



**ÉTUDE MIXTE DÉCRIVANT LE PORTRAIT DE LA PRATIQUE
D'ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS AUPRÈS DES PERSONNES
PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET
PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE**

Julie Lahaie¹, Martine Brousseau²

¹ Ergothérapeute, M.Sc., Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Chargée de cours

² Ergothérapeute, Ph.D., Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Professeure titulaire

Adresse de contact : julie.lahaie@uqtr.ca

Reçu le 14.06.2022 – Accepté le 22.12.2022

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.v9n1.228

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

But : La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence [SCPD] implique plusieurs professionnels, dont les ergothérapeutes. La pratique des ergothérapeutes québécois auprès des personnes âgées présentant des SCPD est, à ce jour, peu connue. L'objectif de cet article est de décrire la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD dans les divers milieux de pratique. **Méthodologie :** Une recherche descriptive impliquant un devis mixte simultané avec triangulation comprenant un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées a été réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois. **Résultats :** Les ergothérapeutes accordent une grande place à l'évaluation en ayant recours à des observations ou des mises en situation. Les interventions les plus fréquemment utilisées touchent les modifications de l'environnement. **Conclusion :** Les résultats de l'étude fournissent des pistes de réflexion utiles pour guider la pratique future des ergothérapeutes.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Portrait de la pratique, Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

MIXED-METHOD STUDY DESCRIBING THE PRACTICE OF QUEBEC OCCUPATIONAL THERAPISTS WITH PEOPLE PRESENTING BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

ABSTRACT

Aim: The management of behavioural and psychological symptoms related to dementia [BPSD] involves several professionals, including occupational therapists. To date, the practice of occupational therapists in Quebec with elderly people with BPSD is poorly documented. The purpose of this article is to draw a portrait of the practice of occupational therapists in Quebec with people with BPSD. **Methodology:** A descriptive research with simultaneous mixed-mode design with triangulation, including an online questionnaire and semi-structured interviews, was conducted with Quebec occupational therapists. **Results:** Occupational therapists report that they place a great deal of emphasis on the assessment of abilities through observation. The most frequently used interventions involve environmental modification. **Conclusion:** Study findings provide useful insights for guiding practice of occupational therapists.

KEYWORDS

Behavioural and psychological symptoms related to dementia, Occupational therapy, Portrait of the practice

INTRODUCTION

La démence, nouvellement dénommée trouble neurocognitif, représente un phénomène important touchant environ 35,6 millions d'individus dans le monde (Alzheimer's Disease International, 2009). Il est caractérisé par des atteintes sur le plan cognitif, par exemple une altération de la mémoire ou encore du langage. Le trouble neurocognitif est accompagné de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) chez 40 à 60 % des personnes atteintes (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2012). Ces symptômes sont définis comme les « symptômes de la perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs » (adapté de Finkell et Burns, 1999, dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017, p. xii). Ils prennent diverses formes : fugue, errance, agressivité, résistance lors des soins, cris, agitation, etc. (Voyer, 2021).

Les SCPD entraînent de nombreuses conséquences pour la personne elle-même, pour son entourage ainsi que pour le personnel soignant. Les principales conséquences répertoriées pour la personne concernée résident dans le rejet de l'entourage, la stigmatisation, la contrainte induite par l'utilisation de mesures de contrôle physique et chimique, la perte d'autonomie, la peur ou l'anxiété. D'autre part, la qualité de vie de l'entourage risque d'être affectée par la charge de travail. L'entourage risque également d'éprouver la crainte d'être atteint des mêmes symptômes dans le futur et de ressentir un sentiment de culpabilité ou de honte. Aussi, les intervenants peuvent vivre de l'épuisement ou encore un sentiment d'échec, voire d'incompétence, tellement la gestion des SCPD est exigeante (MSSS, 2012; Voyer, 2021). Selon Fraker *et al.* (2014), l'ergothérapeute est un professionnel de plus en plus sollicité dans l'équipe interdisciplinaire pour gérer les SCPD, sans mentionner le contexte professionnel. Sa contribution à la gestion des SCPD consiste à expliciter la relation entre la personne atteinte, l'environnement et l'occupation afin d'identifier ce qui est requis pour qu'elle participe à des occupations. L'ergothérapeute analyse les situations pour ajuster les exigences de la tâche et/ou des activités inhérentes aux occupations et les capacités du client dans un environnement donné pour ainsi réduire les SCPD. Toutefois, il est important d'identifier le niveau réel d'implication des ergothérapeutes québécois lorsque les SCPD se présentent. Cette étude de la réalité se fait à l'aide d'un portrait de la pratique. Les études dressant le portrait de la pratique professionnelle sont pertinentes, car elles permettent d'identifier les bases de l'exercice de la profession et d'assurer la qualité des services (Poitras *et al.*, 2016). Les portraits permettent de suivre l'évolution des pratiques et guident le développement de formations sur les lacunes identifiées. Le but de cet article est de divulguer les résultats d'une étude empirique décrivant le portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès de personnes atteintes de SCPD, quel que soit le contexte professionnel.

