Volume 3, Numéro 1 | 2017

ARTICLE DE RECHERCHE

COMORBIDITÉ SANTÉ MENTALE ET TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION DE SUBSTANCE : LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Aude Vignola-Mir[1], **Julie J. Desrosiers**[2], **Caroline Morin**[3]

[1] *Ergothérapeute M.Sc., Unité de psychiatrie, Cité de la Santé de Laval, Laval, Québec, Canada*

[2] *Ergothérapeute Ph.D (cand), Professeure associée, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

[3] *Ergothérapeute M.read, Chef de programme santé mentale et dépendance, Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches, Québec, Canada*

Adresse de contact : aude.vignolamir@outlook.com

Reçu le 19.10.2015 – Accepté le 28.04.2017

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v3n1.49

ISSN: 2297-0533. URL: http://www.rfre.org/

RÉSUMÉ

Introduction : Vivre avec une problématique de santé mentale et un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) amènent plusieurs difficultés fonctionnelles affectant la vie sociale, la vie productive, les conditions de vie ainsi que la qualité de vie. Les ergothérapeutes interviennent actuellement auprès de cette clientèle présentant de la comorbidité dans les programmes de soins intégrés ou en santé mentale. Malgré tout, il existe peu d'écrits permettant d'identifier leur rôle auprès de cette clientèle.

Méthodologie : L'objectif principal est de documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes au Québec auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble comorbide de santé mentale et TLUS. Un devis de recherche descriptive interprétative a été choisi. Deux groupes de discussion focalisés ont été tenus avec des ergothérapeutes de différents milieux. Les discussions avaient pour but de documenter les outils, les approches et les modèles utilisés par les participants dans leur processus d'évaluation et d'intervention, mais également leurs recommandations afin d'améliorer leur pratique auprès d'une clientèle atteinte de comorbidité.

Résultats : Onze ergothérapeutes de quatre milieux cliniques différents ont participé à ce projet. Les ergothérapeutes consultés apprécient les modèles et outils spécifiques à leur profession, combinés à une approche de réduction des méfaits. De plus, leurs propos offrent une compréhension occupationnelle des TLUS en considérant la consommation comme une activité significative.

Conclusion : Cette nouvelle vision permet aux ergothérapeutes qui travaillent auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité d'intervenir de façon simultanée sur les deux problématiques mais surtout d'offrir leur expertise dans l'analyse d'activité et du fonctionnement humain.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Santé mentale, Trouble lié à l'utilisation de substances, Toxicomanie, Evaluations, Interventions

MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE DISORDER COMORBIDITIES: THE ROLE OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST

ABSTRACT

Introduction: Living with a mental health problem and a substance use disorder (SUD) creates many functional difficulties that affect the social life, productive life, living conditions, and overall quality of life of the individuals involved. Occupational therapists are currently working with this clientele presenting comorbidity, whether it is in programs of integrated care or in mental health. In spite of this, little literature has yet been able to identify their role with this clientele.

Methodology: The main objective is to document Quebec's occupational therapists' current practices with the clientele living with a comorbid mental health disorder and SUD. A descriptive-interpretative research design has been chosen. Two focus groups were held with occupational therapists working in different settings. The goals of the discussions were to document the tools, the approaches and the models used by the participants in their evaluation and intervention process; as well as to have their recommendations in order to improve their practice with clientele presenting a comorbidity.

Results: Eleven occupational therapists from four different clinical settings participated in this project. These occupational therapists appraised models and tools which are specific to their profession, combined with a harm-reduction approach. In addition, their statements offer an occupational comprehension of SUD by considering substance use as a meaningful activity.

Conclusion: This new vision allows occupational therapists working with a clientele presenting a comorbidity to intervene simultaneously on the two problematics, but more importantly it enables them to offer their expertise in the analysis of activities and human functioning.

KEYWORDS

Occupational Therapy, Mental Health, Substance use disorder, Addiction, Evaluations, Interventions

INTRODUCTION

L'ergothérapie émerge au sein des institutions de psychiatrie au début du 20e siècle en prenant appui sur les bases du traitement moral: pour la première fois, des activités sont proposées pour remplacer les contraintes physiques utilisées auprès de cette clientèle vulnérable (Ferland et Dutil, 2012). Dès son établissement en tant que profession, l'ergothérapie, imprégnée du mouvement humaniste, cherche à répondre aux besoins des personnes souffrant d'un trouble mental (Peters, 2010). Aujourd'hui, les ergothérapeutes, tout en privilégiant les activités qui permettent à une personne de se réaliser, travaillent aussi à l'adaptation de la personne à une nouvelle condition, à la réappropriation de ses rôles sociaux et à la recherche d'un sens à son histoire de vie (Briand, Manidi et Panchaud Mingrone, 2005). De sorte qu'en un peu plus d'un siècle, les ergothérapeutes ont développé une expertise axée sur le fonctionnement global d'une clientèle en santé mentale et ont publié de nombreux guides de pratique à ce sujet (Bonder, 2010a; Brown et Stoffel, 2010; Cara et MacRae, 2005; Creek et Lougher, 2014; Crouch et Alers, 2005; Hernandez, 2016). Actuellement, les ergothérapeutes interviennent auprès des clientèles de tous âges (enfants, adolescents, adultes et aînés), présentant différents diagnostics (troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles de personnalité, troubles alimentaires et différents troubles cognitifs), et ce, à tous les paliers de soins (institutionnalisés, médicaux et communautaires).

Problématique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue qu'une personne sur quatre souffre de troubles mentaux (2001). Chez les hommes et les femmes de 15 à 44 ans, la dépression unipolaire, les troubles reliés à l'alcool et la schizophrénie sont les trois premières causes d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2001). Le trouble affectif bipolaire et le trouble panique se classent respectivement aux 5e et 11e rang des incapacités (OMS, 2001). Les troubles mentaux et ceux liés à l'abus de substances psychoactives sont responsables de près de 23 % des années de vie perdues en raison de l'incapacité (OMS, 2016). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies évalue que de 30 à 50 % des patients actuellement admis en psychiatrie ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances (Fridell et Nilson, 2004). Même constat du côté de l'Amérique du Nord où Drake et ses collaborateurs estiment que la moitié des patients atteints de troubles graves de maladie mentale présentent aussi des troubles liés à l'utilisation de substance (Drake *et al*., 2001). L'inverse est aussi vrai : environ 80% des patients présentant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances souffrent également de troubles psychiatriques comorbides (Fridell et Nilson, 2004).

Troubles comorbides

L'OMS définit un trouble comorbide par la présence simultanée d'un trouble (ou de plusieurs) de santé mentale et d'au moins un trouble lié à l'utilisation de substances (2008). Un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) réfère à une consom-

mation récurrente d'alcool et/ou de drogues causant un impact cliniquement significatif, incluant des problèmes de santé, des limitations fonctionnelles et l'incapacité de remplir ses responsabilités au travail, à l'école ou à la maison (traduction libre, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2015). Pour cette étude, les troubles de santé mentale font référence autant aux troubles graves que transitoires (troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles de personnalité).

Impact fonctionnel

Il est maintenant reconnu que la gravité de cette comorbidité ne provient pas seulement de l'addition des multiples troubles, mais plutôt de l'interaction qui se développe entre eux (Acier et Nadeau, 2005; Rahioui, Vinurel, Louppe, et Benyamina, 2014). En effet, les troubles de consommations sont plus difficiles à traiter chez les personnes souffrant d'un trouble mental (Rush *et al*., 2008). Cette comorbidité est associée à une plus grande chronicité, manifestée par des épisodes psychiatriques plus sévères et des rémissions plus lentes (Cloutier, Barabé, Potvin, et Noël, 2016; Khazaal et Zullino, 2012; Rahioui *et al*., 2014). Elle est également reliée à un plus haut niveau de détresse psychologique, à un moins bon fonctionnement psychosocial, à une adhésion moindre aux traitements biopsychosociaux, à un taux plus élevé de problèmes familiaux, médicaux, légaux, de violence et de suicide ainsi qu'à une plus grande utilisation des ressources en santé, et ce, d'une manière moins efficace (Cloutier *et al*., 2016; Donald, Dower et Kavanagh, 2005; Khazaal et Zullino, 2012; Mills *et al*., 2012; Rush et Koegl, 2008).

