



ERGOTHÉRAPIE ET SOINS PRIMAIRES : UNE VISION POUR L'AVENIR

Catherine Donnelly, Leanne Leclair, Carri Hand
Pamela Wener, Lori Letts
Association canadienne des ergothérapeutes

Avertissement : Le document suivant propose une vision pour la pratique de l'ergothérapie qui, à notre avis, représente l'approche la plus profitable pour les Canadiens et Canadiennes. Les tâches et les recommandations qui y figurent comprennent la possibilité que d'autres approches et pratiques soient aussi pertinentes et importantes. En plus des recommandations présentées ici, les ergothérapeutes doivent respecter la réglementation provinciale s'appliquant à l'exercice de leur profession, suivre leur jugement clinique et tenir compte d'autres facteurs, y compris les préférences du client ou de la cliente et la disponibilité des ressources.

Nous aimerions remercier les personnes suivantes, qui ont contribué à la réalisation de ce travail : Hal Loewen, Ashley Youssiem, Monica Kapac, Danielle Degagne, Anna Tjaden-McClement, Swanti Duet, Amanda Mofina, et Ashley Williams.

© 2022

Citer ce document : Donnelly, C., Leclair, L., Hand, C., Wener, P., Letts, L. & Association canadiennes des ergothérapeutes (2022). *Ergothérapie et soins primaires: une vision pour l'avenir.*

ERGOTHÉRAPIE ET SOINS PRIMAIRES : UNE VISION POUR L'AVENIR

INTRODUCTION

Au Canada, des transformations importantes sont survenues dans le domaine des soins primaires au cours des 20 dernières années. La population canadienne vieillit, et les problèmes de santé chroniques constituent désormais la principale cause d'incapacité et de décès (Agence de santé publique du Canada, 2017). Des modèles de soins primaires interprofessionnels ont été proposés partout au pays pour répondre à l'évolution de la démographie et offrir des soins plus complets et mieux coordonnés (Collège des médecins de famille du Canada, 2020; Hutchison et al., 2011). La vision des soins primaires au Canada à la base, est celle d'un centre de médecine de famille où les soins sont prodigués en équipe (Collège des médecins de famille du Canada, 2020). Les soins primaires sont le premier point de contact avec le système de santé, et sont définis comme « un élément au sein des soins de santé primaires [qui se concentre] sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies » (Santé Canada, 2012, par. 1). Les éléments fondamentaux des soins primaires reposent sur une approche **centrée sur le client** où les services sont offerts au **premier point de contact** lorsqu'un problème de santé survient; des soins **longitudinaux** ou prodigués dans la durée à un groupe défini de personnes; des **services complets**; et la **coordination des soins** lorsque des services sont requis ailleurs (Starfield, 1994). Comme il s'agit de la porte d'entrée du système de santé, l'accessibilité et l'équité en santé sont des aspects importants à prendre en considération (Glazier, 2007). Un système de soins primaires solide est considéré comme la pierre angulaire d'un système de santé hautement fonctionnel (Starfield et al., 2005). **Le présent document définit les caractéristiques clés de l'ergothérapie dans le domaine des soins primaires, décrit comment l'ergothérapie a été exercée dans ce contexte, et présente une vision pour l'avenir.**

À titre de prestataires de services de soins primaires, les ergothérapeutes travaillent au sein d'une équipe de soignants et s'efforcent de mettre en œuvre les principes fondamentaux des soins primaires. Leur but est d'offrir aux Canadiens et Canadiennes un accès direct à l'ergothérapie, d'offrir des services de manière longitudinale et, potentiellement, de servir une population de clients et de les suivre à toutes les étapes de leur vie. Comme il n'y a pas de processus distinct d'admission ou de congé, les personnes consultent lorsqu'il y a un changement réel ou potentiel dans leur aptitude à participer à leurs occupations. À titre de généralistes, les ergothérapeutes offrent des services complets à des personnes de tous âges, quel que soit leur diagnostic. Les ergothérapeutes facilitent également la coordination des services au sein de l'équipe et auprès des services communautaires. Le tableau 1 présente un aperçu des principales caractéristiques des soins primaires en lien avec l'ergothérapie.

Tableau 1*Principales caractéristiques des soins primaires appliquées à l'ergothérapie*

Caractéristiques	Application à l'ergothérapie en soins primaires
Premier contact	Les ergothérapeutes doivent travailler dans un établissement qui offre des services de première ligne (ex. : cabinet d'omnipraticien, centre de santé communautaire) ou avoir un tel établissement pour lieu d'affiliation principal.
Soins longitudinaux	Les ergothérapeutes offrent des services continus et à long terme. Même si les services peuvent être requis pour une courte durée seulement, les patients continuent de faire partie de la clientèle de l'établissement.
Soins complets	L'ergothérapeute offre un service particulier, mais l'ergothérapeute doit être en mesure d'offrir un service plus global et de réaliser des évaluations et des interventions auprès de tous les patients dans l'ensemble des champs de compétence de la discipline. Par exemple, il est possible d'offrir une clinique de prévention et de traitement des chutes, mais seulement dans le cadre d'un ensemble de services plus complets.
Soins coordonnés	Le service d'ergothérapie est une partie de l'offre de service coordonnée.