Recension des écrits

Le portrait de la pratique d'ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de démence a été dressé par Bennet *et al.* (2011), McGrath et O'Callaghan (2014) et Rahja *et al.* (2018). Bennet *et al.* (2011), dans une étude descriptive (n = 134) menée en Australie, ont décrit la pratique en termes de motifs de référence, ainsi que de types d'évaluation et d'intervention. Le principal motif de référence concernait la modification de l'environnement, l'évaluation du domicile et de la sécurité (29,1 %). Le deuxième motif de référence était l'évaluation des activités quotidiennes (16,4 %). Les évaluations cognitives étant les plus fréquentes (ex. : *Mini-Mental State Examination*) (55,7 %), les évaluations fonctionnelles (soit la capacité de la personne à réaliser une occupation en tenant compte de l'environnement) étaient réalisées par 34,7 % des ergothérapeutes. Pour finir, les interventions concernaient principalement la modification de l'environnement (69,4 %), la recommandation d'aides techniques (66,4 %), ainsi que l'éducation sur la démence (50,8 %).

McGrath et O'Callaghan (2014) ont constaté, dans une étude descriptive, que la pratique de 47 ergothérapeutes irlandais mettait peu l'accent sur l'évaluation fonctionnelle. Les outils utilisés étaient de type « évaluation cognitive » pour 54,6 %, alors que 24 % des outils relevaient de l'évaluation fonctionnelle. Aussi, 64,7 % des ergothérapeutes n'utilisaient pas d'outil standardisé lors de l'évaluation fonctionnelle. Les interventions les plus courantes portaient sur les modifications de l'environnement (74,4 %), la recommandation d'aides techniques (70,2 %) et l'enseignement de stratégies compensatoires (51 %).

Rahja *et al.* (2018) ont réalisé des audits sur 87 notes de dossiers en ergothérapie portant sur des évaluations et des interventions auprès de personnes atteintes de démence ou ayant un diagnostic de démence probable. Cette étude révélait que les ergothérapeutes réalisaient en moyenne 2,1 rencontres en personne par recommandation, jumelées à 3 ou 4 contacts téléphoniques. Les auteurs de l'étude ont également, indiqué que les interventions les plus souvent réalisées par les ergothérapeutes étaient la recommandation à un autre service (59,8 %), la modification de l'environnement (55,5 %) et la recommandation d'aides techniques (54 %). Toutefois, ces études omettent d'inclure les particularités reliées aux SCPD.

Au Québec, sans aborder spécifiquement les pratiques auprès de personnes atteintes de démence et présentant des SCPD, Gobeil *et al.* (2019) ont dressé un portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes. Parmi leur échantillon de 793 ergothérapeutes ayant répondu à un sondage en ligne, 41,5 % pratiquaient auprès d'aînés. Parmi ceux-ci, 39,4 % ont indiqué avoir recours aux mises en situation ou aux observations. D'autre part, les outils d'évaluation maison étaient utilisés dans une proportion de 26,5 %. Les ergothérapeutes œuvrant auprès des aînés disaient également utiliser des outils de dépistage des fonctions cognitives (ex. : *Mini-Mental State Examination*, *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, Protocole d'examen cognitif de la personne âgée-2r). L'environnement était plus fréquemment évalué chez la clientèle âgée que chez la clientèle constituée d'enfants et d'adultes.