Traitement intégré

Des deux côtés de l'Atlantique, le constat est le même : dans les centres de toxicomanie, la composante psychiatrique est sous-estimée et, à l'inverse, en psychiatrie, il y a une négligence des TLUS et de leurs effets physiologiques (Acier et Nadeau, 2005; Malapert, 2009). En effet, l'échec des approches traditionnelles de traitement, où les soins sont administrés en parallèle dans deux milieux de soins différents ou encore de façon séquentielle, à des moments différents, est reconnu depuis plusieurs années (Drake, Mueser, Clark et Wallach, 1996; Mueser et Gingerich, 2013; O'Neill et Lapalme, 2016). Tous s'entendent pour recommander des programmes de soins intégrés pouvant enfin répondre aux besoins de cette clientèle en offrant un suivi étroit et cohérent (Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2001). Ces programmes dits intégrés visent à offrir des services de soins continus où une même équipe interdisciplinaire intervient simultanément sur les deux problématiques. Il existe plusieurs guides de pratiques issus de différents pays concernant les troubles comorbides de santé mentale et TLUS. De ceux-ci, une recension des écrits de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS) rapporte que peu de programmes de soins intégrés existent actuellement, que ce soit au Canada, aux États-Unis ou encore en Australie (O'Neill et Lapalme, 2016). De plus, peu de ces guides de pratique démontrent une efficacité conjointe sur les deux problématiques, soit l'amélioration de la santé mentale et des TLUS (Perron, Bunger, Bender, Vaughn et Howard, 2010). Ces données démontrent

l'importance de concevoir la comorbidité comme une problématique complexe et unique et non comme deux conditions parallèles.

RECENSION DES ÉCRITS

Dès les années 1950, des ergothérapeutes se sont questionnés sur leur rôle auprès d'une clientèle atteinte de TLUS, en s'intéressant d'abord aux troubles liés à l'alcool (Lindsay, 1983; Rotert, 1989). À cette époque, Hossack cité dans Rotert (1989) estime que l'ergothérapie vise, par le passage obligé à une sobriété permanente, un certain équilibre occupationnel permettant aussi aux consommateurs de remplir un rôle fonctionnel dans la société. Les ergothérapeutes Doniger et Marston cités dans Cassidy (1988) suggèrent alors l'utilisation d'activités artisanales ou encore l'enseignement de techniques de relaxation auprès d'une clientèle atteinte d'alcoolisme. Lindsay (1983) encourage l'utilisation de la liste d'intérêts dans un processus d'évaluation afin d'identifier des objectifs en lien avec leurs intérêts et leurs occupations significatives (Klyczek, Bauer-Yox et Fiedler, 1997). Deux auteurs reconnaissent utiliser les méthodes projectives ou les activités créatives dans leurs interventions, sous la forme de collages, de dessins ou d'écritures créatives afin d'aider leurs patients à mieux identifier et exprimer leurs émotions (Cassidy, 1988; Lindsay, 1983).

Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que les ergothérapeutes commencent à se positionner sur leur rôle auprès d'une clientèle atteinte de TLUS incluant l'alcool et les drogues. Un article démontre l'efficacité d'un programme basé sur les arts et l'artisanat en ergothérapie auprès d'une clientèle atteinte de TLUS en centre de désintoxication (Stensrud et Lushbough, 1988). En 1997, l'American Occupational Therapy Association (AOTA) publie un premier guide de pratique spécifique à une clientèle TLUS qui encourage, entre autres, l'utilisation de l'intervention brève, l'enseignement aux proches, l'adaptation de l'environnement et la prévention de la rechute (Stoffel et Moyers, 1997).

Actuellement, la majorité des guides de pratique en santé mentale publiés par des ergothérapeutes incluent un chapitre sur les TLUS (Bonder, 2010b; Crouch, 2005; Sells, Stoffel et Plach, 2010; Stoffel et Moyers, 2005; Walters, Sherwood et Mason, 2014; Wegner, 2005). Ces chapitres offrent une compréhension plus spécifiquement ergothérapique des TLUS en décrivant leur impact sur le fonctionnement de la personne ainsi que sur la performance occupationnelle. Malgré cela, la grande majorité de ces écrits encouragent l'utilisation d'approches non spécifiques à l'ergothérapie telles que : l'approche cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, la réduction des méfaits, la prévention de la rechute ainsi que le modèle transthéorique des stades de changement de Prochaska et DiClemente (Bonder, 2010b; Sells *et al*., 2010; Stoffel et Moyers, 2004; Stoffel et Moyers, 2005; Walters *et al*., 2014; Wegner, 2005). Certains de ces auteurs suggèrent de juxtaposer ces approches à un outil du modèle de l'occupation humaine (MOH) de Kielhofner (Sells *et al*., 2010; Wegner, 2005), le « *Occupational Performance History Interview-II* » (OPHI-II). Seul un guide issu de l'Afrique

du Sud (Wegner, 2005) suggère des outils ergothérapiques afin d'évaluer la performance occupationnelle (*Work assessment and Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) (Fisher et Bray Jones, 2010), le niveau de stress (*Stress assessment*) (Crouch, 2008), les loisirs, le travail, les intérêts (*Interest checklist*) (Matsutsuyu, 1969), l'estime et le concept de soi.

De tous les différents guides de pratique en santé mentale publiés en ergothérapie, un seul contient un chapitre consacré aux troubles comorbides (Moyers, 2010). Celui-ci renvoie les lecteurs au guide du Centre pour le traitement d'abus de substances américain (Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), 2005) qui n'y spécifie pas malheureusement le rôle de l'ergothérapeute. Par ailleurs, une seule recension des écrits suggère l'utilisation du MOH de Kielhofner ainsi que du Processus de remotivation de Gloria Las Heras au sein des programmes intégrés en comorbidité (Séguin, 2009).

Le rôle des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes œuvrant au sein de programmes en santé mentale sont appelés à intervenir auprès d'une clientèle atteinte de TLUS (Stoffel et Moyers, 2004) et ils sont également encouragés à le faire de plus en plus, tout en collaborant avec d'autres professionnels (Stoffel, 2013). À ce jour, il n'existe pas de guide de pratique francophone ni de données scientifiques suffisantes pour la clientèle présentant de la comorbidité dans les services d'ergothérapie qui permettrait à ces professionnels d'avoir une pratique basée sur les données probantes et de répondre à leurs besoins. Au Québec, quelques ergothérapeutes sont maintenant invités à développer leur pratique au sein de programmes de soins intégrés en santé mentale et TLUS. En ce sens, l'objectif principal de cette étude vise à documenter les pratiques actuelles d'ergothérapeutes cliniciens au Québec auprès d'une clientèle présentant un trouble comorbide de santé mentale et de TLUS, que ce soit dans les programmes de soins en santé mentale ou dans les programmes de soins intégrés. L'objectif secondaire est de recueillir les recommandations d'amélioration de la pratique issues de l'expérience clinique des ergothérapeutes consultés.

MÉTHODES

Un devis de recherche descriptive interprétative a été choisi pour répondre aux objectifs de cette recherche. Ce devis permet de décrire un phénomène émergent (Gallagher, Corbière et Larivière, 2014) . Il est aussi particulièrement adapté à la réalité clinique des ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité en permettant de cerner cette réalité complexe, contextuelle et subjective (Gallagher *et al*., 2014; Thorne, Kirkham et O'Flynn-Magee, 2004). De plus, ce devis permet de capter tous les éléments d'un événement (Sandelowski, 2000), et ce, sans les restrictions de l'utilisation d'un seul modèle théorique (Thorne *et al*., 2004).

