à la MCRO, par l'entremise de laquelle trois à cinq besoins occupationnels sont identifiés par la personne (Pellegrini et al., 2018). Par la suite, l'ergothérapeute procède à l'observation des patients lors de l'accomplissement de leurs occupations dans le but de convenir des modalités d'intervention, du niveau d'indépendance attendu à la fin du programme et du type d'approche à utiliser (Pellegrini et al., 2018). Lors du congé du patient, l'ergothérapeute continue d'offrir des suivis à celui-ci pour un maximum de dix séances, sur une période d'un à deux mois (Pellegrini et al., 2018). Les interventions en communauté ont pour objectif d'aborder les difficultés dans les sphères de productivité et de loisirs ainsi que toute autre difficulté résiduelle dans les soins personnels. Cette étude expérimentale randomisée avec groupe témoin démontre que les interventions ergothérapeutiques ont permis d'améliorer la performance et la satisfaction des patients

par la mise en œuvre d'activités significatives. Aussi, ces interventions ont permis d'améliorer leur indépendance dans les AVQ ainsi que leur réintégration dans les rôles sociaux en communauté (Pellegrini et al., 2018). En bref, cette étude pilote est la première à confirmer qu'un programme d'ergothérapie, centré sur le client et basé sur les occupations, peut bénéficier à une population de patients complexes (Pellegrini et al., 2018). Il s'avère donc recommandé d'avoir une approche axée sur les occupations et d'intervenir sur les activités quotidiennes significatives auprès d'une clientèle nécessitant des soins complexes.

5.2.4.2. Approches de traitement auprès d'une clientèle présentant des besoins complexes de soins

Les programmes réalisés auprès d'une clientèle ayant des besoins complexes intègrent diverses approches et composantes d'intervention telles que l'approche éducative visant l'autogestion et l'autonomie, l'approche orientée vers la tâche, l'approche de groupe ainsi que l'établissement d'objectifs, qui seront détaillées dans cette section.

En premier lieu, plusieurs articles énoncent l'importance d'utiliser des stratégies d'enseignement qui permettront à la clientèle d'être autonome dans la gestion de leurs soins ainsi que dans la réalisation des AVQ (Garvey et al., 2015; Sampalli, Fox, Dickson, & Fox, 2012; Tracy et al., 2013). En effet, l'étude de Garvey et collaborateurs (2015) ont misé sur l'autonomisation de la clientèle par la participation d'un groupe visant à les sensibiliser à de saines habitudes de vie et à les éduquer à une autogestion des soins. Il en est de même pour le modèle de soins élaboré par Tracy et collaborateurs (2013) dans lequel l'éducation est au cœur des principales interventions, notamment par la transmission d'informations sur leurs conditions et l'enseignement à l'autogestion des soins en lien avec la problématique vécue. De plus, le modèle créé par Sampalli et collaborateurs (2012) montre que l'autogestion dans les domaines du stress, de la douleur, du sommeil, de la santé sexuelle, de l'alimentation, du travail et des AVQ s'avère utile auprès de cette clientèle. Aussi, la gestion de la médication est rapportée comme une occupation complexe par les personnes ayant souvent plusieurs types de médicaments à prendre selon différents moments de la journée (Winship, Ivey, & Etz, 2019). Les participants de l'étude de Winship et collaborateurs (2019) mentionnent qu'ils ingèrent fréquemment la médication donnée par le personnel sans comprendre la logistique de la posologie. Ainsi, une attention particulière devrait être considérée par l'ergothérapeute concernant cette activité afin de faciliter l'autonomie dans la prise de médicaments. En somme, ces différentes études concluent que les interventions éducatives

favorisant l'autogestion devraient être privilégiées et intégrées à la prestation de soins offerte afin de responsabiliser le patient envers ses soins, favoriser l'utilisation de stratégies d'adaptation et l'habiliter à adopter des comportements sains. Aussi, les résultats des différentes études ont démontré que la finalité des programmes visant l'autogestion mène à des résultats améliorant la satisfaction, la participation et la qualité de vie des participants (Garvey et al., 2015; Sampalli et al., 2012).

Deuxièmement, l'étude de Pellegrini et collaborateurs (2018) a aussi adopté une approche orientée vers la tâche afin de favoriser la participation dans les occupations. Cette approche implique d'utiliser des modalités d'interventions axées sur la pratique de tâches de la vie réelle dans le but d'acquérir des compétences nécessaires pour la réalisation de celles-ci. Par exemple, les interventions en lien avec l'hygiène peuvent être appliquées dans une situation de la vie réelle où l'ergothérapeute intervient et conseille le client directement dans la tâche. Cette approche, à la base du programme, a permis d'améliorer la performance occupationnelle et la satisfaction de la clientèle (Pellegrini et al., 2018).

Pour sa part, le modèle de Sampalli et collaborateurs (2012) utilise une combinaison d'interventions de groupe et individuelles afin de répondre à la multiplicité des besoins d'une clientèle aux prises avec une complexité de soins. Ceux-ci mentionnent l'importance de considérer le client dans son ensemble et favorisent le recours à une approche de groupe, complétée par une approche individuelle, afin d'améliorer les résultats de soins (Sampalli et al., 2012). De cette manière, des stratégies générales (stratégies de conservation d'énergie, pratique de la pleine conscience, gestion d'énergie, etc.), qui peuvent s'appliquer à la majorité des situations, sont offertes lors d'interventions en groupe. À leur tour, les interventions individuelles ciblent des difficultés plus complexes et spécifiques aux besoins du patient (Sampalli et al., 2012). Bref, l'ergothérapeute clinicien convient d'une combinaison optimale des approches de groupe et individuelles pouvant bénéficier à une clientèle ayant des besoins multiples et complexes.

De surcroît, l'établissement d'objectifs occupationnels par le client est souvent utilisé dans les modèles d'intervention comme un moyen efficace pour motiver la clientèle en plus d'être en cohérence avec une approche centrée sur le client (Garvey et al., 2015; Pellegrini et al., 2018; Sampalli et al., 2012; Tracy et al., 2013). Cette approche permet entre autres de hiérarchiser les

problèmes et les priorités de santé, en plus de constituer un moyen efficace pour améliorer les stratégies d'autogestion (Garvey et al., 2015). À travers les études, différentes méthodes sont mobilisées lors de l'utilisation de cette stratégie. Le programme d'intervention élaboré par Garvey et collaborateurs (2015) propose notamment aux participants de fixer des objectifs hebdomadaires réalistes et réalisables, sur lesquels travailler au cours d'une semaine. Ces objectifs sont, par la suite, réévalués la semaine suivante. En outre, Pellegrini et collaborateurs (2018) soulignent l'importance de baliser les objectifs ciblés en mentionnant le temps, le niveau d'indépendance attendu et les modalités qui permettront d'atteindre le but. Bref, travailler sur des éléments significatifs pour le patient permet d'améliorer la satisfaction et la performance en plus d'avoir un effet d'*empowerment* sur la clientèle. De ce fait, celle-ci devrait être au cœur des interventions en ergothérapie (Kuluski et al., 2017).

De plus, l'utilisation d'interventions spécifiques, comme le récit narratif, peut avoir des effets positifs auprès d'une clientèle composant avec de multiples maladies chroniques. En effet, cette technique permet à cette clientèle d'aborder les impacts de l'état de santé sur les occupations tout en développant une compréhension personnalisée du lien entre les occupations, l'identité et la maladie (White et al., 2013). L'utilisation de techniques narratives peut comprendre deux méthodes distinctes, soit celle de raconter leur histoire ou d'en créer une. Ces deux techniques peuvent avoir des effets thérapeutiques et d'*empowerment* auprès de cette clientèle (White et al., 2013). Lors de la technique de raconter leur histoire, le client réalise une rétrospection en lien avec l'impact de la maladie sur les occupations qu'il accomplit et discute de son histoire occupationnelle avec le thérapeute. Concernant la technique de créer une histoire, le thérapeute et le client peuvent cocréer une histoire occupationnelle dirigée vers le futur afin d'imaginer les différentes perspectives occupationnelles (White et al., 2013). Ces techniques peuvent permettre au thérapeute et au client d'intégrer des stratégies occupationnelles ou des stratégies de gestion de ses symptômes à travers la réalisation de ce processus. De ce fait, les techniques du récit narratif permettent de procéder à des choix concernant leur santé et leur participation à diverses activités, ce qui ajoute aussi au sentiment d'*empowerment* de la personne (White et al., 2013).

Ainsi, ces différentes approches et composantes d'interventions sont à privilégier dans la pratique de l'ergothérapeute afin d'offrir des services complets et holistiques aux clients.

5.2.5. 6) Faire le suivi

Au moment de la réalisation du suivi par l'ergothérapeute, l'utilisation de la technologie, telle que la téléadaptation, peut permettre de faciliter les rencontres entre le professionnel et le client (Pariser et al., 2019). En effet, la téléadaptation permet de relier virtuellement les patients avec une complexité de soins qui nécessitent un suivi régulier, à des professionnels de la santé qui peuvent répondre aux questions et s'assurer de la bonne réalisation du plan d'intervention. De la sorte, grâce à cet outil novateur, l'ergothérapeute peut assurer la poursuite des soins en communauté afin d'optimiser le rendement et la satisfaction du patient dans la réalisation de ses occupations. L'étude de Pariser et collaborateurs (2019) a démontré que les clients ayant bénéficié de ce mode d'intervention avaient un sentiment d'autonomisation accru par rapport à leur propre santé. En plus, lors de cette étude mixte, presque tous les participants ont mentionné avoir bon espoir que leur condition allait s'améliorer grâce à une approche de collaboration en visioconférence. Cette approche utilisée dans l'étude de Pariser et collaborateurs (2019) était perçue de manière positive par le patient et les membres de l'équipe de soins. Ainsi, la téléadaptation peut s'avérer prometteuse afin de faciliter la communication avec le client et possède l'avantage d'effectuer des suivis plus nombreux de manière plus rapide.

5.2.6. 8) Conclure et mettre fin

Au moment où le patient s'apprête à recevoir son congé, l'ergothérapeute et l'équipe interdisciplinaire évaluent l'état de préparation du client à retourner en communauté (Sampalli et al., 2012). Pour ce faire, le OTDNS permet de dépister les clients avec des besoins complexes lors de la planification du congé (Cf. section 5.2.2.1.) (Boronowski et al., 2012). Cette évaluation peut aussi identifier les besoins de services ergothérapeutiques en communauté, en fonction de la quantité et de la complexité des difficultés vécues (Boronowski et al., 2012).

De surcroît, le processus de soins possède une fin définie où l'ergothérapeute doit conclure les consultations avec le client et assurer la continuité des services. En effet, les ergothérapeutes peuvent assurer la transition de l'hôpital à la communauté en réalisant des suivis qui permettront à la fois de maintenir les gains réalisés et de pallier aux défis occupationnels résiduels (Winship et al., 2019). Certes, la transition de services comporte de nombreux défis pouvant mener à une discontinuité des soins de santé et entraver leur trajectoire auprès des personnes avec une situation de complexité de soins (Kuluski, Ho, et al., 2017; Rondeau-Boulanger, 2015). Ces défis seront

abordés de manière plus précise lors d'une analyse du contexte de pratique de l'ergothérapeute (Cf. section 5.3.2.1.). Néanmoins, l'ergothérapeute a la responsabilité d'assurer la continuité des soins en informant le mieux possible le client des prochaines étapes, en transmettant les informations pertinentes aux prochains professionnels de la santé ainsi qu'en harmonisant les conseils de santé d'un professionnel à l'autre (Kuipers et al., 2019). Si nécessaire, l'ergothérapeute peut contacter le médecin de famille afin de comprendre les besoins qui demeurent présents au moment de la transition de soins dans la communauté (Sampalli et al., 2012).

Par ailleurs, un plan d'action élaboré en collaboration avec le client, concernant l'autogestion de son état, peut être réalisé afin de favoriser la mise en place des interventions (Sampalli et al., 2012). De plus, les difficultés résiduelles du client doivent être adressées et l'ergothérapeute devrait diriger celui-ci vers des ressources communautaires ou à des services spécialisés pour remédier aux difficultés restantes (Sampalli et al., 2012). Si nécessaire, quelques rencontres dans la communauté pour effectuer un suivi et aborder des difficultés plus importantes pourraient être réalisées par l'ergothérapeute, tel qu'effectué par différentes études à la suite des interventions (Pellegrini et al., 2018; Sampalli et al., 2012). Un court suivi en communauté effectué par l'ergothérapeute, suite au congé du client, peut avoir différents avantages tels que l'identification de stratégies et de solutions pour pallier aux difficultés résiduelles ainsi que l'application des interventions favorisant la généralisation des habiletés dans le milieu de vie naturel (Sampalli et al., 2012).

En somme, afin d'offrir des services de qualité, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer dans la prestation de soins continus et dans la mise en place de solutions pour permettre un fonctionnement optimal du patient dans sa communauté.

5.3. Les soins complexes et les différents contextes en ergothérapie

La prochaine section discute des éléments complémentaires au processus de la pratique de l'ergothérapeute en abordant les différents contextes entourant celui-ci. Ainsi, les schèmes de référence, le contexte sociétal de la clientèle et le contexte de pratique seront présentés afin d'éclaircir différents éléments à considérer afin d'adapter la pratique en ergothérapie.

5.3.1. Schèmes de référence utiles avec les personnes vivant une complexité de soins

Afin d'offrir une pratique compétente, l'ergothérapeute doit se référer à des modèles théoriques cohérents et probants tout au long du processus de la pratique décrit précédemment. Deux modèles ont été cités par les études recensées, soit le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) ainsi que la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (World Health Organization, 2001).

D'abord, certaines études ont utilisé le MCREO pour documenter la participation et l'engagement occupationnel des personnes ayant une situation de soins complexe (Garvey et al., 2015; Sampalli et al., 2012; Schiavi et al., 2018). Ce modèle ergothérapeutique permet de recueillir des informations sur la relation entre les différentes sphères de l'environnement, de la personne et de l'occupation et fournit une base de référence pour analyser le rendement occupationnel du patient. Par ailleurs, le modèle de la CIF a aussi été recensé parmi les études retenues (Pellegrini et al., 2018; World Health Organization, 2001). Ce modèle de pratique met l'accent sur le fonctionnement des individus et permet de comprendre les problématiques selon l'interaction entre les fonctions, les activités, la participation et les facteurs contextuels (Pellegrini et al., 2018; World Health Organization, 2001).

5.3.2. Contexte sociétal des personnes ayant des besoins de soins complexes

5.3.2.1. La perception des occupations par les personnes présentant une complexité de soins

La prise en compte du contexte sociétal dans lequel évolue le client – considéré comme un être occupationnel agissant dans divers environnements – implique notamment de comprendre la relation et le sens donné à l'occupation. Cette section fait état d'une conceptualisation décrivant les rôles et les significations des occupations pour les personnes vivant avec de la multimorbidité.