Par ailleurs, Graff *et al.* (2013) ont proposé un programme pour les ergothérapeutes visant à accompagner les personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants (programme COTID) en incluant quelques éléments reliés aux problèmes comportementaux. Toutefois, Van't Leven *et al.* (2012), en identifiant les facilitateurs et les barrières à l'implantation de ce programme, n'ont pas dressé le portrait de la pratique d'ergothérapeutes européens auprès des personnes présentant des SCPD. Ce programme n'est pas implanté au Québec actuellement. La pratique des ergothérapeutes œuvrant auprès des personnes présentant des SCPD s'inscrit en effet dans un contexte de directives ministérielles récentes (MSSS, 2014) et de recommandations par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2017). Il est proposé par ces directives de privilégier les interventions non pharmacologiques pour gérer les SCPD. Ces interventions peuvent prendre plusieurs formes : activités structurées, activités physiques, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles, modifications environnementales (voir tableau 1). La parution de ces documents de référence demeure relativement récente et la mise en application de leur contenu est donc peu étudiée à ce jour. Il y a lieu de se demander si la pratique actuelle des ergothérapeutes intègre ces interventions.

Tableau 1 : Catégories d'interventions non pharmacologiques

Catégories	Exemples de moyens
Activités physiques	Marche, danse, séances d'exercices.
Activités structurées	Artisanat, horticulture et arrangement floral, thérapie par l'art, thérapie occupationnelle présentant un intérêt pour la personne (pliage de serviettes, timbrage d'enveloppes, etc.), thérapie biographique ou de réminiscence, manipulation d'objets, stimulation cognitive : orientation à la réalité ; stimulation de la mémoire.
Contacts sociaux	Contacts humains « un à un », zoothérapie, contact social simulé (photos de famille, vidéos, enregistrements sonores).
Interventions comportementales	Renforcement différentiel (comportements désirables récompensés), approche confort-stimulation-distraktion.
Interventions sensorielles	Musicothérapie, aromathérapie, massage et toucher thérapeutique, massage des mains, intervention dans une salle Snoezelen (thérapie multisensorielle), luminothérapie.
Modifications de l'environnement	Mise en place de conditions simulant la nature, accès à un jardin extérieur, aménagement comparable à celui de la maison, aménagement de repères spatiaux, installation de barrières visuelles.

Tiré de MSSS, 2014

En somme, les études décrivant la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant une démence, sans s'attarder aux particularités des SCPD, ont recensé essentiellement les motifs de référence, les évaluations et les interventions (Bennet et al., 2011; McGrath et O'Callaghan, 2014; Rahja et al. 2018) tandis que celles décrivant la pratique des ergothérapeutes au Québec (Gobeil et al, 2019) ont répertorié uniquement les évaluations. Or, le processus ergothérapique inclut aussi d'autres éléments, par exemple établir les balises, choisir le modèle, définir la raison d'évaluation, réaliser le suivi, comme le propose Polatajko *et al.* (2013), pour que ce processus soit plus complet.

Objectif de la recherche

L'objectif de la présente étude était de dresser un portrait de la pratique des ergothérapeutes au Québec auprès des personnes présentant des SCPD quel que soit le contexte de pratique.

MÉTHODES

Cadre de référence

Le processus ergothérapique correspond à la démarche clinique que fait tout ergothérapeute à partir du moment où une demande de services pour une personne en particulier est reçue. Le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) inclus dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie (Polatajko *et al.*, 2013) est d'actualité et témoigne d'une pratique de qualité. Les éléments marquants du processus ergothérapique sont les suivants : 1) initier et établir le contact (définir la raison de l'évaluation); 2) établir les balises (définir les paramètres théoriques tels que le choix du modèle et des schèmes); 3) évaluer et analyser; 4) convenir des objectifs et du plan; 5) mettre en œuvre un plan; 6) faire le suivi; 7) évaluer le résultat; 8) conclure et mettre fin à l'intervention.