L'échantillonnage des participants a été à la fois systématique et volontaire. Tous les ergothérapeutes œuvrant dans les programmes de soins intégrés connus au Québec ont été approchés. De plus, d'autres ergothérapeutes pratiquant dans des milieux de soins en santé mentale auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité ont été identifiés et contactés grâce à différentes banques de données, soit celle des responsables des milieux de stage provenant du département de la formation clinique de l'Université de Montréal ainsi que celles des ordres et associations des ergothérapeutes du Québec et du Canada. La méthode boule-de-neige a aussi été utilisée lorsque chaque responsable de stage ou ergothérapeute rejoint a été invité à faire connaître le projet à d'autres participants potentiels. L'échantillonnage a été planifié pour s'assurer d'une large représentativité de pratique clinique par la variété des milieux cliniques ciblés ainsi que celle des années de pratique des participants afin d'atténuer les facteurs confondants.

La collecte de données a été effectuée sous la forme de groupes de discussions focalisées dans deux milieux cliniques différents. Une discussion de groupe focalisée convient particulièrement au devis de recherche descriptive en permettant de recueillir les pensées des participants face à un sujet précis mais aussi de comprendre le pourquoi de celles-ci (Ivanoff et Hultberg, 2006). Cette méthode a l'avantage de produire des données empiriques riches, originales et éclairantes afin de mieux comprendre les phénomènes humains ou sociaux (Baribeau et Germain, 2010). Le canevas de l'entrevue a aussi évolué au cours des rencontres grâce à l'analyse des données en continu (voir tableau 1).

Suite à la retranscription du verbatim de la rencontre, l'analyse des données d'entrevues a été réalisée par thématisation continue (Paillé et Mucchielli, 2012). Chaque verbatim a alors été relié à un thème (étape de codage) et catégorisé par la suite sous la forme d'un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2012). Le codage a été effectué manuellement par deux codeurs indépendants soit les deux auteurs principaux. Une association de plus de 80 % des résultats des deux codeurs a permis l'utilisation de l'ensemble des thèmes dérivés des verbatims (Tong, Sainsbury et Craig, 2007). Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

Tableau 1 : Canevas d'entrevue

Canevas d'entrevue
Pouvez-vous décrire un suivi avec un client souffrant aussi de toxicomanie (de la prise en charge à la fin du suivi) ?
Quels sont les éléments que vous abordez le plus souvent ?
Quelle forme d'intervention privilégiez-vous auprès de cette clientèle ? En groupe ou individuelle ? Et pourquoi.
Comment utilisez-vous l'activité dans vos évaluations et/ou interventions ?
Que visez-vous auprès de cette clientèle en termes d'objectifs ?
Qu'est-ce qui différencie le rôle de l'ergothérapeute des autres professionnels auprès de cette clientèle ?
Quelles sont vos recommandations pour les prochaines années au sujet des modèles et des interventions à privilégier auprès d'une clientèle en toxicomanie ?

RÉSULTATS

Les participants

Au total, onze ergothérapeutes ont accepté de participer à ce projet. Les participants avaient entre 1 et 30 ans d'expérience de travail auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale et d'un TLUS. Les ergothérapeutes étaient issus de quatre milieux cliniques différents : un centre hospitalier universitaire offrant un programme de soins intégrés (CU), un institut universitaire en santé mentale (IU), un centre hospitalier offrant des soins en santé mentale (CH) et un centre de réadaptation en dépendance (CR). Un CU allie la recherche à un continuum de soins allant des urgences psychiatrique et médicale, des lits d'hospitalisation en psychiatrie et toxicomanie jusqu'à un suivi à l'externe (suivi après désintoxication et/ou stabilisation d'un trouble de santé mentale). Un CU est un établissement public au Québec qui, dans un contexte hospitalier, a développé une expertise quant au sevrage sécuritaire de substances à l'interne sous supervision médicale. Un IU regroupe exclusivement des services spécialisés en santé mentale incluant des soins avec ou sans hébergement tout en favorisant la recherche et l'enseignement. Un CH offre, au sein d'un centre hospitalier général, un programme de soins et services en santé mentale au niveau de l'hospitalisation aussi bien que de la clinique externe incluant des suivis dans le milieu de vie des usagers. Un CR regroupe des soins spécialisés en dépendance pour les TLUS qui peuvent être offerts avec ou sans hébergement incluant parfois un volet pour la santé mentale.

La présentation des données

La compilation des données a permis d'observer une cohérence dans les propos recueillis des différents milieux cliniques, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les données ont permis de documenter les processus d'évaluation et d'intervention d'ergothérapeutes cliniciens du Québec auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité. Les éléments de ces processus sont synthétisés ici sous forme de tableaux (voir tableau 2 et 3). Les points de convergence dans le discours des différents milieux de soins y sont présentés par ordre d'importance. Les éléments reliés spécifiquement à la pratique auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité sont décrits dans le texte et juxtaposés à des citations des participants. En conclusion, une compilation des principales recommandations suggérées par les ergothérapeutes interviewés pour améliorer leur pratique clinique est proposée (voir tableau 4).

Le processus d'évaluation

Le processus d'évaluation décrit par les onze ergothérapeutes participants inclut les buts de l'évaluation, les activités et mises en situations privilégiées, les outils utilisés en activité et en entrevue ainsi que les modèles ergothérapiques proposés. Ceux-ci sont synthétisés dans le tableau 2.

Buts de l'évaluation

Un premier but cité par plusieurs ergothérapeutes est celui de créer une alliance thérapeutique par l'utilisation d'activités (voir tableau 2). Ce lien permet par la suite l'adhésion et la participation du patient au processus thérapeutique :

> « …Nous, ce qu'on vise, c'est le lien thérapeutique. Établir un lien significatif en une semaine, c'est notre seul objectif. Et lorsque le patient va rechuter, lorsqu'il va être à l'urgence, on aura un bon lien avec lui. Ça fait toute la différence du monde. (Activité de plein air) » – Participant 2

Plusieurs reconnaissent utiliser l'horaire occupationnel afin d'évaluer le profil de consommation de leurs patients. L'horaire occupationnel correspond ici à l'énumération des activités d'un individu sur un laps de temps défini, soit une journée ou une semaine (Christiansen, Baum et Bass-Haugen, 2005). Les ergothérapeutes apprécient cet outil qui permet au patient de visualiser concrètement le temps consacré à sa consommation et aux activités reliées, de prendre du recul, de faire une prise de conscience de l'ampleur du phénomène et pour certains d'enclencher un processus de changement.

L'importance de l'impact de la consommation sur le fonctionnement a été soulevée par plusieurs ergothérapeutes participants. Les ergothérapeutes rapportent des atteintes au niveau de la santé physique, mais également des troubles cognitifs concernant l'attention et la mémoire reliés à l'abus de substances, et ce, à différents degrés :

> « Une dame de 44 ans sera dirigée vers une unité spécifique de CHSLD (Centre hospitalier de soins longue durée). Elle n'est plus capable de trouver la toilette dans sa chambre, elle n'est plus capable de reconnaître le fauteuil ni de s'asseoir dessus. Elle n'est même plus en mesure d'avoir une conversation. » – Participant 4

Ils observent également l'importance de détecter la présence possible d'un délirium lors du sevrage qui peut alors fausser les résultats de l'évaluation fonctionnelle et surtout l'orientation suite à l'épisode de soins.