L'ergothérapie apporte une contribution importante aux soins primaires. De plus en plus de données confirment que son approche unique soutient les personnes présentant une incapacité ou un risque d'incapacité dans un environnement de soins primaires (Cassidy, Richards & Eakman, 2017; Connelly, Anderson, Colgan, Montgomery, Clarke & Kinsella, 2018; Cook & Howe, 2003; Garvey et al., 2015; Gustavsson, Norlander & Soderlund, 2018; Joahansson, Jonsson, Dahlberg & Patomella, 2018; Richardson et al., 2012; Richardson et al., 2010; Schepens et al., 2019). L'ergothérapie est souvent synonyme de réadaptation et d'aide au rétablissement après une blessure ou une maladie. Cependant, la discipline couvre un champ beaucoup plus large incluant la promotion de la santé, la prévention des maladies et des incapacités et le développement communautaire (Metzler et al., 2012). Tout cela coïncide bien avec l'approche des soins primaires.

La grande majorité de la population canadienne se tourne vers les services primaires lorsqu'ils ont besoin de soins de santé (Jaakkimainen et al., 2006). Alors que les équipes interprofessionnelles prennent de l'expansion dans le domaine des soins primaires, des possibilités continuent d'émerger, permettant aux ergothérapeutes de contribuer à la santé et au bien-être des personnes dans un tel contexte (Collège des médecins de famille du Canada, 2020). Des associations d'ergothérapeutes de partout dans le monde, y compris au Canada, aux États-Unis et en Europe, reconnaissent l'importance d'examiner le rôle de la profession dans le domaine des soins primaires dans des déclarations officielles et des directives cliniques publiées ou en cours d'élaboration. Le Canada est un chef de file en matière d'ergothérapie en contexte de soins primaires, alors que des ergothérapeutes travaillent selon un modèle de soins primaires offerts en équipe et que des chercheurs collectent des données probantes sur le terrain.

L'un des plus grands défis relatifs à l'intégration de l'ergothérapie dans les soins primaires est lié au fait que les ergothérapeutes ne comprennent pas toujours la nature et la philosophie des soins primaires. Le risque est alors de transférer les approches utilisées en contexte communautaire et institutionnel plutôt que d'accumuler des données et de proposer des modèles pouvant appuyer les ergothérapeutes dans l'élaboration de nouveaux modèles, rôles et pratiques pour la prestation

de services de soins primaires (Tse, 2003). Les soins primaires continuent d'être l'objet principal des transformations du système de santé tout en constituant le pilier des modèles de soins intégrés. Les ergothérapeutes ont la possibilité de jouer un rôle important dans ce domaine en pleine croissance. Cependant, il est crucial que les ergothérapeutes développent leur rôle sur la base de données probantes et d'une bonne compréhension du contexte de prestation de service.

ERGOTHÉRAPIE EN CONTEXTE DE SOINS PRIMAIRES : ÉTAT DE LA SITUATION ACTUELLE

Dans une étude de revue exploratoire, sur l'ergothérapie et les soins primaires, de nombreuses interventions ont été recensées, témoignant à la fois de l'ampleur et de la profondeur de la profession dans ce contexte (Donnelly et al., 2022). La liste ci-dessous résume les tâches des ergothérapeutes telles qu'elles sont conceptualisées ou appliquées dans le domaine des soins primaires

1. Auprès de tous les groupes d'âge, les ergothérapeutes travaillant en soins primaires :
 - a. Mettent un accent unique sur l'occupation
 - b. Soulignent la promotion de la santé et la prévention primaire et secondaire des maladies (ex. : autogestion).
 - c. Établissent des objectifs en collaboration avec des individus, des familles, et des communautés;
 - d. Dirigent les individus de tout âge vers les ressources, programmes et services communautaires;
 - e. Visent des résultats touchant les occupations de la personne, en mettant l'accent sur l'augmentation et l'optimisation de la participation et du rendement dans les activités de tous les jours.
2. Lorsqu'ils et elles travaillent auprès des **enfants et des jeunes**, les ergothérapeutes :
 - a. Effectuent du dépistage en matière de développement et évaluent les aptitudes physiques, affectives et cognitives;
 - b. Soutiennent l'interaction parent-enfant;
 - c. Facilitent la participation occupationnelle (ex. : jeu).
3. Lorsqu'ils et elles travaillent auprès des **adultes** et des **personnes âgées**, les ergothérapeutes :
 - a. Évaluent la capacité physique (ex. : fonction de la main, amplitude des mouvements force, sensation, position assise), la santé mentale (ex. : humeur, bien-être psychologique), les occupations ainsi que l'environnement physique et social;
 - b. Ont recours à des stratégies portant sur la personne pour favoriser le bien-être tant physique (ex. : activités, exercices, gestion de la fatigue) que mental (techniques cognitivo-comportementales, counselling, adaptation et aptitudes sociales);
 - c. Facilitent la gestion des maladies chroniques en recourant à des approches axées sur les occupations (occupation-focused) et les objectifs à atteindre;
4. Lorsqu'ils et elles travaillent auprès des **adultes**, les ergothérapeutes :
 - a. Évaluent l'activité physique et le bien-être, le mode de vie et les activités de tous les jours, la capacité de travail et les accommodements en milieu de travail;
 - b. Soutiennent les personnes qui sont au travail ou qui retournent au travail en recourant à l'ergonomie, à des mesures d'accommodement et à des habiletés et stratégies d'adaptation liées au travail;