Devis

L'étude s'appuie sur un devis mixte simultané avec triangulation (Briand et Larièvre, 2014), où l'expérience des ergothérapeutes concernant leurs interventions relatives aux problématiques des SCPD est étudiée. Le devis se justifie par la nature exploratoire de l'étude, étant donné l'état peu développé des connaissances sur le sujet, et convient pour une étude des pratiques selon Poitras *et al.* (2016). Ces derniers, dans un examen de la portée (*scoping review*) de l'étude des pratiques, ont répertorié plusieurs éléments à inclure pour dresser un portrait de la pratique des professionnels de la santé. Entre autres, l'utilisation d'une méthodologie mixte s'avère appropriée pour bien comprendre et approfondir un sujet. Aussi, afin de décrire adéquatement la pratique, ces auteurs suggèrent de regrouper les activités professionnelles selon les différents domaines (étapes de la démarche clinique) et de répertorier les évaluations et les interventions. Le devis mixte simultané avec triangulation est illustré par les données quantitatives (questionnaire en ligne) et qualitatives (entrevues semi-dirigées) recueillies en parallèle. Lors de l'analyse, les résultats des deux collectes de données sont intégrés afin

d'obtenir des informations complémentaires et ainsi de renforcer la compréhension du sujet (Briand et Larivière, 2014).

Échantillonnage

Les ergothérapeutes québécois impliqués auprès de la clientèle présentant une démence ont été sollicités pour participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être membre en règle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ]; 2) pratiquer au Québec auprès d'une clientèle atteinte de démence et de syndromes associés, tous milieux de pratique confondus, depuis au moins un an; 3) être en mesure de comprendre et de s'exprimer à l'oral et à l'écrit en français; 4) être disponible et prêt à participer à l'étude. L'étude visait le recrutement d'environ 10% des ergothérapeutes intervenant auprès de cette clientèle lors du questionnaire en ligne. À la fin du questionnaire, les participants étaient invités à manifester leur intérêt à poursuivre leur implication dans l'étude afin d'être convoqués, dans un deuxième temps, à une entrevue semi-dirigée. L'ensemble des participants qui ont démontré un intérêt ont été retenus.

Méthodes de collecte de données

Un questionnaire en ligne et une entrevue semi-dirigée constituaient les deux modes de collecte de données. Le questionnaire s'inspirait de questionnaires existants (Auld et Johnson, 2016; Bennet *et al.*, 2003, 2011; McGrath et O'Callaghan, 2014; Van't Leven *et al.*, 2012) utilisés dans des études de portrait de la pratique d'ergothérapeutes. Le questionnaire comprenait six questions sociodémographiques (le genre, le nombre d'années de pratique en ergothérapie et auprès de la clientèle cible, le type de services offerts, le statut d'emploi et les membres de l'équipe de travail). Les questions décrivant les éléments marquants du processus ergothérapique (Polatajko *et al.*, 2013) relatives à l'initiation et de la prise de contact abordaient la réception des demandes de service, le type d'intervenants ou les proches recommandant l'ergothérapie, la fréquence des références et les types de comportements pour lesquels une recommandation était faite. Les questions abordant l'évaluation portaient sur le nombre de séances pour compléter une évaluation et les outils utilisés. En ce qui a trait aux interventions, les questions abordaient l'aspect unidisciplinaire ou interdisciplinaire du plan d'intervention, le nombre de séances requises pour le mettre en place, ainsi que le recours aux interventions non pharmacologiques (voir tableau 1). Une question concernant le suivi et la fin de l'intervention abordait la fréquence de révision du plan d'intervention. La validité apparente du questionnaire a été examinée par trois experts.

Une question de l'entrevue a servi à caractériser les balises de la pratique, il s'agit de celle portant sur les éléments distinguant le travail d'un ergothérapeute de celui des autres professionnels aussi impliqués dans la gestion des SCPD.

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives telles que la moyenne, les distributions, la fréquence et les pourcentages. Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu suivant la démarche proposée par Fortin

et Gagnon (2016), soit : lecture flottante, organisation des données, révision des données, codage des données (analyse de données supportée par un code de couleurs), élaboration de catégories et émergence de thèmes. L'analyse thématique a été effectuée par la première auteure et validée par la deuxième à l'aide du logiciel NVivo, version 11. Le logiciel a permis la conservation des données et la gestion des thèmes. L'étude a fait l'objet d'une approbation du Comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

RÉSULTATS

Caractéristiques des répondants

L'échantillon de la présente étude est constitué de 86 répondants, pour un taux de réponse de 6,8 % puisqu'initialement 1261 personnes ont été sollicitées. Ils étaient majoritairement des femmes (n = 83; 97 %). Ils avaient en moyenne 16,1 années d'expérience (1 à 39 ans), la médiane se situant à 16 ans, et avaient 13,0 années d'expérience (1 à 30 ans) auprès des personnes atteintes de démence, la médiane se situant à 13 ans. La majorité des répondants travaillaient à temps complet (n = 62; 72 %), mais 28 % étaient à temps partiel (n = 24). Ils pratiquaient dans les services de soutien à domicile (n = 38; 44,1 %) et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) (n = 37; 43,0 %) en collaboration avec plusieurs autres professionnels.