Modèles ergothérapiques utilisés

Le MOH (Kielhofner, 2008) ainsi que les outils qui y sont rattachés, demeure de loin le modèle privilégié auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité que ce soit dans le processus évaluatif ou d'intervention :

> « … c'est vraiment avec le MOH que je fais mon analyse. Je trouve qu'il est approprié puisqu'il intègre l'aspect de l'habituation, la place que prend la consommation dans les habitudes de vie et aussi la motivation. » – Participant 6

Tableau 2 : Processus d'évaluation des ergothérapeutes participants auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité

Processus d'évaluation	
Buts de l'évaluation	Créer un lien thérapeutique (alliance) Évaluer le niveau de fonctionnement de la personne Évaluer le profil de consommation Évaluer l'impact fonctionnel de la consommation Connaître les habiletés de la personne (physiques, cognitives, relationnelles et sociales) Cibler les priorités et les intérêts de la personne Aider à l'orientation suite à l'épisode de soins
Activités et mises en situation utilisées	Préparation d'un repas et visite à l'épicerie Activités dans la communauté (aller à la bibliothèque, à la buanderie ou à la banque, prendre le transport en commun, visiter un dépanneur) Activité de plein air (canot-camping en groupe) Visite à domicile Selon les intérêts : organiser un voyage Activités « maison » : monter un jeu de patience Ménage de la chambre (en hébergement)
Outils utilisés en activité	PRPP (*Perceive, Recall, Plan and Perform*) (Chapparo et Ranka, 2014) MOHOST (*Model of Human Occupation Screening Tool*) (Kielhofner, 2016) Collage (méthode projective) KELS (*Kohman Evaluation of Living Skills*) (résolution de problèmes) (Kohlman Thomson, 1992)
Outils utilisés en entrevue	Reliés au MOH : OPHI-II, OCAIRS (*Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale*), OSA (*Occupational Self Assessment*) (Kielhofner, 2016) Horaire occupationnel
Modèles ergothérapiques utilisés	MOH (*Modèle de l'occupation humaine de Kielhofner*) MCRO (*Modèle canadien de rendement occupationnel*) (Townsend et Polatajko, 2008) combiné à l'approche d'Anthony (Anthony, Cohen, Farkas et Gagne, 2002) et évaluations de Mueser (Mueser, 2003)

Le processus d'intervention

Le processus d'intervention synthétisé dans le tableau 3 décrit les buts visés par les ergothérapeutes participants lors du suivi, les outils et les activités utilisés ainsi que les modèles et approches privilégiés auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité.

Buts de l'intervention

La motivation au changement (voir tableau 3) est une cible essentielle du processus d'intervention auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité. Certains ergothérapeutes y observent des distinctions entre une clientèle présentant majoritairement un trouble de santé mentale ou plutôt avec un TLUS prépondérant :

> « … en santé mentale la motivation est souvent absente. Il est nécessaire "d'allumer le moteur" pour être capable de les amener vers un changement. Tandis qu'en toxicomanie, le désir de changer est déjà présent, mais ne dure pas

> longtemps. Je pense que c'est une grande différence entre les deux clientèles. » – Participant 11

Les ergothérapeutes participants rapportent également l'importance de la gestion des émotions de certains patients lors de l'arrêt de consommation. D'un côté, ils observent le besoin de gérer les émotions fortes reliées à la prise de conscience du risque de mourir si le patient continue de consommer ou encore aux pertes matérielles et sociales causées par leur TLUS. De l'autre, les ergothérapeutes reconnaissent l'importance pour la personne de réapprendre à identifier et à vivre les émotions de la vie quotidienne sans consommation. À cette fin, plusieurs ergothérapeutes apprécient utiliser l'activité qui sert alors de prétexte pour faire ressentir des émotions et du plaisir mais également pour s'observer et expérimenter un changement.

Certains rapportent demander à leurs patients d'identifier une activité plaisante et observer leur difficulté à y répondre. Les ergothérapeutes participants y reconnaissent le vide occupationnel et identitaire laissé par l'arrêt de consommation chez leurs patients. Le vide occupationnel, défini ici comme un manque d'occupations significatives, peut alors être meublé par des activités dites « de substitution », afin de combler le quotidien de la personne dont la consommation pouvait prendre une très grande majorité de son temps. Ces activités de substitution sont importantes, notamment dans les périodes incitant le plus à consommer. Aussi, la reprise d'activités peut alors permettre de renouer avec une autre identité du patient cette fois, sans la consommation :

> « …Quand je l'ai vu jouer au basketball, les deux bras m'en sont tombés. Il était partout en même temps, il courait, il avait du plaisir. C'était comme une autre personne. » – Participant 7

Toutefois, le vide ressenti par plusieurs à l'arrêt de la consommation fait ressortir des deuils occupationnels ainsi que relationnels qui entraînent alors une perte de sens. Le témoignage suivant le démontre bien :

> « … Le client est présent à ses rencontres. Il fait toutes les expertises, les tests qu'il doit faire. Il est même en recherche d'emploi. Mais il dit : "Ne me demandez pas si je suis heureux, parce que je vais vous dire que je ne suis pas heureux." Le sentiment de plaisir qu'il ressentait à consommer, c'était comme s'il donnait un sens à sa vie. C'était une façon pour lui d'exister, d'être en relation. Parce que, lorsqu'il ne consomme plus, il n'est plus en relation avec la bouteille ou la ligne, il n'est plus en relation avec les autres. » – Participant 5

Modèles et approches utilisés

Des interventions inspirées du modèle de l'entretien motivationnel sont abondamment utilisées dans la majorité des milieux des ergothérapeutes participants afin de favoriser l'adhésion au traitement et de créer un pont avec l'approche de réduction des méfaits en dépendance. Par exemple, du côté des milieux de soins en santé mentale, les ergothérapeutes participants observent l'échec des méthodes punitives (telles qu'un internement de sept jours en cas de consommation de substances) et protectionnistes auprès des consommateurs et encouragent plutôt l'autonomisation de ceux-ci :

> « …Parfois les gens réagissent : "Il faut les garder à l'unité, il ne faut pas les faire sortir." À un moment donné, non, il faut le faire sortir. Si on attend dans deux ans, on ne verra jamais comment on peut travailler cela. » – Participant 7

L'utilisation des méthodes projectives s'est aussi révélée particulièrement utile auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale et TLUS en permettant d'éviter les réponses conditionnées suite à plusieurs épisodes de soins :

> « … Ce qui est ressorti grâce à cela, c'est énorme. C'est beaucoup plus que ce qui était ressorti dans les groupes de discussion avant. Les participants se faisaient des plans beaucoup plus concrets en partant de quelque chose d'abstrait qui était le dessin… » – Participant 4

Tableau 3 : Processus d'intervention des ergothérapeutes participants auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité

Processus d'intervention	
Buts de l'intervention	Favoriser la motivation au changement Combler les besoins de base Encourager la reprise d'activités/rôles significatifs Viser l'autonomie de la personne (vivre en appartement, travailler) Identifier et s'engager dans des projets de vie à court et long terme Améliorer l'estime de soi, l'affirmation de soi et la gestion de l'anxiété Améliorer la gestion des émotions Prendre en compte la notion de plaisir (redéfinir et ré-apprivoiser) Favoriser un volet éducatif : santé mentale, médication et consommation Favoriser une prise de conscience sur la consommation Prévenir la rechute Retrouver une vie qui a un sens (vide occupationnel et identitaire)
Outils	Horaire occupationnel Liste d'intérêts PRPP Plan de crise (plan préétabli par le patient et ses proches prévoyant les mesures à prendre en cas de rechute en santé mentale)
Activités	Groupe de cuisine Atelier de tâches : dessin, peinture, décoration d'objets en bois, fabrication de bijoux, etc. Activités sportives (badminton, basketball...) Relaxation
Modèles et approches utilisés	MOH Entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2013) Réduction des méfaits (Landry et Lecavalier, 2003) Méthodes projectives Interventions neurosensorielles Groupe IPT (*Integraded Psychological Treatment*) (Roder, Müller, Brenner et Spaulding, 2011) Autres approches : mentalisation, pleine conscience (*mindfulness*), le modèle PEO (personne/environnement/occupation), certains outils de Terry Kruppa et l'approche de Yalom pour les interventions de groupe (Yalom et Leszcz, 2005)

Recommandations proposées par les ergothérapeutes consultés visant à améliorer leur pratique auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité

La consultation auprès des ergothérapeutes participants a permis de documenter leurs recommandations afin de bonifier leurs interventions auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité, d'améliorer leur pratique professionnelle, de favoriser leur contexte de pratique et de développer leur profession.