- c. Réalisent des interventions liées au classement, à l'adaptation ou à la séquence des activités;
 - d. Proposent des stratégies d'adaptation en lien avec l'environnement physique et social;
 - e. Facilitent l'accès à des prestations et à des ressources financières.
 - f. Proposent des modifications liées au mode de vie ainsi que des activités de santé et bien-être;
 - g. Prescrivent des aides adaptées, des technologies d'assistance et de l'équipement pour la maison, le travail et la communauté;
 - h. Ont recours à une approche intégrée fondée sur des interventions touchant la personne, ses occupations et son environnement afin de l'aider à gérer la douleur chronique et le stress, de promouvoir la santé et de prévenir les maladies (ex. : autogestion).
5. Lorsqu'ils et elles travaillent auprès des personnes âgées, les ergothérapeutes :
- a. Évaluent les capacités cognitives et la perception, la mobilité et la conduite automobile;
 - b. Réalisent des évaluations de la sécurité du domicile et recommandent des adaptations du domicile afin de soutenir le vieillissement dans la communauté;
 - c. Offrent du soutien à la famille et aux soignants;
 - d. Fournissent de la formation sur les ressources communautaires;
 - e. Assurent la prévention des chutes par une approche intégrée intervenant sur les plans de la personne, de ses occupations et de son environnement.

Les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine des soins primaires couvrent tout l'éventail des pratiques en ergothérapie et offrent des services aux personnes à toutes les étapes de leur vie. Devereaux et Walker (1995) décrivent les ergothérapeutes en soins primaires comme des généralistes, un rôle qui est clairement défini dans la littérature (Donnelly et al., 2014; Donnelly et al., 2016). Compte tenu de l'étendue du champ des soins primaires, ce rôle de généraliste est attendu, ce qui suggère que dans un tel contexte, les ergothérapeutes peuvent travailler dans tous les aspects de leur domaine. Il a également été clairement démontré que les éléments des soins primaires décrits dans Starfield (1994) – offrir à toutes les étapes de la vie des soins de nature complète et touchant la personne, ses occupations et son environnement – orientent les pratiques des ergothérapeutes dans un tel contexte

RÉFLEXION SUR LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPIE DANS LES SOINS PRIMAIRES

La proximité aux soins primaires

En 2011, Letts a formulé trois questions que les membres de la profession devraient prendre en considération en cherchant à élargir leur rôle dans le domaine des soins primaires. La première question est la suivante : **Quel est le degré de proximité avec les occupations dans le rôle de l'ergothérapeute?** Letts suggère que les services ayant un lien de proximité étroit avec les occupations de la personne se concentrent de manière importante sur l'engagement occupationnel en tant que moyen ou fin des services d'ergothérapie. Elle conclut que le travail des ergothérapeutes dans le contexte des soins primaires a un lien de proximité étroit avec les occupations et qu'ainsi, le contexte des soins primaires est optimal pour le développement des pratiques en ergothérapie. La recherche démontre que l'occupation est au cœur de l'ergothérapie en contexte de soins primaires, dans une approche intégrée avec la personne et l'environnement. Les interventions communes adoptant cette approche holistique comprennent la gestion des maladies chroniques, l'autogestion, la promotion de la santé et la prévention des chutes.

L'un des arguments en faveur de l'intégration de l'ergothérapie en soins primaires est l'importance que celle-ci accorde aux occupations – l'aptitude à considérer la personne de manière holistique, à comprendre l'intersection de divers facteurs au niveau de l'individu, le fonctionnement quotidien et l'environnement. Les modèles interprofessionnels de soins primaires sont relativement nouveaux et ont été conçus spécialement pour répondre aux problèmes de plus en plus complexes associés au vieillissement de la population et à la croissance du nombre de personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Non seulement ces personnes recourent davantage au système de santé (Rosella et al., 2014), mais les répercussions du vieillissement et des maladies chroniques sur le fonctionnement quotidien sont reconnues, compte tenu de leurs effets sur l'état de santé (Richardson et al., 2012).

Il a déjà été dit que le fait d'assurer que les bons services sont offerts aux bonnes personnes au bon moment était la clé de la gestion des maladies chroniques dans un contexte de soins primaires. Wallace et Siedman (2006) décrivent trois groupes de clients en soins primaires, lesquels sont souvent représentés dans la pyramide des risques pour la santé de la population de Kaiser Permanente. Le premier groupe comprend les personnes qui ont peu d'interactions avec le système de santé et qui, avec un soutien adéquat, sont en mesure de gérer elles-mêmes leur santé. Ce premier groupe compterait pour environ les deux tiers des personnes recourant aux services de soins primaires, lesquelles tireraient davantage profit des approches d'autogestion. Le deuxième groupe compose environ 20 % de l'ensemble des cas et comprend des personnes qui ont une ou plusieurs maladies chroniques et risquent un déclin plus avancé. Le travail d'équipe ciblé et la gestion des maladies chroniques sont les approches les mieux adaptées à ce groupe intermédiaire. Le troisième groupe représente une petite proportion, soit environ 5 % de l'ensemble des cas. Il est formé de personnes qui ont de multiples maladies chroniques et des besoins complexes. Les personnes en situation de multimorbidité en font partie, et une approche de gestion de cas plus intensive leur est profitable. Il a été démontré que dans plusieurs provinces et territoires au Canada, les membres de ce petit groupe de clients en soins primaires sont les plus grands utilisateurs du système de santé, comptant pour la majorité, soit plus de 60 %, des coûts liés à la santé (Rais et al., 2013; Rosella et al., 2014; Wammes et al., 2018).