La réalisation et la perception des occupations, par les personnes aux prises avec une complexité de soins, peuvent différer de la population générale, telles que le suggèrent les études effectuées par White, Lentin et Farnworth (2013) auprès de personnes vivant avec des multimorbidités. D'abord, l'article de White et collaborateurs (2013) a conceptualisé le rôle et la signification des occupations selon la perspective avec cette clientèle à partir de données qualitatives. Selon ces auteurs, l'occupation aurait quatre rôles distincts, mais interreliés, soit ceux de *révéler*, *expliquer*, *gérer* et *surmonter* les problèmes de santé en cours. Effectivement, à priori, les perturbations vécues dans des occupations familières peuvent *révéler* un changement de l'état

de santé de la personne. Ainsi, grâce à l'amélioration ou à la diminution du rendement occupationnel, une rétroaction est faite sur leur propre santé. De plus, la réalisation des occupations permettent d'*expliquer* les conditions de santé et les symptômes ressentis. Pour certains, la réflexion réalisée permet de faire des liens entre les occupations quotidiennes et leur état de santé. Aussi, les occupations peuvent expliquer les variations dans les symptômes ressentis et permettre d'identifier les éléments pouvant aggraver leur état de santé. Ensuite, les occupations permettent de *gérer* les conditions de santé et de définir l'identité des personnes. Les personnes gèrent leur état de santé par le choix de leurs occupations et le développement de nouvelles stratégies occupationnelles, qui sont aussi influencées par la compréhension de leur maladie. La gestion de leur état de santé implique que les personnes redéfinissent leur identité, étant donné que de nouvelles occupations doivent être incorporées à leurs habitudes (ex. : gestion de la maladie, rendez-vous, traitement) et que certaines occupations sont retirées. Les occupations peuvent aussi aider à *surmonter* les difficultés vécues en lien avec les conditions de santé. La réalisation d'occupations qui diffèrent de la gestion de soins permet aux personnes de « continuer à vivre » et à s'engager de manière signifiante dans leur environnement. De manière générale, s'engager dans des occupations valorisées, telles que des activités de loisirs ou des activités sociales, implique pour les personnes d'évaluer les bienfaits et les conséquences de ces activités sur leur quotidien. En outre, le changement identitaire peut mener à la réalisation de nouvelles opportunités de participation occupationnelle. Au cœur de ce processus se trouve un concept central : l'*empowerment*, qui est défini comme le processus où les personnes développent et acceptent une nouvelle identité, différente de celle d'avant, qui intègre les différents aspects de la maladie (White et al., 2013). Selon White et collaborateurs (2013), les occupations seraient « *empowering* » pour les personnes aux prises avec une condition de multimorbidité puisqu'elles permettent de leur redonner du pouvoir sur leur vie (White et al., 2013). La réalisation des occupations au quotidien permet aux personnes de minimiser les impacts sur leur identité ainsi que de développer des stratégies occupationnelles permettant de gérer leur condition de santé et de s'engager dans leur environnement (White et al., 2013). La réalisation de ces nouvelles occupations permet ainsi de retrouver un sens à leur vie. De la sorte, les occupations familières procurent aux participants un sentiment d'être soi-même, alors que les nouvelles occupations procurent un sentiment de développement personnel (White et al., 2013).

Le plus récent article des auteurs White, Lentin et Farnworth (2019) conceptualise, quant à lui, les occupations des personnes aux prises avec une problématique de multimorbidité à l'aide d'une schématisation, multifacette et dynamique, sous la forme d'un diamant. Ce modèle explique le sens des occupations selon trois dimensions: (1) *connexion/reconnexion/déconnexion*, (2) *prendre soin/faire du mal* et (3) *contribuer/nuire*. Ces dimensions reflètent le sens des occupations et sont influencées par les conditions de vie et de santé, le contexte personnel (valeur, intérêts, habiletés, etc.), le contexte de vie (environnement social, animal, endroits en lien avec la vie quotidienne, etc.) et le monde (environnement physique, social, institutionnel). La catégorie *connexion/reconnexion/déconnexion* est centrale à tout ce que les personnes font. À travers l'engagement dans des activités, elles connectent, reconnectent ou déconnectent avec leur corps, leur âme et leur esprit ainsi qu'avec le monde physique et social. Ceci permettrait ainsi de garder une identité personnelle et de réagir aux événements stressants de la vie par l'engagement dans diverses activités. La catégorie *prendre soin/faire du mal* inclut toutes les activités que les participants font pour prendre soin de soi, de leur entourage, des lieux, des animaux, etc. Cependant, certaines activités peuvent avoir l'effet inverse et causer du tort aux plans physique, psychologique ou social. Lorsque les participants sont blessés ou malades, cette catégorie est d'ailleurs encore plus valorisée par ceux-ci. La catégorie *contribuer/nuire* implique, quant à elle, l'engagement dans des activités (ex. : travail, études, bénévolat) qui enrichissent leur propre vie et celle des autres, tout en contribuant au développement personnel. En général, ces activités sont motivées par le désir de développer leurs capacités et leurs intérêts, par un sentiment de productivité et par le respect de leurs obligations personnelles et sociales. S'engager dans des activités productives donne aux personnes un sens à leur vie et un sentiment d'espoir pour le futur.

En résumé, ces recherches montrent les différents rôles que peuvent avoir les occupations et confirment l'importance de réaliser des occupations pour les personnes avec de multiples maladies chroniques. Une meilleure compréhension du sens donné aux occupations permet à l'ergothérapeute de guider le patient dans l'adaptation de celles-ci (ainsi que les environnements dans lesquels elles se déroulent), tout en gardant leur sens respectif (White et al., 2019). La prise en compte de ces éléments apporte un éclairage pertinent pour comprendre le phénomène de l'occupation vécu par cette clientèle et, potentiellement, optimiser les interventions en ergothérapie.

5.3.2.2. Le rôle et l'expérience des proches aidants

Considérant que les personnes présentant des besoins de soins complexes ont souvent recours à leur entourage afin de compenser pour l'aide médicale et occupationnelle nécessaire au quotidien, les proches aidants représentent des acteurs clés de l'environnement sociétal. Ces proches aidants sont essentiels pour le système de la santé puisqu'ils délivrent, pour la plupart du temps, des soins informels, indispensables, et ce, de manière bénévole à ces personnes (Charles et al., 2017). Cependant, il est largement reconnu que les proches aidants peuvent vivre des conséquences négatives en lien avec l'accomplissement de ce rôle (Charles et al., 2017). Ainsi, l'un des objectifs de recherche de l'étude de Charles et collaborateurs (2017) fut de décrire les expériences et les défis vécus par les proches aidants assistant les personnes avec des besoins complexes. Cette recherche qualitative a ressorti trois principaux thèmes décrivant l'expérience de ces personnes, soit : 1) la gestion d'une multitude de tâches pouvant compromettre leurs propres besoins personnels; 2) le changement de rôles et l'abandon des structures familiales traditionnelles se répercutant sur les soins et 3) les impacts financier et occupationnel vécus par les proches. D'abord, les nombreuses tâches que les proches aidants doivent réaliser (travail, épicerie, transport, etc.) peuvent mener à l'isolement et l'épuisement. De surcroît, plusieurs proches aidants ne s'identifient pas comme tel, ce qui a potentiellement pour conséquence d'exacerber la perception des exigences extérieures aux soins et de diminuer les chances de rechercher des ressources pouvant prévenir l'épuisement. Ensuite, les rôles des proches aidants évoluent en raison des changements dans les capacités de la personne qui affectent les liens familiaux et amicaux. La dynamique familiale peut être mise au défi en raison de divergences axiologiques intergénérationnelles, culturelles ainsi que dans les attentes. Aussi, la prestation de soins à distance est courante et cela impose une charge supplémentaire en ce qui concerne le temps, les déplacements et la communication. Enfin, de nombreux proches aidants endossent le fardeau financier associé aux services médicaux, aux aides techniques, aux médicaments et au transport en lien avec les besoins de cette clientèle. Certains abandonnent leur emploi, déménagent ou ajustent leurs horaires pour s'adapter, ce qui peut avoir une répercussion sur leur moyen de subsistance ainsi que leur situation d'emploi. En résumé, les proches aidants ont un rôle important à jouer dans la vie des personnes avec une complexité de soins, mais ce rôle est souvent sous-reconnu et implique de nombreux sacrifices. Une attention particulière lors des consultations en ergothérapie

doit donc être accordée aux besoins des proches aidants afin de leur procurer un soutien tout en ayant un souci de respect, du droit de choisir et d'autodétermination (Charles et al., 2017).

5.3.2. Contexte de pratique avec une clientèle ayant des besoins complexes

5.3.2.1. Rupture de services causés par l'organisation des soins de santé

Généralement, les personnes aux prises avec une complexité de soins nécessitent une plus grande fréquence d'interventions de la part de nombreux professionnels de la santé, ce qui implique aussi un plus grand coût systémique relié à l'utilisation des services (Sampalli et al., 2012). Toutefois, ceci peut constituer un réel défi organisationnel et certains obstacles peuvent nuire à la qualité des soins offerts à ces personnes. Les études qualitatives de Kuluski et collaborateurs (2017) ainsi que de Rondeau-Boulanger (2015) ont relevé plusieurs éléments en lien avec le contexte organisationnel pouvant engendrer des conséquences négatives sur la continuité et la nature holistique des soins impliquant les ergothérapeutes.

D'abord, les ergothérapeutes ayant participé à l'étude de Rondeau-Boulanger (2015) déplorent à la fois le manque de communication entre les différents milieux de services ainsi que le manque d'opportunités pour établir des plans de services, et ce, particulièrement avec les personnes présentant à la fois un trouble de santé mentale et de santé physique concomitant. D'autre part, certains participants de l'étude de Kuluski et collaborateurs (2017) mentionnent que les évaluations réalisées auprès de la clientèle aux prises avec une complexité de soins peuvent suggérer des résultats qui ne correspondent pas à leurs réels besoins, étant donné que le score de complexité ne considère pas l'ensemble des indicateurs pertinents de leurs besoins. Aussi, au plan administratif, les codes de services utilisés pour les soins prodigués à cette clientèle sont étroitement définis, ce qui peut nuire à l'accès aux remboursements par le fournisseur ou par l'organisation (Kuluski, Ho, et al., 2017).

En outre, l'accès aux services de santé peut être une barrière pour certains clients avec une problématique de soins complexes en raison des critères d'admissibilité aux services, du statut financier de la personne ainsi que de l'emplacement géographique de son lieu de résidence. Effectivement, certains programmes et services ont des critères d'admissibilité, tels que l'âge, les symptômes ou l'émission d'un diagnostic, resserrant ainsi l'accès aux services (Kuluski et al.,

2017; Rondeau-Boulanger, 2015). De ce fait, certains patients sont refusés dans des départements spécialisés et sont plutôt dirigés vers des services généraux (Rondeau-Boulanger, 2015). Similairement, le statut financier de la personne peut aussi être contraignant pour accéder à certains équipements, services ou programmes lorsque des coûts y sont associés, comme le rapportent Kuluski et collaborateurs (2017) dans leur étude réalisée en Ontario. Également, l'accessibilité aux services de santé peut aussi dépendre de l'emplacement géographique, les centres urbains offrant plus d'options de soins communautaires que les communautés rurales adjacentes (Kuluski et al., 2017). Pour terminer, non seulement les politiques émises par le contexte organisationnel peuvent entraver l'accessibilité aux soins, mais l'étude de Kuluski et collaborateurs (2017) indique que le personnel et les patients ne connaissent pas la gamme complète des services disponibles ni comment y accéder.

De même, la pénurie de personnel ainsi que le manque de personnes compétentes peuvent nuire aux intérêts des clients. Il existe un manque important d'ergothérapeutes dans plusieurs départements de santé, ce qui peut augmenter la longueur des listes d'attente et retarder la prise en charge de ces personnes (Rondeau-Boulanger, 2015). L'étude de Kuluski et collaborateurs (2017) propose aussi que certaines situations cliniques prises en charge plus précocement pourraient prévenir les complications et la complexité qui s'ensuit. Cet obstacle peut se résoudre, tel que discuté à la section 5.2.3.1, par le dépistage et la référence accélérée à des services en ergothérapie (Boronowski et al., 2012; Tan et al., 2016) Plus particulièrement dans les départements de psychiatrie, les ergothérapeutes ayant participé à l'étude de Rondeau-Boulanger (2015) dénoncent aussi que plusieurs intervenants ne possèdent pas les compétences et les formations nécessaires afin de travailler auprès de ces clientèles, nuisant ainsi aux intérêts de la clientèle et à la qualité des soins qui leur sont prodigués.

De plus, une pression de performance afin de répondre à une grande quantité de requêtes, et la charge administrative importante exigée sont des éléments du contexte de travail qui surchargent les ergothérapeutes et peuvent être des impacts négatifs sur la satisfaction des clients (Rondeau-Boulanger, 2015). Effectivement, les ergothérapeutes témoignent que cette surcharge exige de répondre aux besoins prioritaires des clients (ex. : en lien avec la sécurité) et de délaissier les autres besoins, tels que l'engagement dans des occupations significatives. Cette culture de travail,

valorisant la quantité au détriment de la qualité, nuit aux soins holistiques en ergothérapie et à la qualité des services.

Pour terminer, plusieurs enjeux sur le plan économique peuvent entrer en jeu et être parfois la cause de la rupture d'une trajectoire continue de soins éthiques (Rondeau-Boulanger, 2015). Le manque de ressources flagrant des milieux hospitaliers forcent les intervenants à offrir aux patients ce qu'ils peuvent, et non ce qui répondrait réellement à leurs besoins (Kuluski, Ho, et al., 2017). Ainsi, plusieurs enjeux organisationnels peuvent nuire à une trajectoire continue de soins. Ayant conscience de ces contraintes organisationnelles, des professionnels de la santé mentionnent l'importance de travailler en gardant une flexibilité afin d'améliorer la qualité des services pour les clients (Kuluski et al., 2017).

5.3.2.2. Barrières pouvant nuire au cheminement des personnes avec une complexité de soins

Les problématiques de santé mentale et la stigmatisation associée à celle-ci, la gestion médicale ainsi que certaines barrières liées aux limites propres à chaque profession peuvent nuire au cheminement de soins des personnes avec une situations de complexité de soins (Kuluski et al., 2017 ; Rondeau-Boulanger, 2015).

En premier lieu, la santé mentale est considérée comme une problématique qui pose des défis additionnels en ce qui concerne les soins offerts par les ergothérapeutes et par les autres professionnels de la santé (Rondeau-Boulanger, 2015; Winship et al., 2019). En effet, l'étude de Rondeau-Boulanger (2015) explique que plusieurs caractéristiques, particulièrement présentes chez cette clientèle, telles que le manque d'assiduité, la difficulté d'adhésion aux interventions, les problématiques relatives aux troubles neurocognitifs majeurs et à la toxicomanie ainsi que les disponibilités moindres de cette clientèle peuvent complexifier le processus ergothérapeutique. Ainsi, les interventions auprès de cette clientèle sont perçues par les professionnels de la santé comme étant souvent infructueuses et jugées plus difficiles, plus complexes et plus éprouvantes (Rondeau-Boulanger, 2015). De plus, il règne souvent une perception négative de la santé mentale dans les milieux cliniques ainsi que dans la société (Kuluski et al., 2017 ; Rondeau-Boulanger, 2015). Manifestement, ces patients se voient parfois refuser l'accès à des services en raison de leur comportement imprévisible ou d'un refus d'intervention (Kuluski, Ho, et al., 2017). Par exemple, une personne vivant avec une problématique de thésaurisation (trouble qui se caractérise par

l'accumulation excessive d'objets) pouvait se voir refuser un service par un fournisseur de soins en raison d'enjeux de sécurité au travail (Kuluski, Ho, et al., 2017). D'autres conséquences, telles que des services interrompus prématurément et un minimum d'investissements par les professionnels de la santé, peuvent aussi être ressentis par ces clients (Rondeau-Boulanger, 2015). En somme, peu de mesures sont prises afin de répondre à la nature complexe des interventions reliées à la santé mentale et à la multiplicité des besoins de cette clientèle (Rondeau-Boulanger, 2015).