Initiation et prise de contact

L'initiation du processus ergothérapeutique et la prise de contact ont été examinées par les demandes de service reçues et leurs caractéristiques. Les détails des résultats se retrouvent dans le tableau 1. Tous les répondants (100 %) ont indiqué recevoir des demandes de services concernant les SCPD. Ces demandes provenaient des infirmières (n = 73; 84,9 %), des médecins (n = 52; 60,5 %) et des travailleurs sociaux (n = 49; 57 %). Les répondants recevaient des demandes pour les motifs suivants : errance (n = 73; 84,9 %), agitation physique (n = 68; 79 %), agressivité lors des soins d'hygiène (n = 56; 65,1 %) et agressivité envers les autres (n = 41; 47,7 %).

Tableau 2 : Caractéristiques des demandes de services en ergothérapie (n = 86)

Caractéristiques	n (%)
Fréquence de réception des demandes (n = 85)	
Plusieurs fois par semaine	8 (9,0)
1 X / semaine	13 (15,0)
1 X / 2 semaines	13 (15,0)
1 X / mois	28 (33,0)
1 X / 2 mois	8 (9,0)
Moins de 5 X / année	16 (19,0)
Types de comportements ^{a, b}	
Errance	74 (86,0)
Agitation physique	68 (79,0)
Agressivité lors des soins d'hygiène	56 (65,1)
Agressivité envers d'autres personnes	41 (47,7)
Agitation verbale	40 (46,5)
Fugue	40 (46,5)
Agressivité envers soi-même	22 (25,6)
Comportements sexuels inappropriés	21 (24,4)
Autres (ingestion d'objets, problème d'élimination, etc.)	14 (16,2)
Personnes qui recommandent l'ergothérapie ^{a, b}	
Infirmière	73 (84,9)
Médecin	52 (60,5)
Travailleur social	49 (57,0)
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	28 (32,6)
Famille	13 (15,1)
Éducateur spécialisé	12 (14,0)
Gestionnaire	6 (7,0)
Autres (psychologue, préposé, nutritionniste, etc.)	24 (27,9)

^a Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.

^b Les résultats sont présentés par ordre décroissant de fréquence.

Évaluation

Le processus d'évaluation en ergothérapie est détaillé dans le tableau 2, celui-ci comprend le nombre de séances requises et les méthodes et types d'évaluations utilisés par les répondants. L'évaluation est effectuée en trois séances par 44 % des répondants (n = 37) et en deux séances par 38 % des répondants (n = 32). De plus, 98,8 % (n = 85) des répondants disaient effectuer une collecte de données au dossier, 97,7 % (n = 84) réalisaient une entrevue avec un membre de l'équipe de soins et 90,7 % (n = 78) faisaient une entrevue avec le client. Par ailleurs, 95,3 % (n = 82) obtenaient également des

informations par observation. Les outils d'évaluation maison sont grandement préconisés et aucun outil répertorié ne découle d'un modèle ergothérapique.

Tableau 3 : Nombre de séances et méthodes d'évaluation (n = 86)

Particularités	n (%)	Outils standardisés
Nombre de séances d'évaluation (n = 84)		
1 séance	1 (1,0)	
2 séances	32 (38,0)	
3 séances	37 (44,0)	
4 séances	8 (10,0)	
> 5 séances	6 (7,0)	
Méthodes d'évaluation utilisées ^{a, b}		
Collecte de données au dossier	85 (98,8)	
Entrevue équipe de soins	84 (97,7)	
Observations directes/Observations cliniques	82 (95,3)	
Entrevue avec le client	78 (90,7)	
Entrevue avec les proches	76 (88,4)	
Mise en situation	57 (66,3)	
Grille d'observation du comportement	56 (65,1)	
<i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	35 (40,7)	X
<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	29 (33,7)	X
Bilan musculaire et articulaire	22 (25,6)	X
Protocole d'examen cognitif de la personne âgée-2r (Pecpa-2r)	20 (23,3)	X
<i>Cohen-Mansfield Agitation Scale (CMAS)</i>	20 (23,3)	X
Échelle analogue de la douleur	15 (17,4)	X
<i>Neuropsychiatric Inventory (NPI)</i>	6 (7,0)	X
Autres (Dépistage cognitif de Québec, échelle de douleur, grille maison...)	24 (27,9)	

^a Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.