Pour les ergothérapeutes en soins primaires, il est important de comprendre les besoins des différentes populations et d'offrir des services appropriés à ces besoins. Cette bonne compréhension permettra d'optimiser leurs interventions, mais aussi de placer les occupations à l'avant-plan des services offerts. La promotion de la santé était l'une des interventions les plus fréquemment citées au sein de la littérature (excluant la recherche) consultée pour l'étude de portée (Donnelly et al., 2022). La promotion de la santé n'est pas tant une tâche parmi d'autres qu'une perspective. Wilcock (2006) affirme « qu'une approche de promotion de la santé axée sur les occupations (occupation-focused approach) permet aux personnes d'augmenter leur contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci grâce à la réalisation d'occupations » [traduction libre] (p. 313). Le vieillissement de la population a également favorisé la promotion de la santé et la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé.

Les tâches de l'ergothérapeute qui ressortent de l'étude de portée (Donnelly et al., 2022) peuvent être considérées selon un cadre de promotion de la santé. Wilcock et Hocking (2015) présentent quatre niveaux de promotion de la santé en ergothérapie, qui entrent bien dans la pyramide de Kaiser Permanente et aident à sélectionner les interventions les mieux adaptées aux différentes populations en soins primaires. Le niveau 1 s'adresse à la majorité de la population, ou l'étage inférieur de la

pyramide, et concerne la promotion de la santé et la prévention des blessures et des maladies. Les rôles qui y sont associés sont notamment le dépistage en matière de développement, l'évaluation du risque de chute et la prévention des chutes, la prévention des blessures, le dépistage auprès des conducteurs, la promotion des habitudes et des occupations saines.

Le niveau 2 s'adresse aux personnes qui éprouvent actuellement des problèmes de santé et qui pourraient tirer profit d'interventions visant à modifier certains de leurs comportements et à ralentir ou prévenir l'inaptitude et certaines maladies. Plusieurs des tâches définies dans cette étude concernent ce niveau, qui touche les personnes se trouvant au milieu de la pyramide. Il y est question de modification du mode de vie, de promotion de routines et d'habitudes saines et d'activités d'auto-gestion des maladies chroniques, comme la protection des articulations, l'économie d'énergie, les exercices à faire à domicile, le counselling, la gestion de la douleur et l'ergonomie.

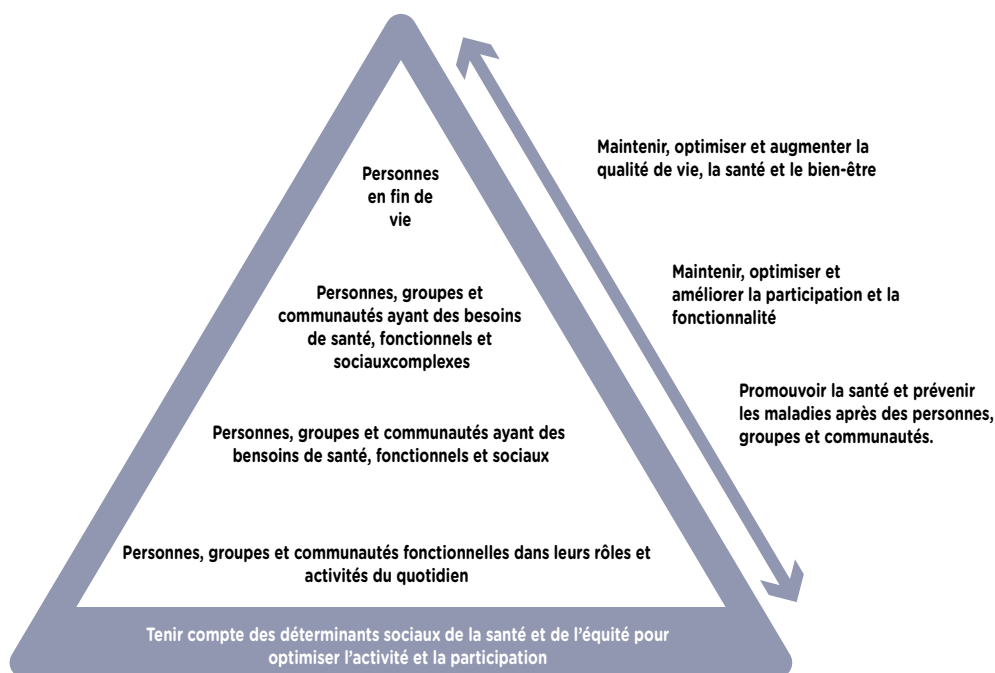
Le niveau 3 s'adresse aux personnes atteintes d'incapacités et de maladies chroniques qui veulent maintenir leur santé et leur bien-être et correspondent au sommet de la pyramide. Les ergothérapeutes travaillent très souvent avec cette population, et toute une gamme de tâches y sont associées, dont la prescription de technologies d'assistance, les modifications au domicile, la facilitation de l'accès à des ressources et à des prestations d'invalidité, les interventions relatives à la mobilité et au transport, la formation et le soutien auprès des soignants, la facilitation du retour au travail et le soutien à la participation occupationnelle des enfants