En second lieu, les principaux défis liés à la gestion médicale, incluant les besoins complexes ainsi que la gestion de la médication et de la douleur, rendent les interventions souvent plus laborieuses (Winship et al., 2019). Entre autres, la combinaison de multiples diagnostics et l'histoire médicale complexe de certains patients peuvent mener à des difficultés quant à la gestion de la médication et de la coordination des soins pour ces derniers et les professionnels de la santé (Sampalli et al., 2012; Winship et al., 2019). De plus, des défis relatifs à la motivation des individus, une faible capacité de résolution de problèmes et un soutien inapproprié en lien avec l'autogestion de la maladie chez les clients peuvent mener à des complications dans la gestion de soins (Sampalli et al., 2012; Winship et al., 2019). Toutefois, selon Winship et collaborateurs (2019), les plus grands défis complexifiant les soins s'avèrent en lien avec les dimensions sociales, cognitives et comportementales de la personne, qui s'ajoutent aux problématiques médicales. En ce qui concerne spécifiquement la gestion de la médication, celle-ci représente une responsabilité complexe pour le patient, qui doit adhérer au plan de médication et prendre la posologie adéquate au moment indiqué. Plusieurs stratégies sont utilisées par le personnel pour aider les patients à adhérer au plan de médication, telles que l'éducation, la préparation des boîtes de médicaments à l'avance et le rappel verbal (Winship et al., 2019). Certes, même si ceux-ci comprennent l'importance de la prise de médication, ceux-ci ne saisissent pas toujours la logistique liée au plan de médication (c'est-à-dire quand la prendre et quoi prendre) (Winship et al., 2019). Plusieurs mentionnent s'en remettre au personnel ou à des membres de la famille afin de s'assurer de prendre correctement leurs médicaments (Winship et al., 2019). En outre, en lien avec la gestion de la douleur, la prescription d'opioïdes est un sujet discordant entre la philosophie de la clinique, qui souhaite prescrire cet analgésique en dernier recours, et l'avis des patients. Ceci peut aussi se répercuter sur la relation thérapeutique entre le clinicien et le patient (Winship et al., 2019). De surcroît, les douleurs

ressenties peuvent entraver l'engagement dans des activités significatives et doivent être considérées lors des soins.

Puis, des barrières liées aux limites professionnelles peuvent entraver les soins offerts (Rondeau-Boulanger, 2015). Les ergothérapeutes de ces études perçoivent que les différentes visions entre les professionnels de la santé et la rigidité de ceux-ci peuvent limiter la nature holistique de certaines interventions (Rondeau-Boulanger, 2015). Plusieurs ergothérapeutes ont aussi mentionné rencontrer plusieurs barrières dans leur pratique en lien avec leur difficulté à mettre en place des limites personnelles et professionnelles lors des interventions. Ensuite, ces professionnels expliquent ressentir des zones grises en lien avec l'intervention en ergothérapie en santé mentale (Rondeau-Boulanger, 2015). En bref, ces obstacles ont une influence sur la prestation de soins et devraient être considérés afin d'optimiser la qualité des services offerts à cette population.

5.3.2.3. Nouveaux rôles des ergothérapeutes en lien avec une clientèle aux prises avec une complexité de soins

La gestion des soins en lien avec des patients aux prises avec une complexité de soins exige aussi d'adopter de nouveaux rôles et de nouvelles stratégies organisationnelles afin de combler la multiplicité de leurs besoins. L'ergothérapeute est bien outillé pour occuper de nouveaux rôles et peut contribuer à l'amélioration des soins en intégrant de nouvelles équipes. Ainsi, les ergothérapeutes devraient promouvoir la profession en plaidant pour de nouvelles fonctions et de nouvelles responsabilités, particulièrement en ce qui concerne la gestion des cas, la coordination des soins et le travail dans des équipes de première ligne (Robinson, Fisher, & Broussard, 2016; Winship et al., 2019).

5.3.2.3.1. La gestion de cas et la coordination des soins : un nouveau rôle à exploiter

Il est connu que les services offerts aux individus ayant une complexité de soins ont plus souvent tendance à être fragmentés et discontinus (Charles et al., 2017; Sampalli et al., 2012). La gestion des cas et la coordination des soins sont pourtant essentielles pour la continuité des services avec une clientèle présentant une complexité de soins (Robinson et al., 2016 ; Rondeau-Boulanger, 2015). Ces éléments permettent à la fois de réduire le coût des soins de santé et d'en améliorer la qualité (Robinson et al., 2016). Les évidences suggèrent qu'un gestionnaire de soins, qui guide à

la fois les clients vers les bonnes ressources et qui soutient aussi les professionnels de la santé en fournissant un soutien émotionnel, de l'aide à la résolution de problèmes, l'aiguillage vers des ressources communautaires utiles et de l'éducation, permet d'améliorer les services (Robinson et al., 2016). L'ergothérapeute possède d'ailleurs l'expertise nécessaire afin d'assumer un rôle dans la gestion de cas et la coordination des soins. En effet, par leur formation et leur expérience clinique, les ergothérapeutes ont les compétences pour réaliser des évaluations fonctionnelles, des analyses de tâches, de la médiation, l'évaluation de l'environnement physique et social ainsi que des interventions d'adaptation et de compensation (Robinson et al., 2016). Ces connaissances de base permettent d'analyser les performances occupationnelles, de comprendre la complexité des problèmes médicaux et sociaux ainsi que les façons dont les conditions complexes perturbent le fonctionnement quotidien, un atout dans un rôle de gestionnaire de cas. De même, la coordination des soins, la gestion d'une équipe multidisciplinaire et la sensibilisation à une continuité de soins sont des éléments de la formation en ergothérapie (Robinson et al., 2016). En bref, les ergothérapeutes sont en mesure d'identifier les obstacles empêchant l'accès à des soins efficaces, l'engagement dans le processus thérapeutique et la perturbation du fonctionnement dans les activités quotidiennes, ce qui représente des compétences importantes afin d'assumer des postes de gestionnaire de cas (Robinson et al., 2016). De plus, la philosophie et l'approche holistique préconisée en ergothérapie sont en correspondance avec les concepts fondamentaux prônés dans la prise en charge des cas (Robinson et al., 2016). Aussi, le rôle de coordination de soins comprend la responsabilité d'orienter les clients vers les bons professionnels selon leurs besoins. Or l'ergothérapeute est en mesure d'identifier les besoins prioritaires des patients, tout en les référant aux professions et aux ressources communautaires importantes en vue de favoriser leur autonomie et leur participation au quotidien (Robinson et al., 2016). Ces connaissances mises à profit permettent de réaliser des transitions réussies pour le client. En somme, l'ergothérapeute est outillé pour plaider, éduquer et communiquer avec les différents acteurs entrant en jeu lors du processus de soins, ce qui est en cohérence avec la définition de gestion de cas (Robinson et al., 2016).

Par ailleurs, d'autres auteurs mettent spécifiquement de l'avant le rôle de coordination que peuvent effectuer les ergothérapeutes dans les différentes phases d'un modèle intégré de soins pour la gestion de la multimorbidité (Sampalli et al., 2012). Effectivement, lors de la phase d'admission, l'ergothérapeute peut évaluer les besoins de réadaptation et effectuer la coordination des soins selon les différents spécialistes pouvant contribuer à la prestation de services (Sampalli et al.,

2012). Ensuite, durant la phase des soins intégrés, celui-ci peut assurer une liaison avec le médecin de famille, le personnel de soins en communauté ainsi que des organismes communautaires afin de soutenir l'intégrité des soins offerts (Sampalli et al., 2012). Puis, lors de la phase de transition en communauté, l'ergothérapeute peut évaluer les besoins restants, évaluer la préparation à revenir dans le milieu de vie, diriger la personne vers les ressources utiles et effectuer le transfert de soins en contactant le médecin de famille (Sampalli et al., 2012). Bref, cette coordination réalisée par l'ergothérapeute, à travers ce modèle de soins, permet de motiver le client et d'assurer la confiance de ce dernier dans les services reçus (Sampalli et al., 2012). Les ergothérapeutes ont donc un rôle à jouer dans la coordination des soins puisqu'ils possèdent les savoir-faire et les habiletés requises nécessaires à la gestion de cas et à l'organisation des services.

5.3.2.3.2. Faire valoir le potentiel de l'ergothérapie dans les soins de première ligne

Les ergothérapeutes peuvent aussi contribuer aux soins prodigués aux personnes vivant avec des problématiques de santé complexes par leur intégration dans une équipe de première ligne (Winship et al., 2019). En effet, selon l'étude qualitative de Winship et collaborateurs (2019), les défis et les besoins des patients identifiés dans les équipes de soins primaires se rapportent à la gestion médicale, la gestion de la santé mentale, les problèmes de nature cognitivo-comportementale (ex. : manque d'engagement, difficulté de résolution de problèmes et mauvaises habitudes de vie), les besoins occupationnels (ex. : déplacements en communauté et AVQ) ainsi qu'aux ressources limitées des patients. Cependant, les auteurs soulignent que les problématiques de nature occupationnelle et cognitivo-comportementale ne sont pas traitées systématiquement. De plus, selon les réponses données par les professionnels de la santé aux entrevues, ceux-ci n'ont pas toujours le réflexe de considérer l'impact que peuvent avoir les conditions médicales sur la réalisation des occupations des patients (Winship et al., 2019). Par conséquent, les ergothérapeutes peuvent soutenir l'équipe de soins primaires en se concentrant sur les problématiques occupationnelles ainsi que sur les problématiques de nature cognitivo-comportementale afin de répondre aux besoins d'une clientèle complexe. L'expertise de l'ergothérapeute en lien avec l'analyse du rendement occupationnel et l'habilitation aux occupations peut aider les clients à développer de nouvelles habitudes et routines ainsi que de nouveaux rôles afin de soutenir leur participation occupationnelle et soutenir leur santé (Winship et al., 2019). De plus, les ergothérapeutes peuvent assurer la transition entre l'hôpital et la communauté, permettant ainsi des soins continus et de meilleure qualité. En effet, ce suivi réalisé par les ergothérapeutes permettrait

à la fois de maintenir les gains réalisés et de pallier aux défis occupationnels résiduels (Winship et al., 2019). Au-delà des soins prodigués aux patients, l'ergothérapie peut aussi s'avérer utile auprès de l'équipe afin d'offrir de l'enseignement aux professionnels de la santé pour adapter les interventions médicales et élaborer des protocoles en lien avec les défis rencontrés qui profiteront à l'équipe entière. Pour conclure, l'ergothérapeute peut être une ressource importante dans une équipe de soins primaires, puisque celui-ci peut résoudre les problèmes en lien avec les AVQ et collaborer avec l'équipe de professionnels afin d'augmenter la qualité des soins. De ces faits, les ergothérapeutes peuvent contribuer de manière significative à cette équipe et ceux-ci devraient donc plaider pour intégrer davantage les équipes de soins primaires (Winship et al., 2019).

5.3.2.4. Modèles de soins novateurs, intégrant l'ergothérapie, pour répondre aux besoins complexes

Considérant la multiplicité des besoins d'une clientèle aux prises avec une complexité de soins et des difficultés d'intervention afin d'obtenir des résultats efficaces, de nouveaux modèles de soins intégrant l'ergothérapeute au sein des équipes de professionnels de la santé ont aussi été élaborés spécifiquement pour cette clientèle. Ces modèles novateurs appellent à une réforme du système de santé et de services sociaux dans le but d'aborder des problématiques de soins complexes de manière efficace, en réponse aux différents enjeux et barrières décrits précédemment (sections 5.3.2.1 et 5.3.2.2.). Les modèles de soins créés pour cette clientèle particulière exposent la nécessité d'impliquer une équipe interdisciplinaire afin d'intervenir sur les multiples facettes de la problématique de soins (Sampalli et al., 2012; Tracy et al., 2013). Par ailleurs, certains auteurs prônent l'utilisation d'une approche en transdisciplinarité afin de mettre de l'avant les compétences de tous les professionnels de la santé et d'optimiser les résultats finaux avec les patients (Larsen et al., 2017). Dès lors, en cohérence avec certains de ces principes de soins, la description des programmes de la clinique IMPACT (Tracy et al., 2013) et du modèle intégré de soins pour les personnes atteintes de multimorbidité (Sampalli et al., 2012) seront présentés.

La clinique IMPACT (*Innovative Model of interprofessionnal primary care for elderly patients with complex health care needs*) fait valoir un nouveau programme de soins offert aux aînés ayant des besoins complexes de soins de santé (Tracy et al., 2013). L'équipe interdisciplinaire, comprenant un pharmacien, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un nutritionniste, un travailleur et un médecin, œuvre ensemble afin de créer un plan de soins. Près de

trois rencontres, d'une durée d'une heure et demie à deux heures, sont menées afin d'accueillir le client, l'évaluer et lui présenter le plan de soins (Tracy et al., 2013). Après chacune des visites, l'équipe interdisciplinaire se réunit afin d'identifier les priorités d'intervention selon le client et la famille, discuter des principales évaluations à réaliser et élaborer des stratégies pour la gestion des soins (Tracy et al., 2013). La première rencontre entre le client et l'équipe comprend une discussion officielle concernant les objectifs et les préoccupations du patient et de la famille, une évaluation de la qualité de vie de ce dernier ainsi que des informations sur les prochaines étapes du processus (Tracy et al., 2013). Lors de cette rencontre, le client est encouragé à être accompagné d'un de ses proches impliqués dans les soins et à apporter sa liste de médicaments ainsi que la liste de ses principales inquiétudes ou préoccupations. Par la suite, à la deuxième rencontre, les évaluations ayant été jugées pertinentes sont exécutées par l'un des membres de l'équipe de soins, alors que les autres membres de l'équipe observent la passation par l'entremise d'une télévision (Tracy et al., 2013). La troisième rencontre inclut, quant à elle, l'explication des résultats ainsi que la finalisation du plan de soins avec le patient et la famille. Une trousse d'informations comprenant le plan de soins, des informations éducatives, des ressources pertinentes ainsi que la liste de la médication mise à jour est remise au patient lors de cette dernière rencontre (Tracy et al., 2013). Un plan de suivi est aussi élaboré et remis au médecin qui s'occupera de la continuation des soins avec le client. Ce plan comprend une liste des problèmes identifiés et traités, les préoccupations du client et de la famille ainsi qu'un plan de gestion pour le médecin traitant (Tracy et al., 2013). Les données de l'étude pilote, réalisée auprès de 42 participants, indiquent que le modèle IMPACT est faisable, bien reçu et potentiellement efficace auprès des personnes composant avec une complexité de soins. Ce modèle utilise une approche holistique et centrée sur les besoins du client et de la famille permettant à ce dernier ayant des besoins complexes de soins de santé de se sentir écouté ainsi que de favoriser l'engagement actif dans ses soins (Tracy et al., 2013).