Améliorer leurs interventions auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité

Plusieurs ergothérapeutes participants souhaitent être en mesure d'offrir des activités plus significatives pour la clientèle, notamment dans le but de lui faire ressentir des émotions positives et du plaisir :

> « … Lorsqu'on parle d'activités de substitution, l'idée est d'aller chercher des activités plus stimulantes qu'un atelier de tâches. C'est ce qui nous fait penser que notre activité plein air va accrocher quelques consommateurs. » – Participant 9

Des ergothérapeutes reconnaissent également les bienfaits de l'activité physique et souhaitent pouvoir en proposer à leurs patients :

> « ... cela a été écrit dans une revue scientifique en Angleterre. La médication, pour des patients déprimés, cela donnerait le même résultat que 30 minutes de marche. C'est une activité la marche. Imaginez si on pouvait proposer la marche dans l'unité de désintoxication ? » - Participant 2

L'activité physique, telle la marche à l'extérieur des milieux cliniques, permet également d'exposer les clients à leur nouvelle réalité sans consommation :

> « La visite au dépanneur, c'est une activité. Entrer dans un dépanneur quand cela fait six jours que tu dis : "Oui, oui, ça va bien aller, je n'ai pas besoin de thérapie, j'ai arrêté de boire." Puis la personne entre dans un dépanneur et voit le frigo avec la bière. C'est tellement fort. Finalement, la personne dit : «"Ouf, je pense que je vais y aller en thérapie..." » - Participant 1

Un ergothérapeute souhaite encourager les programmes d'*outreach* afin de stimuler la motivation au changement des patients où qu'ils soient : là où ils vivent, là où ils passent du temps ou encore là où ils reçoivent des soins. Il faut parfois saisir l'occasion d'une hospitalisation aux soins intensifs, par exemple, pour rencontrer la personne, créer un lien et lui offrir des services même si celle-ci au premier abord ne souhaite pas de service ou n'en demande pas d'emblée :

> « Une famille demande de l'aide en toxicomanie pour leur père hospitalisé qui consomme énormément mais se fait répondre qu'on ne peut rien faire tant que la personne touchée ne demande pas elle-même de l'aide. On aurait pu au moins essayer de créer un lien avec la personne qui est sur son lit d'hôpital. Je pense qu'on aurait tout à gagner à aller chercher les gens où ils sont. » – Participant 11

Améliorer leur pratique professionnelle

Plusieurs ergothérapeutes participants expriment leur désir d'améliorer leur pratique auprès d'une clientèle en TLUS ou comorbide en recevant une formation plus poussée à ce sujet qui encouragerait les ergothérapeutes à intervenir simultanément sur les deux problématiques, mais aussi leur désir d'offrir de nouveaux services comme des groupes en TLUS.

Favoriser leur contexte de pratique

Du point de vue organisationnel, certains ergothérapeutes soulignent l'importance d'accueillir le patient à l'endroit où il demande de l'aide (*No wrong door policy (*Queensland Health, 2010*)*), que cela soit en santé mentale ou en TLUS. En effet, une clientèle présentant de la comorbidité peut demander de l'aide dans différents programmes de soins et nécessiter une approche holistique :

> « … Imaginez qu'une personne arrive dans notre équipe en clinique externe : le patient est toxicomane, déficient et il a des problèmes en psychiatrie. Il est mal pris. Parce qu'il va aller en déficience et ils vont lui dire : "Non, non, c'est de la psychiatrie." Il va se promener et il ne sera pas accepté nulle part. » – Participant 2

Développer leur profession

Enfin, la grande majorité des ergothérapeutes participants s'entendent sur la nécessité de faire valoir l'ergothérapie auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité à tous les paliers de soins :

> « … Dans une unité de désintoxication ou dans une unité en thérapie interne, je pense que le rôle de l'ergothérapeute serait beaucoup au niveau de l'évaluation des capacités lors du séjour des patients. Puisqu'ils sont là au quotidien, on peut les aider à préparer leur retour à domicile avec une aide au besoin. Au niveau de l'externe, je pense que, dans le programme de réinsertion, il pourrait vraiment avoir un ergothérapeute impliqué activement dans ce programme. Il travaillerait avec les éducateurs et pourrait développer des projets et des groupes de thérapie, soit des groupes par l'art ou des groupes d'activités plus sportives, telles les projets de plein air. » – Participant 11

Tableau 4 : Recommandations des ergothérapeutes participants afin d'améliorer leur pratique auprès d'une clientèle en troubles comorbides

Recommandations des ergothérapeutes participants	
Améliorer leurs interventions auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité	Offrir une gamme d'activités variées et significatives permettant à la clientèle de ressentir des émotions positives dont le plaisir Intégrer des activités physiques à l'offre de services en ergothérapie Exposer la clientèle à des situations quotidiennes à risque, c'est-à-dire reliées de quelconque façon à la consommation (ex : entrer dans une épicerie et les accompagner lors de cette exposition) Adopter des approches proactives dont l'*outreach* et les interventions dans le milieu de vie des personnes
Améliorer leur pratique professionnelle	Allouer des heures de formation continue aux ergothérapeutes sur tout ce qui entoure les TLUS et ses traitements
Favoriser leur contexte de pratique	Accueillir la clientèle à l'endroit où elle demande de l'aide *(No wrong door policy*) (Queensland Health, 2010) dans une vision de soins intégrés et une approche holistique Offrir du soutien clinique aux ergothérapeutes des équipes de traitements intégrés
Développer leur profession	Intégrer davantage d'ergothérapeutes dans les équipes spécialisées auprès d'une clientèle présentant des troubles comorbides

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude consistait à documenter les pratiques actuelles d'ergothérapeutes cliniciens au Québec auprès d'une clientèle présentant un trouble comorbide de santé mentale et TLUS, que ce soit dans les programmes de soins en santé mentale ou encore dans les programmes de soins intégrés. L'objectif secondaire était de documenter les recommandations d'amélioration de la pratique issues de l'expérience clinique des ergothérapeutes consultés. Le devis de recherche descriptive interprétative de ce projet a permis de recueillir les propos des ergothérapeutes participants afin de documenter les processus d'évaluation, d'interventions ainsi que les recommandations de ces cliniciens auprès d'une clientèle atteinte de comorbidité.

L'analyse des différentes perspectives des participants ainsi que des thèmes abordés a fait émerger trois constats. En premier lieu, les ergothérapeutes participants reconnaissent apprécier les modèles et approches spécifiques à leur profession auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité en santé mentale et TLUS. L'utilisation d'approches ergothérapiques met également de l'avant le rôle primordial de l'activité particulièrement adaptée à cette clientèle en offrant une perspective occupationnelle à la consommation. Finalement, la compréhension offerte par les participants sur la motivation au changement explique leur adhésion à une philosophie de réduction des méfaits et de soins intégrés.