Le dernier niveau concerne la qualité de vie à l'étape des soins de fin de vie. S'il y a moins de tâches associées à ce niveau, il en ressort clairement que l'ergothérapeute a pour rôles d'offrir des soins de fin de vie et de soutenir les familles et les soignants.

La figure 1 montre comment les ergothérapeutes peuvent, dans une optique de promotion de la santé, soutenir divers segments de la population dans un contexte de soins primaires.

Figure 1

La promotion de la santé en contexte de soins primaires



Il ressort clairement des recherches publiées sur l'ergothérapie en soins primaires que l'activité joue un rôle central dans l'évaluation, l'intervention et les résultats. Le milieu des soins primaires étant presque exclusivement basé sur les médecins, le modèle biomédical y est de loin le cadre de pratique dominant. Avec la croissance des équipes de soins primaires, une conception plus large de la santé commence à être reconnue, et les ergothérapeutes sont en bonne position pour apporter une perspective unique axée sur les occupations. En outre, les systèmes de santé intégrés sont de plus en plus valorisés, et les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle clé dans une offre allant au-delà des services de santé traditionnels afin de favoriser la participation et le bien-être, notamment par l'inclusion des secteurs des services sociaux, de l'éducation et de la justice.

Les forces des données probantes

Letts (2011) formule une deuxième question en lien avec la profession : **Les données en faveur de l'ergothérapie sont-elles solides?** Il semble juste de dire que les données sont émergentes et prometteuses. Sur les 92 articles inclus dans une étude de portée récente (Donnelly et al., 2022), seule une poignée peut être considérée comme fournissant des données probantes solides. Les données les plus solides concernent les interventions auprès des adultes et des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et le soutien auprès des personnes âgées et de leurs soignants à domicile et dans leur communauté. Les premières publications soutenant le rôle de l'ergothérapie en soins primaires reposaient en bonne partie sur des données périphériques : des recherches réalisées auprès de populations pertinentes, mais n'ayant pas été menées directement dans un contexte de soins primaires. En fait, de nombreux articles récents non liés à des recherches qui plaident en faveur de l'ergothérapie dans les milieux de soins primaires se basent encore largement sur des données recueillies hors de ce contexte (ex. : Jordan, 2019; Occupational Therapy New Zealand

Whakaora Ngangahau Aotearoa, 2016). Les données peuvent être solides, basées sur des études menées dans les règles de l'art et transférables au domaine des soins primaires, particulièrement lorsqu'elles touchent les interventions qui ont typiquement lieu auprès des personnes qui se trouvent au sommet de la pyramide et constituent environ 5 % de la clientèle des services de soins primaires. Pour ces personnes, qui ont typiquement une incapacité et plus d'une maladie, les données sur l'efficacité des interventions en ergothérapie peuvent être transférables au contexte des soins primaires, puisque les interventions peuvent être très semblables, quel que soit le lieu de prestation des services. Cependant, il faut comprendre que le contexte des soins primaires est unique, et que ce qui peut être efficace dans d'autres contextes n'y fonctionnera pas forcément.

En considérant explicitement les éléments clés des soins primaires tels que définis par Starfield (1994), la recherche en ergothérapie est en mesure d'évaluer de manière plus consciente son applicabilité à ce milieu de pratique. Compte tenu de la diversité des services de soins de santé et des modèles de pratique à l'international, le manque de connaissances sur le contexte particulier dans lequel une étude donnée a été réalisée demeure un défi majeur dans l'évaluation des données à l'appui du rôle de l'ergothérapie en soins primaires. Nous croyons que le contexte est important, et il est nécessaire de prendre en considération le contexte de prestation du service de santé lors de l'évaluation de la littérature afin de déterminer quelles sont les données directement utiles et quels sont les domaines qui nécessitent plus de recherches. Au moment de se pencher sur la gamme d'interventions préventives, d'autogestion et de promotion de la santé pouvant être offertes aux personnes situées au bas et au milieu de la pyramide, il peut être important d'évaluer l'efficacité de l'intervention lorsqu'elle est réalisée par des ergothérapeutes dans un contexte de soins primaires. La nature longitudinale des soins primaires comme les contextes d'équipes interprofessionnelles peuvent avoir une influence sur l'efficacité de ces interventions de promotion de la santé et de prévention. En outre, dans les études sur les besoins des enfants et des jeunes à l'égard de services d'ergothérapie en contexte de soins primaires, peu d'attention a été accordée aux recherches qui pourraient apporter un éclairage sur le rôle des soins primaires ou sur l'obtention de données probantes dans le contexte particulier des soins primaires.