Le second modèle de soins identifié dans les écrits scientifiques a été développé dans le but de répondre aux multiples facettes et aux complications associées à la multimorbidité (Sampalli et al., 2012). Celui-ci s'inspire du modèle des soins chroniques (Wagner, 1998) ainsi que d'autres éléments probants des écrits scientifiques visant des soins compétents avec une clientèle qui requiert des soins complexes. Les éléments importants cités dans les écrits et incorporés dans ce modèle comprennent une évaluation multidimensionnelle des symptômes et des diagnostics

multiples, des plans de soins basés sur les résultats probants, des soins en multidisciplinarité incluant un volet de réadaptation, des modules d'éducation, un soutien pour améliorer l'adhésion au plan de soins, la considération des besoins de la personne et la coordination des soins au sein de l'équipe ainsi qu'en communauté (Sampalli et al., 2012). L'équipe multidisciplinaire de cette clinique comprend un médecin, un infirmier, un ergothérapeute, un psychologue, un psychoéducateur ainsi qu'un nutritionniste (Sampalli et al., 2012). Le modèle proposé par Sampalli et collaborateurs (2012) comprend quatre phases soit 1) l'admission; 2) les soins intégrés; 3) la transition et 4) la délégation des soins. L'objectif de la première phase est de rassembler les informations pertinentes afin de comprendre les besoins et le profil médical de la personne (Sampalli et al., 2012). Lors de cette phase, l'ergothérapeute évalue les besoins de réadaptation du patient, grâce à la MCRO, et élabore un plan de coordination incluant les professionnels nécessaires à la réadaptation (Sampalli et al., 2012). Également, le médecin procède à l'évaluation de la condition médicale et l'infirmier présente au patient des informations concernant le processus de soins et l'autogestion des symptômes (Sampalli et al., 2012). En se basant sur les résultats d'évaluation de cette phase, l'équipe interdisciplinaire crée alors un plan de soins individualisé centré sur les priorités des patients. L'objectif de la deuxième phase est ensuite de procurer un traitement, de l'éducation et du soutien en intégrant les dimensions physique, fonctionnelle et psychosociale de la personne (Sampalli et al., 2012). En outre, l'équipe multidisciplinaire offre une combinaison d'interventions (individuelle et en groupe) et de programmes éducatifs afin d'aborder la multiplicité des problèmes de la personne. De manière générale, les symptômes, le statut fonctionnel, la motivation du patient, les habiletés d'adaptation, les stratégies d'autogestion, la régulation du stress ainsi que les objectifs des clients sont tous considérés et discutés avec l'équipe multidisciplinaire afin d'offrir des soins holistiques (Sampalli et al., 2012). Lors de cette phase, l'ergothérapeute peut réaliser des interventions individuelles (ex. : stratégies pour la réalisation des AVQ, activités productives et coordination des soins) ou des interventions de groupe (ex. : techniques de conservation d'énergie, outils pour améliorer le fonctionnement quotidien) (Sampalli et al., 2012). La durée de cette phase ainsi que le type d'intervention varient selon la complexité et l'importance des besoins du patient. Lors de la troisième phase, l'équipe évalue si le patient est prêt à recevoir son congé et identifie les besoins résiduels de ce dernier avant le retour en communauté (Sampalli et al., 2012). Préalablement à l'obtention de son congé, le patient doit élaborer un plan entourant la gestion de sa condition personnelle dans le but d'assurer le maintien

du progrès réalisé. Par la suite, le coordonnateur de soins discute avec le patient des ressources communautaires disponibles, réadministre la MCRO et élabore sur le processus de transition de soins (Sampalli et al., 2012). La dernière phase consiste en la finalisation du processus de soins comprenant un rendez-vous final avec le médecin ainsi qu'un mois de suivi réalisé avec l'infirmier. Les résultats de l'étude pilote démontrent que ce modèle multidisciplinaire, qui intègre l'ergothérapie, est une avenue prometteuse pour la prise en charge d'une clientèle nécessitant une complexité de soins (Sampalli et al., 2012) en vue d'assurer des soins intégrés ainsi que d'améliorer leur fonctionnement quotidien et leur qualité de vie.

5.3.2.5. Autres pistes de solutions pour appuyer la pratique en ergothérapie auprès d'une clientèle ayant des besoins de soins complexes

Afin d'appuyer les pratiques ergothérapeutiques auprès d'une clientèle ayant des besoins complexes, diverses pistes de solutions s'ajoutant à celles décrites précédemment – telles que les soins en interdisciplinarité et l'approche centrée sur le client – sont suggérées par les ergothérapeutes québécois dans l'étude qualitative de Rondeau-Boulanger (2015). Les solutions discutées incluent la référence à un autre professionnel compétent, l'accès à diverses formations, l'apprentissage par vignette clinique ainsi que la présence d'informations concernant la santé mentale au dossier clinique. D'ailleurs, tous les ergothérapeutes de l'étude ont mentionné avoir accès à un réseau de professionnels ou à des collègues de travail leur permettant de se référer à ceux-ci en cas d'interrogations ou de conseils, permettant ainsi d'assurer des services de qualité (Rondeau-Boulanger, 2015). Également, grâce à des vignettes cliniques ou des formations, les ergothérapeutes ont mentionné la pertinence d'en apprendre davantage sur la gestion de comportements difficiles ou d'autres thématiques touchant la santé mentale (Rondeau-Boulanger, 2015). D'autre part, la présence d'informations concernant la santé mentale dans les dossiers cliniques est nécessaire afin de faciliter l'analyse, la recherche de solutions et le développement du lien thérapeutique lors de la première rencontre avec le client (Rondeau-Boulanger, 2015). Pour terminer, d'autres actions, telles que plaider pour la profession dans les instances administratives, effectuer de l'enseignement sur les symptômes auprès des patients et les aider à plaider pour leurs droits ont été nommés, mais de manière moins prépondérante auprès des ergothérapeutes recrutés (Rondeau-Boulanger, 2015). En bref, intervenir avec cette clientèle comporte de nombreux défis dans le contexte de pratique actuel et l'utilisation de ces pistes de solutions a le potentiel de faciliter et d'améliorer les services auprès de celle-ci.

6. DISCUSSION

Cette section de l'essai inclut un retour sur les objectifs de l'étude, puis une réflexion et une analyse critique des résultats en lien avec d'autres écrits scientifiques. La discussion se termine par la synthèse des forces et des limites de cette étude ainsi que des retombées pour la pratique clinique.

6.1. Retour sur la question de recherche et les objectifs de l'étude

La question de recherche ayant guidé cet essai visait à mieux comprendre : « Comment adapter et optimiser les pratiques en ergothérapie avec les personnes ayant des besoins complexes ? ». Émanant de cela, l'objectif de l'étude était de recueillir puis de synthétiser les connaissances actuelles dans le domaine de l'ergothérapie en lien avec une clientèle possédant des besoins complexes de soins. Ce processus de recherche s'est appuyé sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) qui a permis d'organiser l'information et de guider les résultats selon le cheminement clinique utilisé par l'ergothérapeute avec le client. Ainsi, à la lumière des différentes thématiques relevées à travers les 17 articles scientifiques retenus, il a été possible de faire le point sur l'étendue des connaissances concernant le processus de pratique de l'ergothérapeute avec une clientèle ayant des besoins complexes.

6.2. Analyse critique des résultats obtenus

À la suite de l'analyse des articles sélectionnés, de nombreux thèmes ont émergé et ont permis d'identifier des éléments clés pour optimiser le processus de pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle. Certains thèmes, tels que l'approche centrée sur le client, les soins en interdisciplinarité et l'autogestion, sont ressortis de nombreux articles, laissant croire que ces éléments sont essentiels dans la prestation de soins auprès de cette clientèle.

Entre autres, l'approche centrée sur le client a été relevée comme étant un élément incontestable dans la pratique de l'ergothérapeute. Ceci est d'ailleurs en concordance avec les valeurs fondamentales de l'ergothérapie et les résultats probants relevés. Avant toute chose, la pratique centrée sur le client peut être comprise selon quatre principaux éléments: (1) la considération du patient comme une personne à part entière; (2) l'adoption d'une perspective biopsychosociale; (3) le développement d'une alliance thérapeutique ainsi que (4) le partage des responsabilités et du pouvoir entre le thérapeute et le patient (Hudon, Fortin, Haggerty, Lambert,

& Poitras, 2011). De ce fait, l'ergothérapeute accorde une attention particulière au respect du client ainsi qu'à la facilitation des choix, la collaboration et l'implication du client dans la priorisation des objectifs occupationnels afin d'agir en correspondance avec cette pratique (Sumsion & Law, 2006). Celle-ci figure parmi les meilleures approches à adopter dans le domaine de la santé (Hudon et al., 2011; Sumsion & Law, 2006; Turner-Stokes, 2007). Par ailleurs, la profession d'ergothérapie préconise grandement cette approche. En effet, selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (2012), l'ergothérapeute doit offrir des interventions en partenariat avec le client en l'aidant à prendre des décisions éclairées, en le soutenant à travers le processus de soins et en lui offrant des services pertinents selon sa condition et son milieu de vie personnel. De plus, la vision holistique de l'individu ainsi que les interventions se centrant sur les activités qui ont un sens pour la personne sont au cœur des interventions en ergothérapie (Hébert, Maheux, & Potvin, 2002; Rondeau-Boulanger, 2015). Ainsi, les résultats confirment la pertinence de l'utilisation d'un modèle centré sur le client, qui pourrait permettre d'augmenter l'efficacité des services en ergothérapie, en plus d'optimiser la qualité et la satisfaction des personnes avec des besoins complexes de réadaptation à l'égard des soins reçus (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012; Sumsion & Law, 2006; Turner-Stokes, 2007).

Dans le même ordre d'idées, l'approche en interdisciplinarité est aussi reconnue comme un élément-clé de la pratique des professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, et est largement acceptée à travers les pratiques probantes en santé (Cronenwett, Dzau, Culliton, & Russell, 2010; Kohler & Wunderlich, 2001; Young et al., 2011). Cet appel à l'utilisation de modèles interdisciplinaires est renforcé par la reconnaissance du potentiel que cette approche détient pour générer des solutions créatives à des problèmes complexes dans les soins de santé (Young et al., 2011). Dès lors, la collaboration et l'interdisciplinarité devraient faire partie intégrante de tout modèle en santé, et ce, particulièrement pour une clientèle possédant des besoins complexes (Cronenwett et al., 2010; Irwin et al., 2012). Ainsi, il est essentiel d'intégrer cette approche en ergothérapie, et ce, encore plus lors d'interventions auprès d'une clientèle nécessitant des services pour répondre à des besoins complexes et multiples.

De ce fait, plusieurs écrits suggèrent d'offrir aux étudiants du domaine de la santé et aux professionnels de la santé, des occasions d'apprentissage liées à l'interdisciplinarité afin que cette compétence soit naturellement intégrée à travers leur pratique (Cronenwett et al., 2010).

L'éducation des professionnels de la santé devrait comprendre des stratégies permettant de développer le travail d'équipe ainsi que la collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle (Cronenwett et al., 2010). De plus, tel que suggéré dans l'étude de Rondeau-Boulanger (2015), les établissements de services en santé devraient adopter une structure de travail favorisant la collaboration interdisciplinaire afin de faciliter l'utilisation de cette approche. Les résultats de l'étude de portée suggèrent d'ailleurs des exemples concrets de modèles novateurs de services tels que le modèle IMPACT (Tracy et al., 2013) ainsi que le modèle intégré de soins pour les personnes atteintes de multimorbidité (Sampalli et al., 2012). Ces modèles permettent d'opérationnaliser une approche en interdisciplinarité, centrée sur le client et favorisant la cohérence et la continuité des services tout au long du processus de soins allant de la prise en charge jusqu'à la transition et au suivi dans la communauté. Mentionnons d'ailleurs que ces modèles interdisciplinaires (Sampalli et al., 2012), voire transdisciplinaires (Tracy et al., 2013), mettent également au cœur des décisions non seulement le patient, mais aussi les proches qui ont un rôle à jouer dans le soutien et la réadaptation de ce dernier (Sampalli et al., 2012; Tracy et al., 2013).

Par ailleurs, l'autogestion, la responsabilisation et l'autonomisation dans les soins représentent d'autres composantes-clés, identifiées par cette étude de portée, qui sont de plus en plus reconnues pour leur importance dans le processus thérapeutique des personnes aux prises avec des problématiques multiples et complexes. Le soutien à l'autogestion de la santé inclut notamment des stratégies pour guider l'établissement d'objectifs en partenariat avec le client ainsi que le développement du sentiment d'auto-efficacité afin d'améliorer la réalisation des activités quotidiennes et des rôles sociaux (Health Council of Canada, 2012). Du point de vue des personnes composant avec une condition de multimorbidité, de plus grandes difficultés sont souvent rapportées en ce qui a trait à la gestion de certains symptômes physiques et psychologiques, tels que la dépression, la douleur et la fatigue (Liddy, Blazkho, & Mill, 2014). De plus, d'autres études soulignent que plusieurs défis liés à la gestion des médicaments sont présents chez cette clientèle (Winship et al., 2019). De ce fait, l'apprentissage de stratégies d'autogestion favorisant la résolution des défis fonctionnels, la gestion des symptômes et la promotion de comportements sains peuvent être bénéfiques pour cette clientèle. Ceci est en concordance avec les résultats rapportés dans cet essai qui encouragent l'éducation et l'enseignement de la gestion des symptômes physiques et psychologiques dans une perspective occupationnelle (Garvey et al., 2015; Sampalli, Fox, Dickson, & Fox, 2012; Tracy et al., 2013). L'utilisation de stratégies cognitives telles que le

recadrage, l'établissement des priorités, le changement des croyances ainsi que l'acceptation de vivre avec leur condition améliorerait également la capacité des personnes à gérer elles-mêmes leurs multiples maladies chroniques (Liddy et al., 2014). Par ailleurs, la responsabilisation des soins, visant une perception positive de contrôle sur sa situation, est un élément important pouvant influencer la prise de décision et les comportements de santé d'un patient. En effet, le locus de contrôle est un construit psychologique où la personne perçoit les circonstances comme étant contrôlées par des actions personnelles (locus interne) par rapport à des facteurs extérieurs (locus externe) (Henninger, Whitson, Cohen, & Ariely, 2012). L'étude menée par Henninger et collaborateurs (2012) suggère que les patients ayant une complexité de soins ont tendance à présenter un locus de contrôle plus externe, signifiant que ces personnes perçoivent peu de contrôle personnel sur les circonstances et l'environnement. Ainsi, cette tendance mérite à être connue des professionnels de la santé, étant donné que ce facteur psychologique peut nuire à l'engagement du patient dans les soins et dans l'autogestion (Henninger et al., 2012). Ainsi, redonner du pouvoir aux personnes par le biais de stratégies d'autogestion et de renforcement de l'*empowerment* peut être particulièrement indiqué auprès de cette clientèle.

En somme, les résultats principaux présentés dans cette recherche s'appuient sur les données probantes en santé et devraient donc être privilégiés dans le processus de pratique des ergothérapeutes avec cette clientèle.

6.2.1. Défis dans la mise en œuvre des recommandations optimales dans le contexte de pratique de l'ergothérapeute

Malgré la conscientisation des ergothérapeutes concernant les meilleures pratiques à adopter, certains obstacles amènent une possible discordance entre les pratiques optimales préconisées et la réalité. En effet, le contexte organisationnel dans lequel évolue l'ergothérapeute n'est pas optimal et possède certaines lacunes pouvant avoir des répercussions sur l'accessibilité et la qualité de la prestation de soins offerts, particulièrement avec une clientèle vulnérable qui compose avec des besoins complexes. D'abord, les résultats de cet essai suggèrent que l'accès aux soins pour une population nécessitant des soins complexes est limité en raison des critères d'admissibilité aux services, du statut financier de la personne ainsi que de l'emplacement géographique du lieu de résidence. En parallèle à ces résultats, Carrier, Levasseur et Mullins (2010)

ont relevé quatre éléments principaux limitant l'accès aux services d'ergothérapie en communauté, soit (1) l'application subjective ou aléatoire des critères de priorité; (2) la réponse partielle aux besoins du client; (3) la délégation de certaines tâches d'ergothérapie et (4) le temps d'attente excessif pour obtenir des soins de santé. Effectivement, selon ces auteurs, les critères de priorisation des ergothérapeutes se répertorient de manière suivante : nécessité urgente d'agir, sécurité au domicile et potentiel d'autonomie. L'aspect subjectif de cette hiérarchisation peut mener à des iniquités et des injustices selon les besoins du patient. De plus, sachant qu'un grand nombre de clients sont en attente de services, les ergothérapeutes ont tendance à réduire leurs interventions en conséquence, en réduisant le nombre de suivis et en diminuant le temps consacré à chaque personne (Carrier, Levasseur, & Mullins, 2010). Ainsi, cette réalité affecte à la fois la vision holistique des soins et la qualité des soins offerts étant donné que les clients avec des besoins multiples et souvent plus complexes ne seront satisfaits que pour quelques un d'entre eux ou tous leurs besoins seront partiellement satisfaits (Carrier et al., 2010). Par la suite, il est à noter que les clients sont affectés à des professionnels de la santé en fonction de leur problème « principal » plutôt que de leurs besoins, ce qui peut entraîner des obstacles à l'accessibilité en ergothérapie. En ce sens, certaines évaluations détaillées dans les résultats, telles que l'OTDNS et le MBTOTR, pourraient être utilisées afin de dépister des besoins fonctionnels permettant d'améliorer l'autonomie de la personne (Boronowski et al., 2012; Tan et al., 2016). Par ailleurs, des listes d'attente excessives peuvent freiner l'accessibilité aux soins et nuire aux services offerts à la clientèle, particulièrement pour les services de prévention et de promotion de la santé ainsi que pour les besoins en lien avec la sphère des loisirs, considérés comme étant moins prioritaires (Carrier et al., 2010). Toutefois, de tels services retardés peuvent compromettre la sécurité et la qualité de vie de la clientèle ainsi qu'augmenter les coûts financiers et le fardeau des proches aidants (Carrier et al., 2010). De même, dans le même sens que ce que rapporte l'étude de Kuluski et collaborateurs (2017), le retard de la prise en charge peut aggraver la problématique et rendre la situation encore plus complexe qu'elle ne l'était initialement. De ce fait, de nombreux éléments du contexte organisationnel peuvent engendrer des obstacles aux soins et nuire à une pratique optimale offerte par les ergothérapeutes, justifiant l'importance d'exercer le rôle d'agent de changement en ergothérapie.