Utilisation de modèles et d'outils spécifiques à l'ergothérapie

Premièrement, les ergothérapeutes participants ont reconnu apprécier des modèles ergothérapiques, utilisés en santé mentale, auprès de leur clientèle présentant de la comorbidité. Citons par exemple l'utilisation du MOH et de ses différents outils, où il est possible d'inclure les notions d'habituation et de motivation. L'utilisation privilégiée du MOH et de ses outils par les ergothérapeutes consultés peut s'expliquer par la place primordiale de la motivation (ou volition) dans ce modèle. À cette fin, le MOH de Kielhofner permet d'analyser la motivation selon la perception des capacités du patient (déterminants personnels), ses valeurs, ses convictions, son engagement personnel, ses aspirations ainsi que selon ce qui lui procure de la satisfaction et du plaisir (intérêts) (Kielhofner, 2008; Séguin, 2009). Toutefois, ni l'outil le plus spécifique à mesurer la motivation, le *Volition Questionnaire* (VQ) (Kielhofner, 2016), ni l'approche du Processus de Remotivation de Gloria Las Heras inspirée du MOH, n'ont émergé dans les résultats de cette étude. L'horaire occupationnel se révèle également utile pour travailler la prise de conscience de la place de consommation dans le quotidien du patient tout en lui permettant de créer une nouvelle routine.

L'activité : un outil adapté à une clientèle présentant de la comorbidité

Le besoin d'activités de substitution observé par les ergothérapeutes participants correspond aux résultats d'une récente recherche qui démontrent une diminution importante des activités (de la vie quotidienne, domestique, sociale et culturelle) d'un individu à l'arrêt de consommation chez les personnes atteintes d'un TLUS et d'un trouble comorbide (Hoxmark, Wynn et Wynn, 2012). De plus, la diminution de la perception du bien-être des participants à l'étude corrélée à la réduction de leurs activités (Hoxmark *et al.*, 2012) encourage la reprise d'activités qu'elles soient thérapeutiques ou non. En effet, l'outil privilégié des ergothérapeutes demeure l'activité. Les consultations révèlent que l'activité est un outil particulièrement adapté à une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale et TLUS. En effet, plusieurs avantages de l'utilisation de l'activité correspondent aux besoins particuliers d'une clientèle présentant de la comorbidité : l'activité, en fournissant un prétexte pour s'observer et expérimenter un changement en passant à l'action, permet de favoriser la motivation à ce changement ou à un autre par la suite. Aussi, l'activité peut également être un bon moyen de s'accomplir, par exemple en réalisant un objet dans les ateliers de tâches. De plus, la réalisation d'une activité plaisante ou significative (Aubin, Hachey et Mercier, 2002) pour la personne est une façon de s'occuper lors des épisodes de manque (*cravings*) mais également de ressentir du plaisir de façon saine et constructive.

La grande utilisation du *Perceive, Recall, Plan and Perform* (PRPP) (Chapparo et Ranka, 2014) par les ergothérapeutes consultés auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité est un résultat inédit de cette étude. Cet outil a été conçu afin d'observer la relation entre la cognition et la performance occupationnelle de la personne dans ses activités (Chapparo et Ranka, 2014). Une étude reconnaît que les personnes ayant un trouble comorbide sont plus affectées cognitivement que celles atteintes d'un TLUS ou d'un trouble de santé mentale seul (Manning *et al*., 2009). Les ergothérapeutes par-

ticipants reconnaissent apprécier la flexibilité de cet outil qui permet l'analyse d'une activité significative du patient et non une activité imposée, et ce, en milieu clinique ou réel. Cette flexibilité rejoint leur recommandation d'offrir des activités plus significatives à leurs patients afin qu'ils expérimentent des plaisirs sains. En effet, l'action, le plaisir et le renouveau sont des besoins essentiels à un bien-être occupationnel selon Doble et Santha (2008).

L'utilisation des méthodes projectives par les ergothérapeutes participants rejoint celles d'auteurs des années 1990 (Cassidy, 1988; Lindsay, 1983). Plus récemment, les ergothérapeutes mentionnent apprécier ces méthodes afin d'appuyer l'évaluation des patients en santé mentale ou en dépendance, de promouvoir la relation thérapeutique et de favoriser la communication et l'expression du soi (Lloyd et Papas, 1999; Matto, Corcoran et Fassler, 2003; Thompson et Blair, 1998). De nos jours, ces méthodes sont toujours appréciées des ergothérapeutes, mais certains manuels d'intervention en ergothérapie préfèrent utiliser le thème « d'activités créatives » qui inclut les méthodes projectives (Gunnarsson, Jansson et Eklund, 2006; Thompson et Blair, 1998; Walters *et al.*, 2014).

Une perspective occupationnelle de la consommation

Pour la première fois, la consommation est abordée comme une activité significative, comportant des objets de rituels et des routines qui occupent une grande place dans la vie de la personne. Les participants consultés ont amené une compréhension résolument occupationnelle de l'activité de consommation. Kiepek et Magalhaes (2011) ont démontré par une recension des écrits que l'activité de consommation (*addiction*) correspond aux critères de l'occupation identifiés dans le code d'éthique de l'Association canadienne des ergothérapeutes (Polatajko et Townsend, 2007) : « donnent du sens à la vie, sont des déterminants importants de la santé, du bien-être et de la justice, permettent d'organiser le comportement, se développent et changent au cours de la vie, sont façonnées par les environnements et ont un potentiel thérapeutique » (traduction libre, Kiepek et Magalhaes, 2011). Cette nouvelle perspective occupationnelle nous permet de voir la personne consommatrice non pas comme un malade, un taré ou un faible, mais plutôt comme un être occupationnel, cherchant à répondre à ses différents besoins, à ses aspirations et à ses désirs.

À ce jour, l'essentiel des interventions prônées par les guides de pratique à l'intention des ergothérapeutes sont tirées d'approches basées sur le traitement des symptômes et sont essentiellement constituées d'emprunts faits aux autres professions de la santé. Considérer la consommation comme une occupation permet aux ergothérapeutes de mobiliser leur expertise en analyse de l'activité et en évaluation du fonctionnement humain. Cela permet aussi d'établir l'apport spécifique de l'ergothérapeute, par son approche résolument occupationnelle, au traitement des troubles comorbides. Un récent livre du Dr Nikki Kiepek propose un guide du rôle des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des TLUS dans des contextes spécifiques de soins incluant les troubles comorbides et fait écho à la compréhension occupationnelle de la consommation des ergothérapeutes participants (Kiepek, 2016).

Soins intégrés et réduction des méfaits

Finalement, le discours des ergothérapeutes participants s'inscrit dans une philosophie de soins intégrés visant la réduction des méfaits. Plusieurs se sentent interpellés, notamment par les mesures protectionnistes en psychiatrie, et certains participent à des groupes de travail dans leurs milieux respectifs afin d'encourager une pratique plus centrée sur l'approche de réduction des méfaits. Certains ergothérapeutes d'un milieu en santé mentale ont même élaboré une trousse d'intervention de groupe pour traiter les troubles comorbides chez les adolescents et les jeunes adultes psychotiques.

La philosophie de soins de réduction des méfaits des ergothérapeutes participants est cohérente avec la vision prônée par les guides de pratique auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité (American Psychiatric Association (APA), 2010; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Mueser, 2003; Queensland Health, 2010). La réduction des méfaits consiste ici à accepter une personne dans un programme de soins même si celle-ci n'est pas prête à un arrêt immédiat complet d'utilisation de substances psychotropes. Cette philosophie de soins rejoint les valeurs de l'ergothérapie en favorisant le respect des demandes des patients ainsi que des interventions dans leur milieu naturel dans une approche centrée sur le patient.