Un autre défi relatif à l'état actuel de la littérature sur l'ergothérapie en contexte de soins primaires est que celle-ci repose largement sur les opinions d'experts. Par conséquent, beaucoup des tâches associées à l'ergothérapie ne sont pas liées directement à des recherches, mais à des possibilités. De manière à nous établir fermement comme membres d'une équipe apportant une contribution importante, nous devons réaliser des recherches dans ce domaine et veiller à ce que nos recommandations soient liées directement aux données probantes recueillies. Les données probantes portant spécifiquement sur l'ergothérapie dans le contexte des soins primaires ont doublé au cours des cinq dernières années, ce qui démontre son expansion au Canada, aux États-Unis, en Europe et en Australie. L'ergothérapie en contexte de soins primaires constitue un champ de recherche prometteur. À l'avenir, les chercheurs devront décrire clairement le milieu de soins primaires et fournir des éléments de contexte sur les modèles ou services de soins de santé.

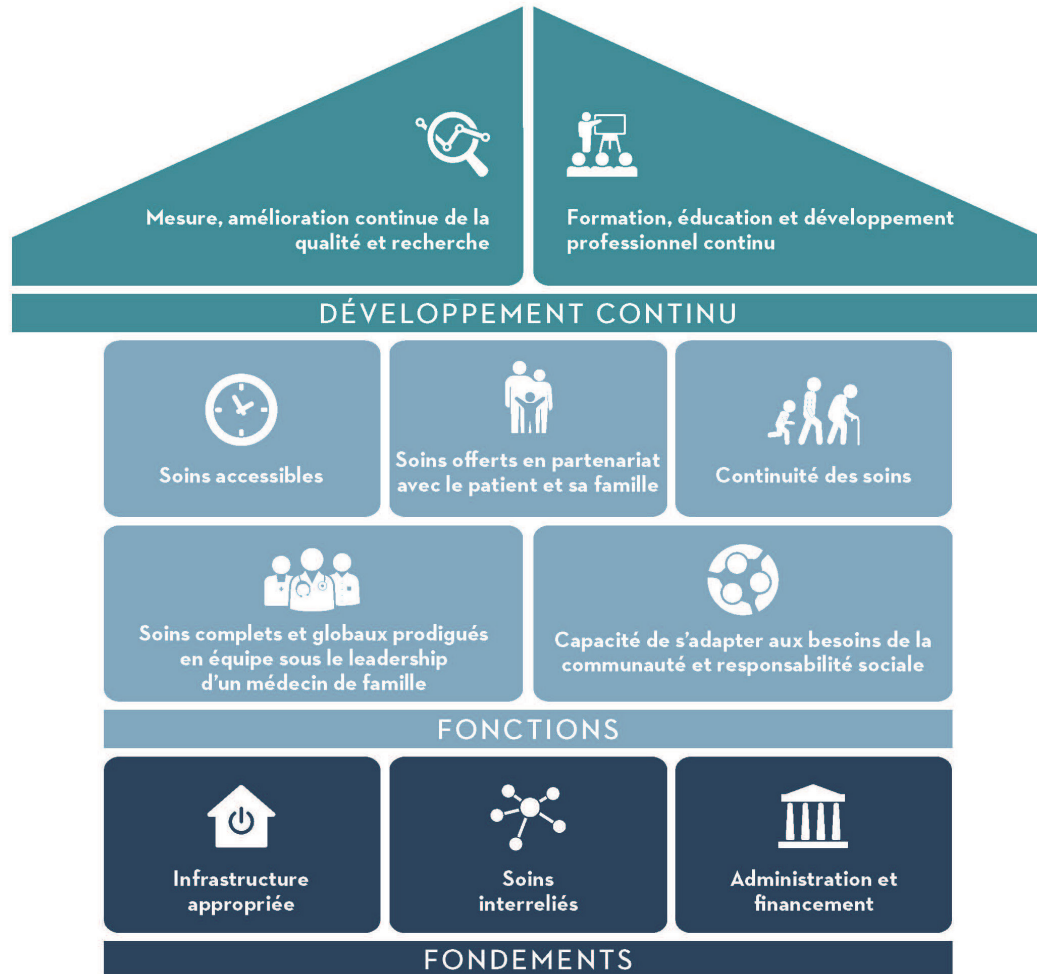
Le bon moment pour l'ergothérapie en contexte de soins primaires

La troisième et dernière question de Letts (2011) par rapport à la profession est la suivante : **Le moment est-il favorable au changement?** Dix ans se sont écoulés depuis la publication de l'article de Letts, et les soins primaires demeurent au sommet des priorités en matière de santé au Canada et ailleurs dans le monde. Avec le vieillissement de la population et la place toujours aussi importante qu'occupent les maladies chroniques dans le domaine des soins primaires, l'approche d'équipe

jouera un rôle clé. Le Collège des médecins de famille du Canada a clairement présenté sa vision d'un « centre de médecine de famille » dans lequel les soins primaires offerts en équipe constituent un élément fondamental (2020).