6.2.2. Implications et recommandations pour la pratique

En considérant les résultats obtenus et les obstacles potentiels relevés dans la réalité clinique des ergothérapeutes, plusieurs recommandations émergent de cette étude afin de mettre en application les pratiques préconisées tout en considérant le contexte. D'abord, il importe que les ergothérapeutes investissent le rôle d'agent de changement afin de plaider pour offrir des services accessibles, continus, globaux, éthiques et de qualité. Ainsi, tel que recommandé dans l'étude de Rondeau-Boulanger (2015), il convient de reconnaître les situations complexes vécues par les clients afin de défendre leurs droits et d'assurer la réponse à l'ensemble de leurs besoins occupationnels dans un délai raisonnable. De plus, un changement de paradigme promouvant la qualité des soins plutôt que la quantité doit être institué dans le but de permettre aux ergothérapeutes de réaliser une pratique qui soit réellement centrée sur le client. Pour ce faire, l'utilisation d'indicateurs de performances qualitatifs, plutôt que quantitatifs, par les questionnaires pourrait permettre aux ergothérapeutes de procéder à des évaluations holistiques en ergothérapie, et ce, en vue d'identifier les problématiques complexes de santé que vivent certains clients et d'assurer que leurs besoins soient répondus en intégralité (Rondeau-Boulanger, 2015). Ainsi, des indicateurs de performance comparant les meilleures pratiques utilisées plutôt que la quantité de personnes rencontrées pourrait permettre aux ergothérapeutes d'actualiser les recommandations faites dans le cadre de cet essai tout en ayant le soutien de leur employeur. Par ailleurs, les questionnaires devraient offrir les opportunités nécessaires afin de promouvoir un travail en interdisciplinarité. En effet, selon les ergothérapeutes ayant participé à l'étude de Rondeau-Boulanger (2015), le plus grand défi dans l'application de cette pratique est le manque d'opportunités offertes par le milieu. Ainsi, par la mise en place d'une culture de collaboration – incluant aussi des périodes d'échanges interdisciplinaires protégées à l'horaire des cliniciens – au sein du milieu de travail, l'actualisation de cette pratique recommandée en serait facilitée.

Pour terminer, la résolution de situations complexes par l'ergothérapeute exige également de nombreuses habiletés afin d'intervenir adéquatement avec la clientèle. C'est pourquoi les dix habiletés du Modèle canadien d'habilitation centré sur le client, soit adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager et exercer l'expertise, sont de mises et doivent être au cœur de la pratique en ergothérapie. En bref, la reconnaissance des obstacles limitant l'application des pratiques optimales permet d'adopter un regard critique envers

l'organisation des services et de plaider éventuellement pour des changements qui permettront d'offrir des services de qualité, efficaces et inclusifs.

6.2.3. Forces et limites de cette recherche

Dans un premier temps, cette recherche avait pour principal but de synthétiser les connaissances actuelles dans le domaine de l'ergothérapie concernant la prise en charge d'une clientèle aux prises avec une complexité de soins. À notre connaissance, cette recherche est la première dans le domaine de l'ergothérapie à regrouper, puis à synthétiser les données probantes concernant cette clientèle. En effet, la complexité de soins est un sujet émergent qui devrait être exploré davantage, étant donné la multiplicité des variables qui peuvent entrer en jeu lors des interventions avec ces clients. Dès lors, par le devis adopté, les objectifs poursuivis ainsi que le cadre conceptuel choisi, cette étude présente aux ergothérapeutes les meilleures pratiques à réaliser à des moments-clés de la trajectoire de soins des clients. Celle-ci peut agir comme prémisse dans l'adoption et la revendication de pratiques probantes dans les milieux cliniques afin d'élaborer des services inclusifs et efficaces. Par ailleurs, afin d'assurer un certain degré de rigueur scientifique, le processus de recherche des articles, la sélection des articles ainsi que l'analyse des thèmes émergeant ont été co-validés avec la directrice d'essai. L'utilisation d'un modèle de pratique qui est largement reconnu, tel que le MCPP, constitue une force de l'essai et permet de fonder les résultats sur des éléments reconnus du processus clinique de l'ergothérapeute.

Par ailleurs, certaines limites ont pu interférer avec les résultats de cette étude au moment de la recherche des données, de la sélection des articles ainsi que de l'extraction des données. Premièrement, malgré le souci de varier les bases de données et les mots-clés de recherche, certains articles pertinents avec le sujet de recherche ont pu ne pas faire partie des données recueillies. Deuxièmement, certains biais liés à la sélection des articles ont pu influencer le bassin d'articles retenus. En effet, étant donné qu'il n'existe aucun consensus précis sur la complexité de soins, certains articles ont pu être exclus sur la base de la définition choisie par les auteures. En effet, par la définition adoptée, certaines études pouvant correspondre à la complexité de soins de manière globale, sans correspondre à la définition sélectionnée, ont pu être exclues. Il est à noter que la définition retenue dans les critères de sélection abordait une perspective médicale par le choix de conserver les études discutant de la multimorbidité. Une autre définition incluant des aspects

psychosociaux ou culturels aurait pu mener à des résultats élargis et divers. Ultiment, l'analyse des thèmes a aussi pu influencer les résultats par l'omission ou l'interprétation subjective du contenu des articles. Aussi, certaines recherches ont été réalisées dans différents pays extérieurs au Canada. Bien que la culture et le contexte sociétal peuvent avoir des ressemblances, certaines limites quant à la généralisation peuvent se poser.

7. CONCLUSION

Cet essai critique rend compte des meilleures pratiques en ergothérapie à préconiser avec une clientèle composant avec une complexité de soins. Ces pratiques suggérées sont le fruit d'une synthèse rigoureuse des articles scientifiques à partir d'une étude de portée, qui a permis d'établir comment les ergothérapeutes peuvent optimiser et adapter leur approche avec une clientèle ayant des besoins multiples et complexes. Ainsi, certaines approches sont ressorties de manière consensuelle dans de nombreuses études comme étant fondamentales dans la pratique de l'ergothérapeute afin d'améliorer la qualité des services et les résultats de soins. En effet, l'approche centrée sur le client, l'approche en interdisciplinarité et l'autonomisation dans les soins s'avèrent des pratiques incontournables pour optimiser la qualité de soins dans le processus en ergothérapie. De surcroît, l'ergothérapeute doit assurer une trajectoire de soins continue à travers les différentes transitions vécues dans le cheminement du client. De plus, différentes interventions, rôles, modèles de soins et facilitateurs peuvent contribuer à des services optimaux avec cette clientèle.

Cependant, force est de constater qu'il existe une disparité entre les pratiques préconisées provenant des données probantes et la réalité vécue par les ergothérapeutes dans les milieux cliniques. Le paradigme de productivité adopté au sein de différents environnements de travail du système de santé et de services sociaux oblige les ergothérapeutes à mettre de côté certaines de ces pratiques afin de répondre aux exigences des établissements de santé, pouvant ainsi créer une discontinuité des services et en compromettre la qualité. Cette culture de productivité dans les soins est critiquable puisqu'au fond, celle-ci peut être efficace avec des personnes ayant des besoins simples, mais nuit aux personnes avec des problématiques complexes par l'analyse de leurs besoins de manière superficielle. Dès lors, une réforme du système de santé s'impose afin de tendre vers des soins inclusifs, efficaces et accessibles pour tous.

Enfin, par la connaissance de la réalité quotidienne vécue par ces clients, des meilleures pratiques à adopter en intervention avec ceux-ci et des défis macro-organisationnels à considérer, les ergothérapeutes ont le pouvoir d'améliorer la prestation des services en adaptant leur pratique et en plaidant pour optimiser la qualité de soins offerts. En bref, améliorer les services aura certainement un impact sur l'équité des soins offerts ainsi que la satisfaction des patients à l'égard de ceux-ci.

RÉFÉRENCES

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012. In: CAOT Publications ACE Ottawa, ON.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
- Boronowski, L. E., Shorter, C. M., & Miller, W. C. (2012). Measurement properties of the Occupational Therapy Discharge Needs Screen. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(4), 248-256. doi:10.2182/cjot.2012.79.4.6
- Boyd, C., & Fortin, M. (2010). Future of Multimorbidity research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*, 32(2), 1-18. doi:10.1007/BF03391611
- Carrier, A., Levasseur, M., & Mullins, G. (2010). Accessibility of Occupational Therapy Community Services: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376. doi:10.3109/07380577.2010.510170
- Charles, L., Bremault-Phillips, S., Parmar, J., Johnson, M., & Sacrey, L. A. (2017). Understanding How to Support Family Caregivers of Seniors with Complex Needs. *Can Geriatr J*, 20(2), 75-84. doi:10.5770/cgj.20.252
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*, 160(21), 3278-3285. doi:10.1001/archinte.160.21.3278
- Clair, M. (2000). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: les solutions émergentes—Rapport et recommandations. *Quebec: Gouvernement du Québec*.
- Cronenwett, L., Dzau, V., Culliton, B., & Russell, S. (2010). *Who will provide primary care and how will they be trained*. Paper presented at the Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy, Jr. Foundation. Durham, NC: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Daveluy, C. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*: Institut de la statistique du Québec.
- Dubé, F., Noreau, É., & Landry, G. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*: Ministère de la santé et des services sociaux, Services de santé et médecine
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455-468. doi:10.1016/0021-9681(70)90054-8
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M.-F., & Vanasse, A. (2006). Relationship Between Multimorbidity and Health-Related Quality of Life of Patients in Primary Care. *Quality of Life Research*, 15(1), 83-91. doi:10.1007/s11136-005-8661-z
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C. L. L., Dubois, M.-F., & Almirall, J. (2006). Psychological distress and multimorbidity in primary care. *Annals of Family Medicine*, 4(5), 417. doi:10.1370/afm.528
- Fortin, M., Fortin, M., Soubhi, H., Hudon, C., Bayliss, E. A., & van Den Akker, M. (2007). Multimorbidity's many challenges. In (Vol. 334, pp. 1016-1017).
- Fortin, M-F, & Gagnon, J (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

- Fortin, M., Haggerty, J., Almirall, J., Bouhali, T., Sasseville, M., & Lemieux, M. (2014). Lifestyle factors and multimorbidity: a cross sectional study. *BMC Public Health*, *14*, 686. doi:10.1186/1471-2458-14-686
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L., & Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, *2*, 51-51. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC526383/pdf/1477-7525-2-51.pdf>
- Garvey, J., Connolly, D., Boland, F., & Smith, S. M. (2015). OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, *16*(1), 1-11. doi:10.1186/s12875-015-0267-0
- Gouvernement du Canada. (2019). Prévalence des maladies chroniques chez les adultes canadiens. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/prevalance-adultes-canadiens-infographie-2019.html>
- Grant, R. W., Ashburner, J. M., Hong, C. S., Chang, Y., Barry, M. J., & Atlas, S. J. (2011). Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Annals of Internal Medicine*, *155*(12), 797-804. Retrieved from <https://annals.org/aim/article-abstract/1033218/defining-patient-complexity-from-primary-care-physician-s-perspective-cohort>
- Health Council of Canada. (2012). *Self-management support for Canadians with chronic health conditions: a focus for primary health care*: Health Council of Canada.
- Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *69*(1), 31-39.
- Hemphill-Pearson, B. J., & Hunter, M. (1997). Holism in Mental Health Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, *13*(2), 35-49. doi:10.1300/J004v13n02_03
- Henninger, D. E., Whitson, H. E., Cohen, H. J., & Ariely, D. (2012). Higher Medical Morbidity Burden Is Associated with External Locus of Control. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(4), 751-755. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03904.x
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M.-E. (2011). Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *The Annals of Family Medicine*, *9*(2), 155-164.
- Institut nationale de la santé publique du Québec (INSPQ). (2016). Responsabilité populationnelle. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle?themekey-theme=desktop>
- Institut de la statistique du Québec. (2019). Le bilan sociodémographique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2019.pdf>
- Irwin, R. S., Flaherty, H. M., French, C. T., Cody, S., Chandler, M. W., Connolly, A., & Lilly, C. M. (2012). Interdisciplinary collaboration: the slogan that must be achieved for models of delivering critical care to be successful. *Chest*, *142*(6), 1611-1619.
- Kohler, P. O., & Wunderlich, G. S. (2001). *Improving the quality of long-term care*: National Academies Press.
- Konn Pefoyo, A. J., Bronskill, S. E., Gruneir, A., Calzavara, A., Thavorn, K., Petrosyan, Y., . . . Wodchis, W. P. (2015). The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*, *15*(1). doi:10.1186/s12889-015-1733-2
- Kuipers, S. J., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients

- with multi-morbidity in the primary care setting. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 19(S1), 1-2. doi:10.5334/ijic.s3315
- Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K., & Nelson, M. (2017). Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *Int J Integr Care*, 17(4), 2. doi:10.5334/ijic.2944
- Kuluski, K., Nelson, M. L. A., Tracy, C. S., Alloway, C. A., Shorrocks, C., Shearkhani, S., & Upshur, R. E. G. (2017). Experience of Care as a Critical Component of Health System Performance Measurement: Recommendations for Moving Forward. *Healthc Pap*, 17(2), 8-20. doi:10.12927/hcpap.2017.25415
- Larsen, A., Broberger, E., & Petersson, P. (2017). Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 342-350. doi:10.1111/scs.12352
- Liddy, C., Blazkho, V., & Mill, K. (2014). Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 60(12), 1123-1133. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264810/pdf/0601123.pdf>
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification. *Nursing & Health Sciences*, 19(1), 13-21. doi:10.1111/nhs.12320
- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411-423.
- Meghani, S. H., Buck, H. G., Dickson, V. V., Hammer, M. J., Rabelo-Silva, E. R., Clark, R., & Naylor, M. D. (2013). The Conceptualization and Measurement of Comorbidity: A Review of the Interprofessional Discourse. *Nursing Research and Practice*, 2013, 10. doi:10.1155/2013/192782
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I., & Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534-546. doi:10.1177/0308022615586786
- Nicholson, K., Terry, A. L., Fortin, M., Williamson, T., & Thind, A. (2015). Comprendre la multimorbidité dans le contexte des soins primaires. *Canadian Family Physician*, 61(10), e489-e490. Retrieved from <https://www.cfp.ca/content/cfp/61/10/e489.full.pdf>
- Noël, P., Parchman, M., Williams, J., Cornell, J., Shuko, L., Zeber, J., . . . Pugh, J. (2007). The Challenges of Multimorbidity from the Patient Perspective. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(Supplement 3), 419-424. doi:10.1007/s11606-007-0308-z
- Nunes, B. P., Flores, T. R., Mielke, G. I., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 130-138. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.008>
- Pariser, P., Thuy-Nga, P., Brown, J. B., Stewart, M., Charles, J., & Pham, T.-N. T. (2019). Connecting People With Multimorbidity to Interprofessional Teams Using Telemedicine. *Annals of Family Medicine*, 17, S57-S62. doi:10.1370/afm.2379
- Parker, J. C., & Wright, G. E. (1995). The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*, 8(4), 279-283. doi:10.1002/art.1790080412
- Payeur, F. F., Azeredo, A. C., & Girard, C. (2019). Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066. *Québec, Institut de la statistique du Québec*. Retrieved from <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf>