L'approche de réduction des méfaits des ergothérapeutes participants rejoint leur recommandation d'accepter le patient où qu'il soit physiquement (*No wrong door policy* et activités d'*outreach*) ou encore dans son processus de changement afin d'encourager l'adhésion au traitement. L'importance d'intervenir sur la motivation au changement (reconnaissance du problème, adhésion au traitement et résistance au changement) observée par les participants est en effet largement reconnue dans les écrits scientifiques (Bellack, Bennett, Gearon, Brown, et Yang, 2006; Donald *et al*., 2005; Dubreucq *et al*., 2012; Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan et Cleary, 2013; Zuckoff et Daley, 2001). Toutefois, aucun de ces écrits ne différencie la motivation au changement selon une problématique principale en santé mentale ou TLUS, tel que proposée par un ergothérapeute participant. Malgré leur connaissance et leur maîtrise du modèle transthéorique des stades de changement de Prochaska et DiClemente (2005), abondamment recommandé par des auteurs ergothérapeutes auprès d'une clientèle en TLUS (Sells *et al.*, 2010; Stoffel et Moyers, 2005; Walters *et al.*, 2014; Wegner, 2005), aucun ergothérapeute participant n'a rapporté son utilisation lors de cette étude. De plus, ces programmes (*No wrong door policy* et activités d'*outreach*) font écho aux recommandations auprès d'une clientèle en TLUS par différents professionnels de la santé (el-Guebaly, 2012; Queensland Health, 2010). Certains écrits reconnaissent toutefois la difficulté d'implanter la réduction des méfaits dans des milieux de soins fermés (Landry et Lecavalier, 2003), tels que les unités de psychiatrie par exemple. Des participants proposent une façon de contourner cette difficulté en encourageant l'autonomisation du patient en favorisant des sorties ponctuelles lorsque c'est possible.

Force et limites

La diversité des profils des ergothérapeutes participants par la variété de leurs années d'expériences et de leurs milieux de pratique augmente la richesse des propos recueillis et permet d'amorcer la réflexion sur l'élaboration d'un modèle de pratique. Par contre, l'échantillonnage circonscrit à la pratique professionnelle des ergothérapeutes au Québec peut rendre ces résultats difficilement applicables dans d'autres contextes de pratique. Aussi, ce projet ne permet pas de questionner la qualité ni l'efficacité des pratiques recensées.

Retombées potentielles

L'identification des thèmes et des concepts communs des approches et des interventions privilégiées auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité permet de mieux connaître et idéalement de promouvoir davantage le rôle des ergothérapeutes dans ce domaine émergent afin qu'ils puissent intervenir de façon simultanée sur les problématiques de santé mentale et de TLUS mais afin surtout que cette clientèle puisse bénéficier d'une approche basée sur les occupations.

CONCLUSION

Cette étude est la première à recenser en français les modèles et les outils spécifiques à l'ergothérapie utilisés actuellement auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité. Cette étude offre des résultats inédits par rapport aux écrits scientifiques en ergothérapie. En effet, ces résultats permettent de constater que non seulement les ergothérapeutes participants favorisent et apprécient l'utilisation de modèles et d'outils spécifiques à leur discipline mais qu'ils s'inscrivent également dans une philosophie de soins intégrés visant la réduction des méfaits. De plus, la compréhension occupationnelle de l'activité de consommation amenée par les ergothérapeutes participants permet de considérer la personne présentant une comorbidité comme un être occupationnel cherchant à utiliser l'activité de consommation pour répondre à ses besoins, à ses aspirations et à ses désirs. Cette vision de la consommation permet à une clientèle atteinte de comorbidité de bénéficier d'une approche occupationnelle non seulement pour répondre à ses besoins, mais aussi pour profiter pleinement de l'expertise des ergothérapeutes dans l'analyse d'activité et du fonctionnement humain.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Acier, M.D., et Nadeau, L. (2005). Troubles mentaux et troubles liés à une substance psychoactive : Revue de la littérature anglophone. *Alcoologie et addictologie, 27*(4), 315-324.

Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., et Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2e éd.). Boston (MA): Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

American Psychiatric Association (APA) (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2e éd.). Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA).

Aubin, G., Hachey, R., et Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69*(4), 218-228. doi: 10.1177/000841740206900406

Baribeau, C., et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives, 29*(1), 28-49.

Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., et Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry, 63*(4), 426-432.

Bonder, B.R. (2010a). *Psychopathology and Function* (4e éd.). Thorofare (NJ): Slack Incorporated.

Bonder, B.R. (2010b). Substance-related disorders. Dans B.R. Bonder (dir.), *Psychopathology and Function* (4e éd., p. 103-124). Thorofare (NJ): Slack Incorporated.

Briand, C., Manidi, M.-J., et Panchaud Mingrone, I. (2005). Introduction. Dans M.-J. Manidi (dir.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (Vol. 43, p. p.21-42), Lausanne: Les cahiers de l'École d'études sociales et prédagogiques.

Brown, C., et Stoffel, V.C. (2010). *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. Philadelphie (PA): F.A. Davis.

Cara, E., et MacRae, A. (2005). *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice* (2e éd.). Florence (KY): Thomson Delmar Learning.

Cassidy, C.L. (1988). Occupational therapy intervention in the treatment of alcoholics. *Occupational Therapy in Mental Health, 8*(2), 17-26. doi: 10.1300/J004v08n02_02

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP 42)*. Rockville (MD): Department of Health and Human Services (DHHS) Publication.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). *Troubles concomitants : toxicomanie au Canada.* Ottawa (ON): Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Chapparo, C., et Ranka, J. (2014). The Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP) system of task analysis. Repéré à http://www.occupationalperformance.com/the-perceive-recall-plan-perform-prpp-system-of-task-analysis/

Christiansen, C.H., Baum, C.M., et Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare (NJ): Slack Incorporated.

Cloutier, R., Barabé, P., Potvin, S., et Noël, F. (2016). Toxicomanies et maladies mentales. Dans P. Lalonde, et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale* (4e éd.). Montréal : Éducation Chenelière.

Creek, J., et Lougher, L. (2014). *Occupational therapy and mental health* (5e éd.). Édimbourg: Churchill Livingstone/Elsevier.

Crouch, R.B. (2005). The recovering alcoholic and occupational therapy intervention. Dans R.B. Crouch et V.M. Alers (dir.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (4e éd., p. 519-536). London: Whurr Publishers Ltd.

Crouch, R.B. (2008). A community-based stress management programme for an impoverished population in South Africa. *Occupational Therapy International, 15*(2), 71-86.

Crouch, R.B., et Alers, V.M. (2005). *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (4e éd.). London: Whurr Publishers Ltd.

Doble, S.E., et Santha, J.C. (2008). Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 75*(3), 184-190.

Donald, M., Dower, J., et Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine, 60*(6), 1371-1383.

Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., . . . Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services, 52*(4), 469-476.

Drake, R.E., Mueser, K.T., Clark, R.E., et Wallach, M.A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(1), 42-51.

Dubreucq, S., Chanut, F., Jutras-Aswad, D., Lecomte, Y., St-Onge, B., Saucier, J.-F. et Farmer, O. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec, 37*(1), 31-46.

el-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine, 6*(1), 1-9.

Ferland, F., et Dutil, É. (2012). *Histoire de l'ergothérapie au Québec. Histoire d'une profession*. Montréal (QC) : Presses de l'Université de Montréal.

Fisher, A. G., et Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills* (7e éd.). Fort Collins (CO): Three Star Press.

Fridell, M., et Nilson, M. (2004). *La comorbidité – Consommation de drogue et troubles psychiatriques*. Office des publications officielles des Communautés européennes.

Gallagher, F., Corbière, M., et Larivière, N. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Coribère et N. Larivière (Dir), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 5-28). Québec (QC): Presses de l'Université du Québec.

Gunnarsson, A.B., Jansson, J.-Å., et Eklund, M. (2006). The tree theme method in psychosocial occupational therapy: a case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 13*(4), 229-240. doi : 10.1080/11038120600772908

Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd.). Paris : De Boeck supérieur.

Hoxmark, E., Wynn, T. N., et Wynn, R. (2012). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19*(1), 78-83.