Figure 2

Une nouvelle vision: Le centre de médecine familiale



Imprimer avec permission: Le collège des médecins de famille du Canada. (2020).
 Une nouvelle vision: Le centre de médecine familiale. <https://patientsmedicalhome.ca/fr/>

Les réformes des systèmes de santé partout dans le monde ont considéré les soins primaires comme un moyen d'améliorer l'accès aux services et les résultats pour les clients et patients. Il existe à l'échelle mondiale des données probantes indiquant que des soins primaires solides sont les marqueurs d'un système de santé fort (Starfield et al., 2005), et les soins primaires ont été décrits comme le « point d'ancrage » du système de santé (Gouvernement de l'Ontario, 2012). En Ontario, sur une période de 24 heures, 137 000 visites ont été recensées en milieu de soins primaires (médecins de famille), et au cours de la même période, 3 000 personnes ont été admises à l'hôpital et 50 remplacements du genou ou de la hanche ont été effectués (Jaakkimainen et al., 2006). Au cours de sa vie, le résident moyen de l'Ontarienne passera 355 jours en soins primaires, 116 jours à l'urgence, et sera hospitalisé huit jours (Jaakkimainen et al., 2006). Les services de soins primaires sont ceux où la plupart des personnes interagissent avec le système de santé. Typiquement, les ergothérapeutes travaillent seulement dans des secteurs bien définis du système, là où la plus petite proportion de la population reçoit des services, mais des changements s'observent.

Les équipes de soins primaires prennent de l'expansion, et toutes les provinces ont adopté la vision d'un centre de médecine de famille, ce qui signifie qu'il y a du potentiel dans chacune d'elles. Il s'agit d'un moment crucial pour les ergothérapeutes, non seulement pour avoir une compréhension claire de notre rôle en contexte de soins primaires, mais aussi pour expliquer ce rôle aux décideurs et fournir des données probantes étayant l'apport positif que nous pouvons avoir pour la santé et le bien-être de la population canadienne.

Les ergothérapeutes peuvent apporter une contribution importante au système de soins primaires selon une approche étroitement liée aux occupations de la personne, avec des données prometteuses et un accent constant sur les soins primaires interprofessionnels suggérant que des efforts continus sont nécessaires afin d'assurer la solidification et l'expansion de l'ergothérapie dans les contextes de soins primaires partout au pays.

LA VISION POUR L'ERGOTHÉRAPIE EN CONTEXTE DE SOINS PRIMAIRES

Notre vision d'avenir en ce qui concerne le rôle de l'ergothérapie en contexte de soins primaires inclut ce qui suit :

1. Garantir l'accès à l'ergothérapie dans le cadre des soins primaires : Tous les Canadiens et Canadiennes auront accès à des services d'ergothérapie par l'entremise du système de soins primaires, de manière coordonnée avec les services d'ergothérapie offerts dans d'autres contextes afin de limiter la duplication des services tout en favorisant l'intégration des systèmes de santé et la continuité des soins.
2. Soutenir l'équité: Les ergothérapeutes dans les soins primaires favoriseront l'équité en matière de santé, bien-être et les opportunités occupationnelles et aider tous les groupes à atteindre leur plein potentiel de santé.
3. L'intégralité de la pratique : Les ergothérapeutes en contexte de soins primaires seront des généralistes pour soutenir la participation des individus, des familles et des communautés.
4. L'élaboration des preuves : Des recherches se pencheront sur l'efficacité des services d'ergothérapie offerts en contexte de soins primaires, ciblant les trois niveaux de la pyramide des profils de risque (Wallace & Siedman, 2006). Tandis que la recherche devrait être effectuée à tous les étapes de la vie une attention particulière devra être accordée au rôle et à l'efficacité des services d'ergothérapie pour ce qui est de faciliter les occupations des enfants, des jeunes et de leur famille en contexte de soins primaires.
5. Plaidoyer pour l'ergothérapie dans les soins primaires : Les équipes interprofessionnelles sont au cœur des centres de médecine de famille, qui constituent la base d'un système de soins de santé intégré. Les ergothérapeutes et leurs associations insisteront sur la contribution unique de l'ergothérapie dans les équipes de soins primaires ainsi que leur rôle dans le soutien d'un système de santé intégré.
6. La formation des étudiants en ergothérapie : Les possibilités pour les ergothérapeutes de travailler dans le domaine des soins primaires vont continuer à se développer. Les programmes d'études en ergothérapie prépareront les étudiants et étudiantes à exercer la profession à titre de généralistes en milieu de soins primaires avec une connaissance des éléments uniques de ce cadre de pratique.
7. Formation des ergothérapeutes : Les preuves propres à l'ergothérapie en soins primaires continuent de s'étendre. La formation continue portant spécifiquement sur les milieux de soins primaires garantira que les preuves actuelles soient diffusées et qu'elles soutiennent le travail des ergothérapeutes dans ce contexte. Les ergothérapeutes travailleront avec les individus, les familles, et les communautés.