- Payne, R. A., Abel, G. A., Guthrie, B., & Mercer, S. W. (2013). The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, *185*(5), E221. doi:10.1503/cmaj.121349
- Pellegrini, M., Formisano, D., Bucciarelli, V., Schiavi, M., Fugazzaro, S., & Costi, S. (2018). Occupational Therapy in Complex Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Occupational Therapy International*, 1-11. doi:10.1155/2018/3081094
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(5), 536-545. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- Robinson, M., Fisher, T. F., & Broussard, K. (2016). Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, *70*(2), p1-p6. doi:10.5014/ajot.2016.702001
- Rondeau-Boulanger, É. (2015). Perceptions d'ergothérapeutes cliniciens et de personnes aux prises avec une problématique complexe de santé des situations de ruptures dans la trajectoire de soins et de services: réflexion critique et analyse des enjeux éthiques.
- Salisbury, C., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J. M., & Montgomery, A. A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, *61*(582), e12. doi:10.3399/bjgp11X548929
- Sampalli, T., Fox, R. A., Dickson, R., & Fox, J. (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities. *Patient Preference and Adherence*, *6*, 757-764. doi:10.2147/PPA.S35201
- Schiavi, M., Costi, S., Pellegrini, M., Formisano, D., Borghi, S., & Fugazzaro, S. (2018). Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting. *Disability & Rehabilitation*, *40*(9), 1026-1032. doi:10.1080/09638288.2017.1283449
- Simard, M., Dubé, M., Gaulin, M., & Trépanier, P.-L. (2019). La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017. *Institut national de santé publique du Québec*, 29. Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf
- Sorel, E. (2018). La première et seconde ligne en ergothérapie : points communs et différences. Axophysio. <https://axophysio.com/blogue/la-premiere-et-seconde-ligne-en-ergotherapie-points-communs-et-differences/>
- Strine, T. W., Hootman, J. M., Okoro, C. A., Balluz, L., Moriarty, D. G., Owens, M., & Mokdad, A. (2004). Frequent mental distress status among adults with arthritis age 45 years and older, 2001. *Arthritis Rheum*, *51*(4), 533-537. doi:10.1002/art.20530
- Summit, C. o. t. H. P. E., & Board on Health Care Services. (2003). *Health professions education: a bridge to quality*: National Academy Press.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *73*(3), 153-162. Retrieved from <http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106278986&site=ehost-live>
- Tan, E. S. Z., Mackenzie, L., Travassaras, K., & Yeo, M. (2016). The development of the modified blaylock tool for occupational therapy referral (MBTOTR): a preliminary evaluation of its utility in acute care. *Disability & Rehabilitation*, *38*(16), 1610-1619. doi:10.3109/09638288.2015.1107632

- Teng, L., Blackmore, E. R., & Stewart, D. (2007). Healthcare worker's perceptions of barriers to care by immigrant women with postpartum depression: an exploratory qualitative study. *Archives of women's mental health, 10*(3), 93.
- Townsend, A., Hunt, K., & Wyke, S. (2003). Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. 327. doi:10.1136/bmj.327.7419.837
- Townsend, E.A., Polatajko, H.J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2e ed). Ottawa, ON : CAOT publications ACE.
- Tracy, C. S., Bell, S. H., Nickell, L. A., Charles, J., & Upshur, R. E. G. (2013). The IMPACT clinic: Innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. *Canadian Family Physician, 59*(3), e148-155. Retrieved from <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107993370&site=ehost-live>
- Turner-Stokes, L. (2007). Politics, policy and payment—facilitators or barriers to person-centred rehabilitation? *Disability and Rehabilitation, 29*(20-21), 1575-1582.
- Turner-Stokes, L., Scott, H., Williams, H., & Siegert, R. (2012). The Rehabilitation Complexity Scale—extended version: detection of patients with highly complex needs. *Disability and rehabilitation, 34*(9), 715-720.
- Valderas, J. M., Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine, 7*(4), 357-363. doi:10.1370/afm.983
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective clinical practice, 1*(1).
- Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenbrug, E., & Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary care settings. *International Journal for Equity in Health, 18*(1), N.PAG-N.PAG. doi:10.1186/s12939-019-1010-6
- White, C., Lentin, P., & Farnworth, L. (2013). An investigation into the role and meaning of occupation for people living with on - going health conditions. *Australian Occupational Therapy Journal, 60*(1), 20-29. doi:10.1111/1440-1630.12023
- White, C., Lentin, P., & Farnworth, L. (2019). 'I know what I am doing': A grounded theory investigation into the activities and occupations of adults living with chronic conditions. *Scand J Occup Ther, 1-10*. doi:10.1080/11038128.2019.1624818
- Winship, J. M., Ivey, C. K., & Etz, R. S. (2019). Opportunities for Occupational Therapy on a Primary Care Team. *American Journal of Occupational Therapy, 73*(5), 1-10. doi:10.5014/ajot.2019.030841
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization, Geneva.
- Young, H. M., Siegel, E. O., McCormick, W. C., Fulmer, T., Harootyan, L. K., & Dorr, D. A. (2011). Interdisciplinary collaboration in geriatrics: Advancing health for older adults. *Nursing Outlook, 59*(4), 243-250. doi:10.1016/j.outlook.2011.05.006
- Zullig, L., Whitson, H., Hastings, S., Beadles, C., Kravchenko, J., Akushevich, I., . . . Maciejewski, M. L. (2016). A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *JGIM: Journal of General Internal Medicine, 31*(3), 329-337. doi:10.1007/s11606-015-3512-2

ANNEXE A

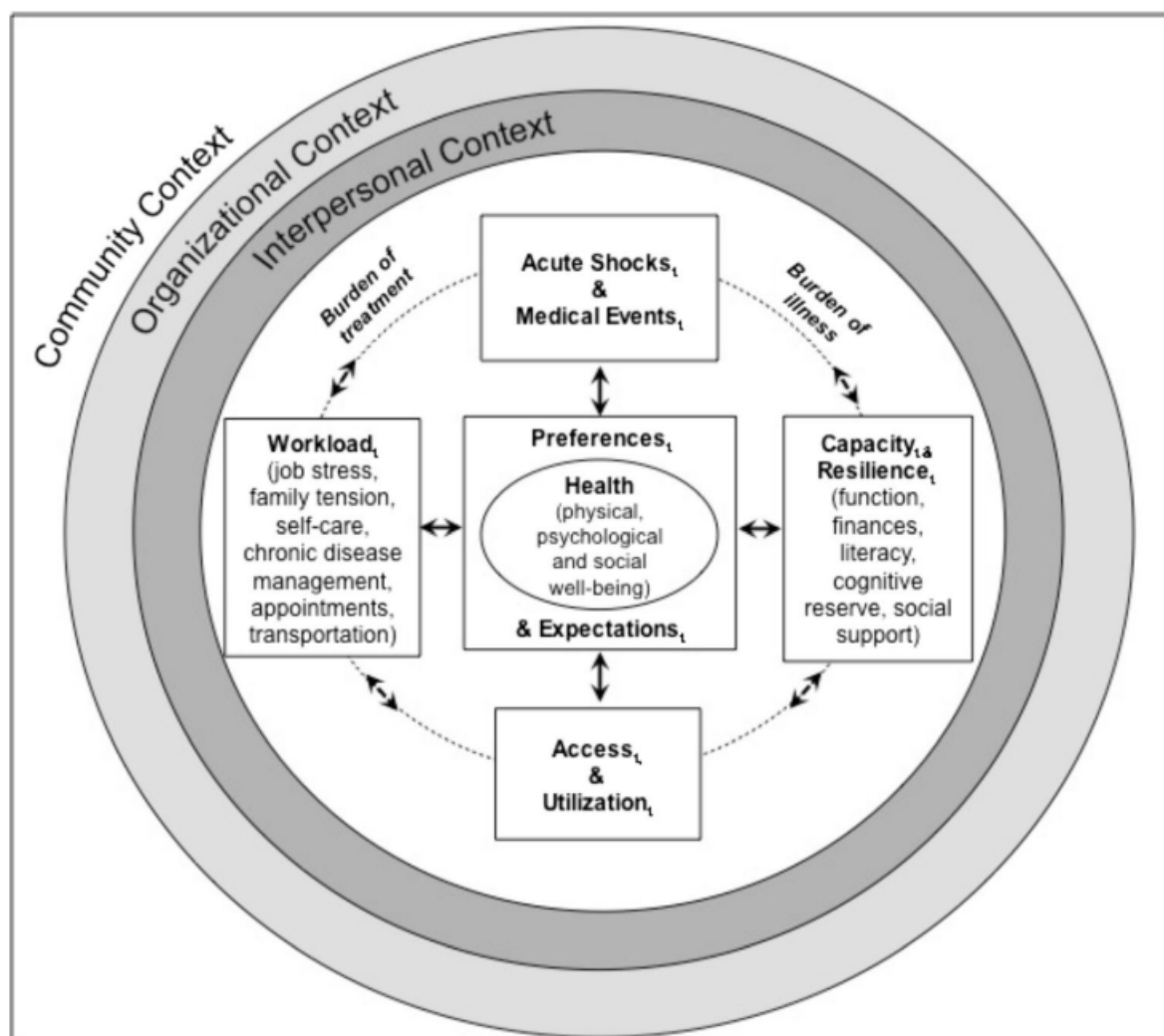


Figure 1. Figure 3 dans Zullig, L. L., Whitson, H. E., Hastings, S. N., Beadles, C., Kravchenko, J., Akushevich, I., & Maciejewski, M. L. (2016). A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *Journal of general internal medicine*, 31(3), p. 334. Inséré avec l'accord de Springer Nature.

Définitions des différentes variables (Zullig et al., 2016):

La Charge de travail : considère les facteurs qui influencent l'énergie qu'une personne doit consacrer à la gestion des activités de la vie quotidienne. Ceci comprend le stress résultant de

l'emploi, la situation familiale (routine, conflits, etc.), les soins personnels, les déplacements ou l'autogestion de ses conditions de santé.

Les capacités et la résilience : agit sur le patient en le dotant de ressources pour gérer son état de santé. Un bon niveau de littératie en santé, de bonnes habitudes de vie, des ressources financières suffisantes, un bon soutien social et des habiletés cognitives adéquates sont des facteurs pouvant potentiellement réduire la complexité de la situation de soins. La résilience comprend les comportements adaptatifs, les pensées, les sentiments, les facteurs physiques et les facteurs de protection. Cette notion varie dans le temps et n'est pas considérée comme un trait statique. Elle signifie plutôt un ensemble de compétences et de ressources pouvant être développées.

Chocs aigus et évènements médicaux : inclut, d'une part, les chocs aigus qui sont considérés comme étant les changements négatifs ou positifs de l'état de santé physique ou mentale de la personne. D'autre part, les évènements médicaux comprennent les nouveaux diagnostics ou les évènements médicaux ponctuels tels qu'un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (AVC).

L'accès et de l'utilisation de services : englobe les facteurs qui rendent les soins plus ou moins accessibles, tels que le statut d'assurance, la localisation géographique et la langue. Cela peut à la fois accroître ou réduire la complexité des besoins de soins du patient.

La santé : met de l'avant la prise de décision des clients, en se basant sur leurs attentes et leurs préférences. Les personnes vivant avec des problématiques complexes de santé sont confrontées à plusieurs choix concernant leur santé, qui ont des impacts sur les traitements, sur la qualité de vie et sur l'auto-perception de leur santé. Les personnes doivent trouver un équilibre et faire des compromis afin de concilier les rendez-vous médicaux, les traitements, la vie quotidienne, la charge financière, le plaisir, l'inquiétude face au futur, etc.

Le contexte interpersonnel : inclut l'environnement social de la personne et le soutien social immédiat de celle-ci.

Le contexte organisationnel : englobe les organisations professionnelles, les organisations communautaires, les employeurs, les écoles et les organisations de santé.

Le contexte communautaire : est défini comme les groupes sociaux, les médias et les services des quartiers, en plus de considérer les facteurs culturels.

ANNEXE B

Tableau 4. Résumé des sujets concernant les articles sélectionnés

Thèmes	1) Initier contact 2) Établir balises		3) Évaluer et analyser 7) Évaluer le résultat			4) Convenir objectifs et plan		5) Mise en œuvre			6) Faire le Suivi 8) Conclure		Les différents contextes (sociétal, de pratique, schèmes de références)				
	Pratique centrée sur le client	Inclusion des proches	A) Évaluations de la complexité	B) Évaluations des objectifs occupationnels	C) Évaluations complémentaires	Interdisciplinarité	Collaboration effaçage	Programmes ergothérapeutiques	Autogestion	Approches / Interventions	Télé-réadaptation	Continuité des services	Perceptions des occupations	Rôles de l'ergothérapeute	Modèles de soins reliés aux besoins complexes	Barrières/ Facilitateurs à l'offre de soins	Gestion et coordination des services
Boronowski, 2012			X								X						
Charles, 2017	X	X															
Garvey, 2015	X			X				X	X	X							
Kuipers, 2019	X	X									X						
Kuluski, 2017	X					X			X		X				X		
Larsen, 2017						X	X										
Pariser, 2019										X							
Pellegrini, 2018			X	X	X		X		X		X						
Robinson, 2016													X				X
Rondeau- Boulanger, 2015	X					X	X				X				X		X
Sampalli, 2012	X								X	X	X			X	X		X
Schiavi, 2018			X	X	X	X											
Tan, 2016			X														
Tracy, 2013	X	X				X			X	X				X			
White, 2013									X			X					
White, 2019												X					
Winship, 2019								X					X		X		

ANNEXE C

Tableau 5. Grille d'extraction et résumer des articles scientifiques retenus

Titre de la publication	Auteurs et année de publication	Objectif de l'étude	Méthode et interventions	Principaux résultats
Measurement properties of the Occupational Therapy Discharge Needs Screen	Boronowski L. E., Shorter C. M., Miller W. C. 2012	Identifier la validité et la fiabilité du test <i>Occupational Therapy Discharge Needs Screen</i> (OTDNS), un outil de dépistage permettant d'identifier des clients ayant des besoins complexes lors de la transition entre le milieu hospitalier et la communauté.	<p>Devis : Étude descriptive.</p> <p>Recrutement : L'étude comprend 89 participants de 50 ans et plus sortant de l'hôpital pour retourner vivre à leur domicile.</p> <p>Intervention : Développement du OTDNS à la suite d'une recension des écrits sur le sujet et de la réalisation de trois groupes de discussion focalisée avec des ergothérapeutes. Ce test contient sept items qui sont divisés en deux catégories, soit (1) les facteurs contextuels (ex. : condition médicale, connaissance du patient, mobilité et AVQ) et (2) le fonctionnement/handicap de la personne (ex. : soutien social, barrières de l'environnement physique ainsi que perception du client et de la famille d'avoir congé). Grâce à des analyses statistiques, certains éléments de la validité et de la fiabilité du test ont été évalués après la passation avec des clients.</p> <p>Analyse des données : Statistiques descriptives et analyse corrélative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – La fidélité intraévaluateur et interévaluateurs (avec des directives modérées) était considérée comme bonne. – Une corrélation modérée avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) ainsi que le <i>Functionnal independance measure (FIM)</i> a été démontrée. La variance calculée entre ces tests démontre que le OTDNS collecte différentes informations comparativement à celles recueillies avec ces évaluations. – Le test a une bonne sensibilité. – Ce test permet d'identifier les personnes avec des besoins occupationnels complexes afin de guider le retour à domicile et permet aussi d'améliorer la continuité des soins.
Understanding How to Support Family Caregivers of Seniors with Complex Needs	Charles L., Bremault-Phillips S., Parmar J., Johnson M., Sacrey L. A. 2017	Décrire les défis et les expériences vécus par les proches aidants (P-A) des aînés avec des besoins complexes.	<p>Devis : Qualitatif.</p> <p>Recrutement : 120 intervenants comprenant des chercheurs dans le domaine des soins de santé, des professionnels de la santé, les membres d'organismes communautaires et des représentants politiques d'Edmonton.</p> <p>Intervention : Le jour 1 a inclus : la présentation de données sur le sujet, suivie d'une activité de discussion concernant les facilitateurs, les obstacles</p>	<p>Les thématiques abordées ont regroupé :</p> <p><u>Expérience des P-A</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gérer une multitude de tâches entravant la capacité à prendre soin de soi; – Changement des rôles familiaux; – Impacts financier et occupationnel significatifs. <p><u>Facilitateurs et barrières</u> :</p> <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources communautaires en place;