Hunt, G.E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., et Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Library 2013*(10), 164. doi: 10.1002/14651858.CD001088

Ivanoff, S.D., et Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 13*(2), 125-132. doi: 10.1080/11038120600691082

Khazaal, Y., et Zullino, D. (2012). Dépendances aux substances et comorbidités psychiatriques : tendances actuelles. Repéré à http://reha-guide.ch/sites/default/files/document/file/04_medinfo0902_dependances.pdf

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation. Theory and application* (4e éd.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2016). Model of Human Occupation (MOHO) : Theory and application. MOHO Products. Repéré à http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx

Kiepek, D.N. (2016). *Licit, illicit, prescribed: substance use and occupational therapy*. Ottawa (ON): Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) Publications.

Kiepek, N., et Magalhaes, L. (2011). Addictions and impulse-control disorders as occupation: A selected literature review and synthesis. *Journal of Occupational Science, 18*(3), 254-276.

Klyczek, J.P., Bauer-Yox, N., et Fiedler, R.C. (1997). The interest checklist: A factor analysis. *American Journal of Occupational Therapy, 51*(10), 815-823.

Kohlman Thomson, L. (1992). *The Kohlman evaluation of living skills* (3e éd.). Rockville (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA).

Landry, M., et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société, 2*(1).

Lindsay, W.P. (1983). The role of the occupational therapist treatment of alcoholism. *American Journal of Occupational Therapy, 37*(1), 36-43. doi: 10.5014/ajot.37.1.36

Lloyd, C., et Papas, V. (1999). Art as therapy within occupational therapy in mental health settings: a review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy, 62*(1), 31-35. doi: 10.1177/030802269906200109

Malapert, É. (2009). Comorbidité de l'addiction. *Topique,107*(2), 9-15. doi: 10.3917/top.107.0009

Manning, V., Betteridge, S., Wanigaratne, S., Best, D., Strang, J., et Gossop, M. (2009). Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research, 114*(1-3), 98-104. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.05.020

Matsutsuyu, J.S. (1969). The interest check list. *American Journal of Occupational Therapy. 23*(4), 323-328.

Matto, H., Corcoran, J., et Fassler, A. (2003). Integrating solution-focused and art therapies for substance abuse treatment: guidelines for practice. *The Arts in Psychotherapy, 30*(5), 265-272. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2003.08.003

Miller, W.R., et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement* (2e éd.). Paris: InterEditions.

Mills, K.L., Deady, M., Teesson, M., Sannibale, C., Proudfoot, H., Burns, L., et Mattick, R. (2012). Guidelines on the management of co-occurring mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings: how useful are they? *Mental Health and Substance Use, 5*(2), 160-172.

Moyers, P.A. (2010). Co-Occuring Disorders. Dans C. Brown et V.C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation* (p. 211-224). Philadelphie (PA): F.A. Davis.

Mueser, K.T. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York (NY): Guilford Press.

Mueser, K.T., et Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health, 28*(3-4), 424-439. doi: 10.1080/19371918.2013.774676

Mueser, K.T., Noordsy, R.E., Drake, R.E., et Fox, L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec, 26*(2), 22-46. doi: 10.7202/014524ar

O'Neill, S., et Lapalme, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Gouvernement du Québec. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/modeles-de-dispensation-des-soins-et-services-aux-personnes-presentant-des-troubles-concomitants-d.html

OMS (Organisation mondiale de la santé) (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé) (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève. Repéré à http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf

OMS (Organisation mondiale de la santé). (2016). Faits et chiffres. Santé mentale : un état de bien-être. Repéré à http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/index1.html

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris: Armand Colin.

Perron, B.E., Bunger, A., Bender, K., Vaughn, M.G., et Howard, M.O. (2010). treatment guidelines for substance use disorders and serious mental illnesses: Do they address co-occurring disorders? *Substance Use & Misuse, 45*(7-8), 1262-1278. doi: 10.3109/10826080903442836

Peters, C. (2010). History of mental health: perspectives of consumers and practitioners. Dans C. Brown et V.C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation*. Philadelphie (PA): F.A. Davis.

Polatajko, H.J., et Townsend, E.A. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being et justice through occupation*. Ottawa (ON): Canadian Association of Occupational Therapists.

Prochaska, J.O., et DiClemente, C.C. (2005). The transtheoretical approach. Dans J.C. Norcross et M.R. Goldfried, *Handbook of psychotherapy integration* (2e éd., p. 147-171), New York (NY): Oxford University Press.

Queensland Health (2010). *Dual diagnosis clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*. Australie: State of Queensland. Repéré à http://dovetail.org.au/media/16123/dd_guidelines_2011.pdf

Rahioui, H., Vinurel, M., Louppe, F., et Benyamina, A. (2014). Les soins intégrés. Dans A. Benyamina (dir.), *Addictions et comorbidités* (p. 315-330). Paris: Dunod.

Roder, V., Müller, D. R., Brenner, H. D., et Spaulding, W. D. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients*. Cambridge (MA): Hogrefe Publishing.

Rotert, D. (1989). Occupational therapy in alcoholism. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa.), 4*(2), 327-337.

Rush, B., et Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 810-821.

Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., . . . Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 800-809.

Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods—Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health, 23*(4), 334-340.

Séguin, G. (2009). *Programme intégré pour personnes atteintes d'un trouble concomitant de psychose et toxicomanie : contribution des ergothérapeutes.* (Université de Montréal). Repéré à http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/PI_GiseleSeguin.pdf

Sells, C.H., Stoffel, V.C., et Plach, H. (2010). Substance-related disorders. Dans C. Brown et V. C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation* (p. 192-210). Philadelphie (PA): F.A. Davis.

Stensrud, M.K., et Lushbough, R.S. (1988). The implementation of an occupational therapy program in an alcohol and drug dependency treatment center. *Occupational Therapy in Mental Health, 8*(2), 1-15. doi: 10.1300/J004v08n02_01

Stoffel, V., et Moyers, P. (1997). *Occupational therapy practice guidelines for substance use disorders*. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA).

Stoffel, V. C. (2013). Opportunities for occupational therapy behavioral health: A call to action. *The American Journal of Occupational Therapy, 67*(2), 140-145. doi: 10.5014/ajot.2013.672001

Stoffel, V.C., et Moyers, P.A. (2004). An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *American Journal of Occupational Therapy, 58*(5), 570-586. doi: 10.5014/ajot.58.5.570

Stoffel, V.C., et Moyers, P.A. (2005). occupational therapy and substance use disorders. Dans E. Cara et A. MacRae (dir.), *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice* (p. 446-474), Australie et États-Unis: Thomson Delmar Learning.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2015). Substance Use Disorders. Repéré le 11 mai 2016 à http://www.samhsa.gov/disorders/substance-use

Thompson, M., et Blair, S.E.E. (1998). Creative arts in occupational therapy: ancient history or contemporary practise? *Occupational Therapy International, 5*(1), 48-64. doi: 10.1002/oti.67

Thorne, S., Kirkham, S.R., et O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods, 3*(1), 1-11. doi: 10.1177/160940690400300101

Tong, A., Sainsbury, P., et Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349-357.

Townsend, E., et Polatajko, H.J. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa (ON): Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

Walters, J. H., Sherwood, W., et Mason, H. (2014). Creative activities. Dans W. Bryant, J. Fieldhouse et K. Bannigan (Dir.), *Creek's occupational therapy and mental health* (5e éd., pp. 439-456), Édimbourg: Churchill Livingstone/Elsevier.

Wegner, L. (2005). Occupational therapy intervention for drug-related disorders. Dans R. B. Crouch et V. M. Alers (dir.), *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (p. 537-551). London: Whurr Publishers Ltd.

Yalom, I.D., et Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (5e éd.). New York (NY): Basic Books.

Zuckoff, A., et Daley, D.C. (2001). Engagement and adherence issues in treating persons with non-psychosis dual disorders. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 5*(1), 131-162.