REFERENCES

- Cassidy, T. B., Richards, L. G., & Eakman, A. M. (2017). Feasibility of a Lifestyle Redesign®-inspired intervention for well older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7104190050. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024430>
- College of Family Physicians of Canada. (2020). A new vision for practice: The Patient's Medical Home. <https://patientsmedicalhome.ca/>
- Connelly, D., Anderson, M., Colgan, M., Montgomery, J., Clarke, J., & Kinsella, M. (2018). The impact of primary care stress management and wellbeing program (REVIEW) on occupational participation: A pilot study. *BJOT*, 1-10
- Cook, S., & Howe, A. (2003). Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 236-246. <https://doi.org/10.1177/030802260306600602>
- Donnelly, C., Leclair, L., Hand C., Wener, P., & Letts, L. (2022). Occupational therapy in primary care: A scoping review [In press]. *Primary Health Care Research and Development*
- Donnelly, C. A., Brenchley, C. L., Crawford, C. N., & Letts, L. J. (2014). The emerging role of occupational therapy in primary care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81, 51-61. <https://doi.org/10.1177/0008417414520683>
- Donnelly, C. A., Leclair, L. L., Wener, P. F., Hand, C. L., & Letts, L. J. (2016). Occupational therapy in primary care: Results from a national survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(3), 135-142. <https://doi.org/10.1177/0008417416637186>
- 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, 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0267-0>
- Glazier, R. H. (2007). Balancing equity issues in health systems: Perspectives of primary healthcare. *Healthcare Papers*, 8(Sp), 35-45. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2007.19218>
- Gustavsson, C., Nordlander, J., & Söderlund, A. (2018). Activity and life-role targeting rehabilitation for persistent pain: feasibility of an intervention in primary healthcare, *European Journal of Physiotherapy*, 20:3, 141-151, DOI: 10.1080/21679169.2018.1426784
- Health Canada. (2012, August 23). About primary health care. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/about-primary-health-care.html>
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89, 256-288. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>
- Jaakkimainen, L., Upshur, R., Klein-Geltink, J. E., Leong, A., Maaten, S., Schultz, S. E., Wang, L. (Eds). (2006). Primary care in Ontario: ICES Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences. <https://www.ices.on.ca/-/media/Files/Atlases-Reports/2006/Primary-care-in-Ontario/Full-report.ashx>

Johansson, E., Jonsson, J., Dahlberg, R., & Patomella, A.H. (2018). The efficacy of a multifactoral falls prevention programme, implemented in primary health care. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(8) 474-481

Jordan, K. (2019). Occupational therapy in primary care: Positioned and prepared to be a vital part of the team. *American Journal of Occupational Therapy*, 73, 7305170010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.735002>

Letts, L. (2011). Optimal positioning of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 209-219. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.4.2>

Occupational Therapy New Zealand Whakaora Ngangahau Aotearoa (OTNZ-WNA). (2016). Occupational therapy and primary health care position statement (Version 2). <https://www.otnz.co.nz/download/27/position-statements/721/occupational-therapy-and-primary-health-care-position-statement.pdf>

Ontario Government. (2012). Ontario's action plan for health care. http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf

Public Health Agency of Canada (2017). How healthy are Canadians? A trend analysis of the health of Canadians from a healthy living and chronic disease perspective. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/how-healthy-canadians.html>

Rais, S., Nazerian, A., Ardal, S., Chechulin, Y., Bains, N., & Malikov, K. (2013). High-cost users of Ontario's healthcare services. *Healthcare Policy*, 9(1), 44-51. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.23478>

Richardson, J., Letts, L., Chan, D., Officer, A., Wojkowski, S., Oliver, D., ... & Kinzie, S. (2012). Monitoring physical functioning as the sixth vital sign: Evaluating patient and practice engagement in chronic illness care in a primary care setting—A quasi-experimental design. *BMC Family Practice*, 13, 29. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-29>

Richardson, J., Letts, L., Chan, D., Stratford, P., Hand, C., Price, D., Hilts, L., Coman, L., Edwards, M., Baptiste, S., & Law, M. (2010). Rehabilitation in a primary care setting for persons with chronic illness—a randomized controlled trial. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 382-395. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000113>

Rosella, L. C., Fitzpatrick, T., Wodchis, W. P., Calzavara, A., Manson, H., & Goel, V. (2014). High-cost health care users in Ontario, Canada: Demographic, socio-economic, and health status characteristics. *BMC Health Services Research*, 14, 532. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0532-2>

Schepens Niemiec, S., Blanchard, J., Vigen, C., Martinez, J., Guzman, L., Concha, A., Fluke, M., & Carlson, M. (2019). A pilot study of the Vivir Mi Vida lifestyle intervention for Rural Dwelling Late Midlife Latinos: Study Design and Protocol *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*, 39(1), 5-13

Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344, 1129-1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83, 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Tse, S., Penman, M., & Simms, G. (2003). Literature review: Primary care and occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 50, 17-23.

Wallace, P., & Seidman, J. (2007). Improving population health and chronic disease management. In J. Dorland & M. A. McColl (Eds.), *Emerging approaches to chronic disease management in primary health care* (1st ed., pp. 15-20). Queen's Policy Studies.

Wammes, J. J. G., van der Wees, P. J., Tanke, M. A., Westert, G. P., & Jeurissen, P. P. (2018). Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ open*, 8(9), e023113.

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health*. SLACK Inc.

Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health*. (3rd ed.) SLACK Inc.