		Définir les stratégies de soutien et les priorités de recherche visant à les assister.	et les recommandations pour soutenir les P-A. Le jour 2, la discussion s'est poursuivie pour cibler le soutien possible aux P-A, puis une discussion sur les priorités de recherche a été réalisée. Analyse des données : Analyse par thèmes à partir des verbatim.	<ul style="list-style-type: none"> – Ressources institutionnelles en santé; – Le rôle des P-A est reconnu par le système. <p><i>Barrières</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Manque de connaissances ainsi que difficulté de cibler les notions nécessaires et où les obtenir pour assumer le rôle de P-A; – Lacunes dans la communication et la transmission d'informations, ce qui cause de la frustration et du stress; – Défis avec le système qui est fragmenté et où il y a des changements constants; – Impact économique; – Politiques et processus peuvent être des barrières. <p><u>Recommandations</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aider les P-A à rechercher du soutien; – Formaliser le soutien aux P-A; – Centraliser les ressources; – Améliorer le système pour qu'il soit plus accessible; – Préparer la future génération à être P-A.
OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimoridity in primary care: a randomized controlled trial	Garvey, J., Connolly, D., Boland, F., Smith, S. M. 2015	Évaluer l'efficacité du programme OPTIMAL afin d'augmenter la participation de la population atteinte de multimorbidité.	<p>Devis : Étude expérimentale pré et post test randomisée avec groupe contrôle.</p> <p>Recrutement : Les participants avec multimorbidité étaient recommandés au groupe ergothérapeutique par leur médecin de famille. Les critères d'inclusion comprenaient : avoir deux conditions chroniques et plus, avoir 18 ans et plus ans ainsi qu'avoir un minimum de quatre médicaments à prendre. Au total, 26 participants étaient dans le groupe d'intervention et 24 personnes participaient dans le groupe contrôle.</p> <p>Interventions : Intervention ergothérapeutique portant sur le soutien et l'autogestion de la multimorbidité (énergie, santé mentale, gestion de la médication, etc.). Programme réalisé 1x/sem. pour une durée de 3 h pour une période de six semaines. Les principales modalités d'intervention étaient le support par les pairs dans le groupe et la fixation d'objectifs. L'évaluation du programme portait en</p>	OPTIMAL est le premier programme créé spécifiquement pour les personnes avec de la multimorbidité et mettant au cœur de ses interventions le concept d'occupation ainsi que la fixation d'objectifs hebdomadaires. Le programme est efficace afin d'améliorer la participation et la performance de cette population dans les AVQ et amène une amélioration du sentiment d'auto-efficacité et de la qualité de vie. De plus, celui-ci améliore leur fréquence d'engagement dans les AVQ et améliore l'atteinte des buts. Le programme demande peu de ressources et pourrait être implanté dans n'importe quel milieu ayant un ergothérapeute.

			<p>premier lieu sur la fréquence dans la participation des activités des clients, puis sur la perception de soi, la satisfaction dans les AVQ, le rendement occupationnel, l'anxiété/la dépression, le sentiment d'auto-efficacité, la qualité de vie, le soutien à l'autogestion, l'utilisation des soins de santé et la réalisation d'objectifs individualisés.</p> <p>Analyse des données : Analyses inférentielles et analyse descriptive selon les variables.</p>	
<p>The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting</p>	<p>Kuipers S. J., Cramm J.M., Nieboer A. P.</p> <p>2019</p>	<p>Explorer le niveau actuel de prestation de soins centrés sur le client ainsi que les relations possibles entre les soins centrés sur le patient, la cocréation de soins, la satisfaction et le bien-être physique/social des patients atteints de multimorbidité.</p>	<p>Devis : Étude corrélationnelle.</p> <p>Recrutement : 216 patients, ayant deux maladies chroniques et plus et faisant partie des huit cliniques ciblées de soins primaires des Pays-Bas, ont répondu à l'enquête envoyée par courriel.</p> <p>Interventions : Une enquête transversale a été menée à travers la population éligible, soit 394 personnes. Les questionnaires (<i>36 items - patients-centered primary care</i>, SPF-ILS, <i>Relational co-production instrument</i> et le SASC) ont permis d'évaluer respectivement les soins centrés sur le client, le bien-être, la cocréation de soins et la satisfaction avec les soins.</p> <p>Analyse des données : Des statistiques descriptives ont été réalisées avec les données sociodémographiques. Des analyses corrélationnelles et des régressions linéaires ont été faites afin d'identifier les liens entre les différents éléments.</p>	<p>L'étude a démontré que la cocréation de soins et les huit dimensions de soins centrés sur le client (c.-à-d. préférence des patients, confort physique, coordination des soins, soins continus, support émotionnel, accessibilité, facilité d'obtenir des prescriptions et familles et amis) sont corrélées de manière positive à la satisfaction des soins ainsi qu'au bien-être physique et social. Offrir des soins centrés sur le client et en adopter une approche de cocréation avec les patients peut ultimement mener à de meilleurs résultats de soins.</p>
<p>Community care for people with complex care needs: Bridging the gap between health and social care</p>	<p>Kuluski, K., Ho J. W., Hans P. K., Nelson M.</p> <p>2017</p>	<p>Explorer les principaux éléments de soins pour soutenir les patients ayant des besoins complexes de soins et leur famille dans la communauté.</p>	<p>Devis : Étude qualitative impliquant un panel d'experts.</p> <p>Recrutement : Un total de 24 professionnels offrant des services sociaux ou des services de santé ont été recrutés. Ceux-ci étaient invités à l'un des deux panels de discussion.</p> <p>Interventions : Discussion des principes fondamentaux des soins communautaires pour les personnes ayant des besoins complexes. Une vignette était présentée à des experts et ceux-ci devaient répondre à plusieurs questions dans un groupe de discussion focalisée. Les questions se</p>	<p>Au total, trois principaux thèmes ont été soulevés par les participants soit :</p> <p><u>1. La relation thérapeutique est la fondation des soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre le temps de bâtir une relation de confiance; - Autonomiser les patients; - Comprendre les facteurs influençant l'engagement des patients. <p><u>2. Structure de soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail interdisciplinaire;

			<p>rapportaient à : 1) comment répondre aux besoins des personnes ayant des besoins complexes dans la communauté ? et 2) quelles sont les barrières d'accès aux soins pour cette population ?</p> <p>Analyse de données : Analyse thématique effectuée indépendamment par trois chercheurs pour ensuite organiser les thèmes communément.</p>	<p>– Évaluer et intégrer les besoins de santé ET sociaux.</p> <p>3. Barrières pour les soins désirés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nécessite parfois de briser les règles; – Manque d'opportunités pour des interventions précoces; – Objectifs mal alignés; – Manque d'accessibilité; – Peu de ressources disponibles. <p>Par ses résultats, l'étude fournit un cadre pour la conception d'interventions et souligne certaines barrières quant à la prestation des soins donnés présentement.</p>
Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings	Larsen A., Broberger, E., Petersson, P. 2017	Décrire comment les différents intervenants en santé expérimentent la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé offerts à une population de personnes âgées atteints de multimorbidité.	<p>Devis : Étude phénoménologique.</p> <p>Recrutement : Les gestionnaires étaient informés de l'étude et devaient nommer des professionnels de la santé expérimentés dans la collaboration de soins avec une clientèle de personnes âgées atteintes de multimorbidité. Au total, 11 participants ont pris part à l'étude, dont un ergothérapeute parmi ceux-ci.</p> <p>Interventions : Approche herméneutique où la compréhension du phénomène de collaboration est analysée et interprétée dans un contexte donné. Des entrevues individuelles non structurées étaient réalisées et les participants étaient invités à discuter de leur expérience de collaboration interprofessionnelle.</p> <p>Analyse des données : Transcription des données en verbatim et analyse du phénomène grâce à une approche herméneutique.</p>	<p>Les résultats ont montré que la collaboration influence non seulement l'implication dans la collaboration, mais aussi les soins offerts au patient. Les relations interpersonnelles entre les intervenants doivent être caractérisées par la confiance et la sécurité. Le partage mutuel de compétences se centrant sur les besoins du client amène une relation de confiance entre les intervenants. De plus, les résultats montrent comment les relations peuvent se développer lorsque la répartition des responsabilités est convenue et qu'une approche réflexive mutuelle est utilisée. À contresens, lorsque les intervenants considéraient que leurs compétences étaient mises en marge, cela menait à un sentiment de méfiance et d'insécurité.</p> <p>Les situations complexes nécessitent une approche d'interdisciplinarité, et même une approche de transdisciplinarité. Des interventions cliniques positives et centrées sur le client dépendent du développement du groupe, de la flexibilité des intervenants et des interactions entre ceux-ci.</p>
Connecting People With Multimorbidity	Pariser P., Thuy-Nga P., Brown J. B.,	Décrire la faisabilité et la satisfaction des	<p>Devis : Étude exploratoire mixte.</p> <p>Recrutement : Les patients devaient avoir au moins trois conditions chroniques et être âgés entre</p>	<p>Cette approche de soins démontre une avenue possible quant à la future utilisation de la télémedecine auprès des patients ayant des besoins</p>

to Interprofessional Teams Using Telemedicine	Stewart M., Charles J., Pham T.-N. T. 2019	clients ainsi que de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation d'un modèle de soins virtuels basé sur le programme Télémédecine IMPACT (TIP) avec des clients atteints de multimorbidité.	18 et 80 ans pour participer à l'étude. Au total, 76 patients ont participé au programme. Interventions : La télémédecine connectait les patients à l'équipe de soins communautaires, incluant l'ergothérapeute au besoin, permettant ainsi aux patients d'avoir accès à des soins à distance. Afin de prioriser les besoins, un médecin avec une infirmière de l'équipe TIP rencontrait préalablement le patient. Une rencontre d'une heure par visioconférence était ensuite menée avec l'équipe interprofessionnelle, le médecin et le patient afin d'émettre des recommandations. Un suivi était réalisé grâce à l'infirmière de l'équipe. À la suite de l'intervention, les patients, les médecins et l'équipe interprofessionnelle devaient remplir un formulaire maison, différent pour chacun, sur la satisfaction de l'intervention TIP. Un calcul théorique du coût pour une journée d'admission à l'hôpital VS un calcul du coût pour l'utilisation de la télémédecine a été réalisé. Lors de l'évaluation de la satisfaction, l'échelle de Likert a été utilisée dans les questionnaires et des questions ouvertes étaient posées. Analyse des données : Analyse statistique descriptive réalisée pour l'échelle de Likert et analyse thématique réalisée pour les questions ouvertes.	complexes de soins. Le programme TIP est très satisfaisant auprès cliniciens et des clients. Aussi, elle est faisable et permet au patient d'avoir un rôle actif dans la gestion de la maladie, tout en étant soutenu par des intervenants. Autant les cliniciens que les participants ont identifié que les consultations virtuelles avec une équipe interprofessionnelle étaient bénéfiques et efficaces. De plus, le coût est moindre qu'une journée d'admission normale. Il est anticipé que le taux de fréquence d'utilisation des services en présentiel sera diminué.
Occupational Therapy in Complex Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial	Pellegrin M., Formisano D., Bucciarelli V., Schiavi M., Fugazzaro S., Costi S. 2018	Évaluer les effets d'un programme expérimental en ergothérapie avec une clientèle ayant une complexité de soins et vérifier la faisabilité de l'intervention dans un milieu mixte (hôpital-communauté).	Devis : Étude expérimentale randomisée avec groupe témoin et prise de mesure en trois temps. Recrutement : 40 participants qui étaient admis à l'unité de réadaptation dans un hôpital en Italie. Les participants étaient éligibles s'ils étaient considérés comme complexes selon l'échelle <i>Rehabilitation Complexity Scale-Extended</i> . Interventions : Le programme débute lors de la phase post-aiguë à l'hôpital où des interventions sont menées à raison de 5 jours par semaine, puis des interventions peuvent être réalisées dans la communauté (maximum de dix interventions étalées sur une période d'un à deux mois). Lors de	Cette étude confirme l'efficacité d'un programme ergothérapeutique envers une population complexe et encourage l'implantation d'une telle intervention. L'implantation de ce programme est faisable dans un milieu mixte et les conclusions de cette étude encouragent l'implantation de programmes centrés sur le client, qui améliorent la transition entre l'hôpital et le retour en communauté. Aussi, les résultats démontrent une amélioration de la satisfaction, du rendement occupationnel, de l'indépendance et une légère amélioration de la réintégration en communauté des participants.

			<p>la phase post-aiguë, les interventions se concentraient majoritairement sur les soins personnels. Les interventions en communauté se s'intéressaient plutôt sur la satisfaction ainsi que le rendement des activités productives, des loisirs et tout objectif résiduel des soins personnels. Les objectifs d'intervention étaient basés sur la MCRO. Une approche orientée vers la tâche et d'une approche de collaboration multidisciplinaire furent utilisées. Les évaluations MCRO, HADS, Barthel Index, IADL, RNLI et du SF-12 ont permis de mesurer la satisfaction, l'auto perception des capacités, l'indépendance dans les AVQ, la qualité de vie et les perturbations de l'humeur.</p> <p>Analyse des données : Statistiques descriptives pour décrire l'échantillon et statistiques inférentielles pour comparer les moyennes des évaluations.</p>	
<p>Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions</p>	<p>Robinson M., Fisher T. F., Broussard K.</p> <p>2016</p>	<p>Déterminer le rôle et la place de l'ergothérapeute dans la gestion et la coordination des soins.</p>	<p>Devis : Opinion d'experts Recrutement : N/A Interventions : N/A Analyse des données : N/A</p>	<p>Le système de la santé fait face à un changement de paradigme valorisant désormais le volume de services. Ceci nécessite, de la part des professionnels de la santé, une plus grande flexibilité et l'adoption de nouveaux rôles. L'ergothérapeute a les compétences et les connaissances nécessaires pour assumer un rôle de gestion et de coordination des soins. Par sa formation scolaire, son approche holistique, son approche collaborative et sa capacité d'analyse de la participation occupationnelle, celui-ci possède les atouts pour assumer ce rôle. Le rôle de gestionnaire de soins doit inclure une approche centrée sur le client, l'inclusion de la famille, le support des intervenants de la santé, puis une approche interdisciplinaire afin de promouvoir l'accès aux soins et favoriser une gestion efficace des cas avec une complexité de soins.</p>
<p>Perceptions d'ergothérapeutes cliniciens et de</p>	<p>Rondeau-Boulanger É.</p>	<p>Recueillir la perception d'ergothérapeutes cliniciens des</p>	<p>Devis : Qualitatif inspiré de la phénoménologie. Recrutement : Méthode de recrutement par choix raisonné à partir de critère d'inclusion et d'exclusion précis. Au total, sept personnes ont</p>	<p>À la suite de l'analyse des résultats, quatre thématiques ont émergé des discussions et des perceptions, soit (1) les barrières pouvant nuire au cheminement des personnes avec une</p>

<p>personnes aux prises avec une problématique complexe de santé des situations de ruptures dans la trajectoire de soins et de services : réflexion critique et analyse des enjeux éthiques</p>	<p>2015</p>	<p>ruptures dans les trajectoires de soins causées par l'organisation des soins de santé au Québec et vécues par les clientèles aux prises avec une problématique de santé complexe.</p>	<p>participé à la recherche, dont cinq ergothérapeutes et deux clients. Interventions : Entrevue semi-dirigée avec les participants. Les thèmes abordés avec les ergothérapeutes étaient les ruptures dans les trajectoires de soins, l'organisation des soins de santé au Québec et la pratique holistique de l'ergothérapie dans ce contexte. Pour les personnes avec une problématique complexe de santé, les sujets abordés étaient les trajectoires de soins vécues, leur perception des soins reçus ainsi que les impacts que cette trajectoire a eus sur leur fonctionnement. Analyse de données : Transcription des données en des verbatim et analyse des thèmes avec une perspective éthique.</p>	<p>problématique de soins (reliées à la problématique de santé mentale, au contexte organisationnel du système de santé et aux limites professionnelles), (2) les conséquences sur les clients, (3) les enjeux que soulèvent ces entraves aux soins et aux services ainsi que (4) les facilitateurs à une meilleure prestation des soins et services (le travail d'équipe, la vision holistique de l'ergothérapeute et les caractéristiques personnelles de chacun des acteurs, etc.). Les ergothérapeutes font face à plusieurs situations par rapport auxquelles ils doivent se questionner au quotidien, en vue de trouver des solutions qui puissent être à la fois respectueuses de l'éthique, de l'identité professionnelle et des exigences professionnelles/administratives régissant leur pratique, et ce, plus particulièrement auprès des personnes présentant une problématique complexe de santé.</p>
<p>Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities</p>	<p>Sampalli, T., Fox R. A., Dickson, R., Fox, J. 2012</p>	<p>Discuter d'un nouveau modèle de soins centré sur le client afin de répondre aux besoins des personnes qui ont une condition de multimorbidité.</p>	<p>Devis : Théorisation ancrée. Recrutement : N/A Interventions : Une recension des écrits a été réalisée préalablement afin de considérer les articles en lien avec la gestion des cas de multimorbidité, les connaissances concernant les modèles de gestion des maladies chroniques, les modèles concernant les conditions complexes, etc. Un résumé de ces modèles et des éléments pertinents qui s'y rattachent ont permis de développer un modèle de soins pour les personnes avec une condition de multimorbidité. Une étude pilote utilisant ce modèle de soin offre des résultats prometteurs. Analyse des données : N/A</p>	<p>L'article présente un modèle de soins centré sur le client afin de répondre aux défis de la multimorbidité. Celui-ci utilise une approche multidisciplinaire et présente quatre phases-clés soit l'admission, les soins intégrés, la transition et le congé. Admission : Le but premier est de comprendre les besoins complexes du patient et de créer un plan de soins individualisé en collaboration avec lui. L'ergothérapeute évalue les besoins de réadaptation et s'assure de coordonner les soins entre les spécialistes. Passation de la MCRO. Soins intégrés : Le but de cette phase est d'offrir des interventions multidisciplinaires qui répondent aux besoins du client avec une combinaison d'intervention individuelle, de groupe et des programmes éducatifs. Transition : L'équipe multidisciplinaire évalue si le patient est prêt à avoir son congé et va satisfaire les besoins restants ainsi qu'offrir les ressources nécessaires en communauté afin que la transition se</p>

				<p>passé bien. Le médecin de famille continuera la prise en charge du client.</p> <p>Congé : La phase finale comprend un dernier rendez-vous avec le médecin traitant et un suivi d'un mois avec l'infirmière. Les soins sont ensuite totalement transférés au médecin de famille ou aux soins de première ligne.</p>
Occupational therapy for complex inpatients with stroke: identification of occupational needs in post-acute rehabilitation setting	<p>Schiavi M., Costi S., Pellegrini M., Formisano D., Borghi S., Fugazzaro S.</p> <p>2018</p>	<p>Identifier les caractéristiques et les besoins occupationnels des patients complexes hospitalisés à la suite d'un AVC pendant la réadaptation, en se concentrant sur la fonction et la capacité, quel que soit le diagnostic.</p>	<p>Devis : Étude pilote transversale.</p> <p>Recrutement : 16 patients hospitalisés à la suite d'un AVC et considérés comme étant complexes selon l'évaluation <i>Rehabilitation Complexity Scale-Extended</i>.</p> <p>Interventions : À la suite du recrutement, une équipe multidisciplinaire a administré plusieurs évaluations afin de caractériser cette population. Ainsi, l'équipe a récolté des informations concernant l'état de santé générale, l'indépendance dans les AVQ (<i>modified Barthel Index</i>), la fatigue (<i>Fatigue Severity Scale</i>), la résistance en position assise et la capacité de performer à des activités instrumentales afin de caractériser l'échantillon. De plus, l'ergothérapeute a identifié les principaux besoins occupationnels selon la MCRO.</p> <p>Analyse des données : Statistiques descriptives.</p>	<p>Les besoins occupationnels considérés comme prioritaires pendant la réadaptation des patients complexes hospitalisés sont axés sur le domaine des soins personnels, suivi des activités productives et de loisirs. En effet, 75 % des objectifs occupationnels ciblés par la MCRO étaient liés aux soins personnels, alors que 15 % étaient liés à la productivité et 10 % aux activités de loisirs. Ainsi, les programmes de réadaptation devraient adopter une approche centrée sur le client. Ceux-ci devraient en premier lieu répondre aux problématiques de soins personnels, puis se concentrer sur les rôles familiaux et sociaux du patient par la suite.</p>
The development of the modified blaylock tool for occupational therapy referral (MBTOTR): a preliminary evaluation of its utility in acute care	<p>Tan E. S. Z., Mackenzie L., Travassaras K., Yeo M.</p> <p>2016</p>	<p>Créer et évaluer la faisabilité d'un nouvel outil de dépistage visant à identifier les patients à risque de déclin fonctionnel afin de mieux les référer en ergothérapie.</p>	<p>Devis : Quantitatif.</p> <p>Recrutement : 50 dossiers cliniques de patients âgés de 65 ans et plus.</p> <p>Interventions : Une recension des écrits a été réalisée afin d'identifier dix outils de dépistage liés aux capacités et au déclin fonctionnels, et ainsi, créer l'outil de dépistage Modified Blaylock Tool for Occupational Therapy Referral (MBTOTR). Cet outil aborde différents thèmes, dont le support social, l'autonomie fonctionnelle, la cognition, la mobilité, les comportements, le nombre d'admissions précédentes, le nombre de médicaments, l'âge, etc. L'outil a été testé sur les dossiers cliniques des patients. Le score calculé était interprété et l'adéquation entre celui-ci et la référence dans le dossier en ergothérapie était</p>	<p>L'étude a démontré que le MBTOTR est efficace afin d'identifier les patients qui nécessitent de l'ergothérapie. Concrètement, cet outil a identifié un nombre plus élevé de patients à risque de déclin fonctionnel que les références faites par le personnel de soins. Cela indique que l'introduction d'un tel outil permettrait aux patients avec une condition de santé complexe de recevoir des services en ergothérapie plus tôt, et ainsi, optimiser les résultats d'intervention.</p>

			comparée afin de calculer la spécificité et la sensibilité. De plus, cet outil a été comparé aux évaluations du <i>Blaylock/BRASS</i> et au <i>eQ Health Discharge Checklist</i> . Analyse des données : Analyse des propriétés psychométriques du test.	
The IMPACT clinic: Innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs	Tracy C. S., Bell S. H., Nickell L. A., Charles J., Upshur R. E. G. 2013	<u>Objectif du programme</u> : Évaluer un nouveau modèle de soins interprofessionnel pour les personnes âgées ayant des besoins complexes de soins. Explorer le potentiel de ce nouveau modèle en tant qu'opportunité de formation interprofessionnelle .	Devis : Description de programme. Recrutement : N/A Intervention : Le programme IMPACT (<i>Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments</i>) est un modèle de pratique basé sur une approche d'interdisciplinarité et créé pour des patients ayant des besoins complexes. L'équipe de soins comprend un médecin de famille, une infirmière, un pharmacien, un physiothérapeute, un ergothérapeute, une nutritionniste et un travailleur social. Les patients sont recommandés par leur médecin et doivent satisfaire à plusieurs critères d'éligibilité. À la rencontre initiale, les patients doivent se présenter avec un proche impliqué dans leurs soins, une liste de médicaments et une liste de leurs préoccupations principales. La deuxième rencontre implique une évaluation médicale, fonctionnelle et psychosociale. Un protocole de soins est ensuite créé en impliquant le patient et sa famille. Ces étapes sont réalisées en interdisciplinarité où tous les professionnels assistent aux séances et des discussions d'équipe sont réalisées après chacune des rencontres. De l'éducation, des ressources et une liste à jour des médicaments sont remises au patient au cours des visites. Un plan de suivi des soins est créé pour le médecin habituel qui continuera les soins avec celui-ci. Analyse des données : Statistiques descriptives de la population ayant eu recours au programme IMPACT.	Les données de l'évaluation pilote indiquent que le modèle IMPACT est faisable, efficace, bien reçu et mobilisable. Le modèle IMPACT répond aux besoins des patients complexes vivant dans la communauté avec son approche interprofessionnelle. Ce programme démontre l'importance et la valeur d'agir en interdisciplinarité. De nombreux avantages ont été rapportés par les patients, la famille et les professionnels dont : les rencontres laissaient suffisamment de temps et « d'espace » pour soulever et discuter des problématiques de santé ; les patients se sentaient entendus ; une rencontre avec tous les professionnels de la santé était préférable à plusieurs rencontres (particulièrement avec cette clientèle). Les résultats révèlent que le modèle de soins interdisciplinaires constitue une réponse intéressante au défi croissant que représente le traitement des maladies chroniques complexes.
An investigation into the role	White C., Lentin P., Farnworth L.	Étudier l'interrelation entre les occupations, la	Devis : Utilisation d'une approche de la théorisation ancrée.	La théorie construite comprend quatre catégories et un concept central. Les résultats suggèrent que l'occupation joue quatre rôles-clés soit de : 1)

and meaning of occupation for people living with on-going health conditions		santé et la maladie du point de vue des personnes vivant avec un ou plusieurs problèmes de santé.	<p>Recrutement : 16 adultes âgés entre 25 et 65 ans vivant avec une ou plusieurs problématiques de santé en continu impactant leurs occupations. Le recrutement a été fait à travers des références par les cliniciens et avec des affiches installées dans la salle d'attente.</p> <p>Interventions : Deux entrevues semi-structurées étaient menées avec la personne à deux moments différents. Cette méthode permettait de créer un lien de confiance préalable afin d'approfondir certains sujets lors de la deuxième entrevue.</p> <p>Analyse des données : Les données narratives ont été analysées en utilisant des méthodes de la théorie ancrée comprenant le codage, la mémorisation et la comparaison constante. Un modèle théorique grâce à l'analyse des données a été construit.</p>	révéler, 2) expliquer, 3) gérer et 4) surmonter les problématiques de santé. Ainsi, pour les participants de l'étude, le sens de l'occupation a été reflété dans son potentiel à redonner du pouvoir aux patients (<i>occupations empower</i>) vivant avec plusieurs problématiques de santé. L'engagement dans des occupations a permis aux participants de réagir aux facteurs associés à leur maladie et de minimiser l'impact sur leur identité et leur vie. Bref, cette étude amène une compréhension théorique de la signification et des rôles de l'occupation pour les personnes ayant plusieurs conditions médicales.
« I know what I am doing » : A grounded theory investigation into the activities and occupations of adults living with chronic conditions	White, C. Lentin, P. Farnworth, L. 2019	Investiguer les activités et les occupations des adultes vivant avec des maladies chroniques.	<p>Devis : Qualitatif utilisant une méthode de théorisation ancrée.</p> <p>Recrutement : 16 adultes vivant avec au moins une condition de santé ont participé à cette étude. Le recrutement s'est fait grâce à des affiches placées dans la salle d'attente des cliniques de santé.</p> <p>Interventions : Entrevues semi-structurées réalisées deux fois avec les patients pour générer des résultats en profondeur. La première entrevue portait sur l'expérience des personnes de vivre avec des conditions chroniques et la deuxième entrevue portait sur la participation occupationnelle ainsi que le bien-être des personnes.</p> <p>Analyse des données : Transcription des données en verbatim et analyse des thèmes. Utilisation de la méthode de la théorisation ancrée.</p>	Réaliser des activités est essentiel pour les personnes atteintes de maladies chroniques. L'occupation humaine est un concept dynamique, complexe et à multiples facettes. Ceci implique de réaliser les activités selon la signification de celles-ci, le contexte de vie de la personne, sa condition de santé et son monde. Les participants atteints de multimorbidité ont décrit l'engagement dans les occupations selon trois catégories, soit : 1) <i>Connexion/reconnexion — déconnexion</i> : À travers l'occupation, les participants connectaient, reconnectaient ou déconnectaient de leur corps, de leur esprit et de leur spiritualité ainsi que de leur monde physique et social. 2) <i>Prendre soin de soi — détériorer</i> : Les activités que les participants réalisent afin de se protéger, protéger les autres et protéger leur monde (animaux, places, objets, etc.). Les participants ont rapporté des activités qui permettaient à la fois de prendre soin de soi et de leur santé (exercices, cuisiner, etc.) ainsi que des activités pouvant nuire à eux-mêmes (alcool, jeux, etc.). 3) <i>Contribuer — nuire</i> . Les activités permettant de contribuer amenaient un sentiment d'espoir et un

				but à accomplir aux participants. Ces activités permettent d'atteindre leur potentiel (études, bénévolat, travail, etc.). Au contraire, s'engager dans des activités empêchant la poursuite des intérêts personnels ou l'utilisation de leur capacité peut avoir des conséquences durables pour ces clientèles.
Opportunities for Occupational Therapy on a Primary Care Team	Winship J. M., Ivey C. K., Etz, R. S. 2019	Explorer les besoins et les rôles que les ergothérapeutes peuvent avoir dans une équipe de soins en première ligne.	<p>Devis : Étude descriptive qualitative.</p> <p>Recrutement : La recherche a été menée à la clinique de soins complexes d'un centre médical académique. Dix membres de l'équipe ainsi que 13 patients de la clinique ont participé à une entrevue semi-structurée. Les patients devaient être à la clinique depuis au moins un an et avoir de multiples conditions chroniques. De plus, dix rencontres d'équipe ont été enregistrées.</p> <p>Interventions : Entrevues individuelles semi-structurées réalisées avec les cliniciens et les patients. Les thèmes abordés avec les cliniciens concernaient les processus et les procédures cliniques, les défis et les succès, l'engagement des patients et les soins en équipe. Les thèmes abordés avec les patients incluaient leur expérience à la clinique, leur perception des changements sur leur santé, les défis de travailler avec la clinique et les limites de leur performance occupationnelle.</p> <p>Analyse des données : Transcription des données en verbatim, codage et analyse des thèmes avec une approche d'immersion-cristallisation.</p>	Les patients et les cliniciens ont identifié quatre domaines de défis présents à la clinique ainsi que plusieurs sous-thèmes, soit la gestion médicale (ex. : besoins complexes, adhésion aux médicaments, gestion de la douleur), les problématiques de santé mentale et les abus de substances ainsi que les ressources limitées des patients et les défis occupationnels (déplacement en communauté, autres sphères occupationnelles). Un cinquième domaine a été identifié uniquement par les cliniciens, soit les problèmes cognitivo-comportementaux (habitudes non saines, mauvaise résolution de problème, manque d'engagement). L'étude a démontré que les patients en première ligne ont des besoins occupationnels qui ne sont pas adressés tels que certains défis cognitivo-comportementaux et certaines limitations occupationnelles. Les ergothérapeutes ont des compétences et des connaissances complémentaires à l'équipe de soins de base pour répondre aux besoins non comblés des patients. Ces derniers ont des besoins occupationnels qui ne sont pas toujours apparentés aux problèmes médicaux ou sociaux. En bref, comprendre la gestion des maladies chroniques comme une occupation, et non seulement d'un point de vue social ou médical, peut fournir une vision plus large des besoins du patient et, ultimement, contribuer à aider une équipe de soins primaires à travailler avec des patients ayant des besoins complexes de soins.