^b Les résultats sont présentés par ordre décroissant de fréquence.

Intervention

Les résultats concernant les interventions se rattachent au nombre de séances offertes et au recours à des interventions non pharmacologiques. La majorité des répondants (n = 64 ; 78,0 %) disaient être extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'avoir recours aux modifications de l'environnement. Ensuite, 75,0 % (n = 63) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'avoir recours aux activités physiques. Par ailleurs, 71 % (n = 59) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec

le fait d'avoir recours aux activités structurées. Les interventions les moins recommandées étaient des interventions sensorielles (n = 21 ; 25 %). Seulement 46 % (n = 38) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec l'intégration des interventions comportementales, alors que 64 % (n = 53) étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'intégrer les contacts sociaux dans le plan d'intervention.

À la question : « Faites-vous un plan d'intervention ? », 55,0 % (n = 47) des répondants ont déclaré réaliser un plan interdisciplinaire, alors que 36,0 % (n = 31) ont rapporté mettre en place un plan d'intervention disciplinaire seulement et que 9,0 % (n = 8) ont mentionné concevoir un plan à la fois disciplinaire et interdisciplinaire et faire des recommandations. L'intervention était réalisée en trois séances par 33,0 % des répondants (n = 28) et en deux séances par 27,0 % (n = 23) des répondants.

Suivi et fin de l'intervention

Les résultats concernant le suivi et la fin de l'intervention portent sur la fréquence de la révision du plan. Le plan d'intervention était révisé par près de la moitié des répondants, au besoin ou à la demande (n = 41 ; 53 %). Par ailleurs, 26 % des répondants (n = 20) révisaient le plan une fois par mois, et 12 % (n = 9) une fois par semaine.

Perception de l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD

Les données qualitatives obtenues lors des entrevues semi-dirigées mettent en relief les éléments liés aux balises de la pratique en ergothérapie en étudiant l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD comparativement aux autres professionnels. Les entrevues ont été réalisées auprès des répondants ayant manifesté leur intérêt après avoir répondu au questionnaire, soit 12 des 86 répondants (13,9 %). Il s'agissait de femmes qui avaient entre 3 et 27 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeute. Parmi les participantes, 58,3 % (n = 7) étaient détentrices d'un diplôme de baccalauréat en ergothérapie, alors que 41,7 % (n = 5) détenaient une maîtrise. Les numéros suivant le verbatim correspondent à un numéro attribué à chacun des participants.

L'analyse de contenu des verbatim a permis d'identifier sept principaux thèmes : l'évaluation fonctionnelle, la vision globale, l'être occupationnel, la composante de l'environnement, le rôle de communicateur et les compétences au sujet des habiletés cognitives et sensorielles. La majorité des ergothérapeutes interrogés (10 des 12 participants) ont mentionné que l'ergothérapeute se distinguait des autres professionnels de la santé par son évaluation fonctionnelle (évaluation des capacités de la personne à réaliser une occupation en tenant compte de l'environnement), puisque celle-ci permet de mettre l'accent sur les capacités résiduelles du client. L'extrait suivant illustre :

« Ils [les autres professionnels] ne vont pas analyser le comportement de la personne pour trouver la source du comportement, l'histoire de vie de la personne, ses occupations antérieures. Ils vont plutôt proposer un peu n'importe quelles alternatives... J'ai l'impression que c'est plus de l'essai-erreur... Je pense qu'en ergothérapie, on peut plus proposer des occupations qui répondent vraiment aux besoins de la personne et celle-ci va être capable de faire une occupation qui va être en adéquation avec ses capacités » (R.10).

La moitié des participantes (n = 6) ont également souligné que l'ergothérapeute se distinguait par sa vision globale, qui se définit comme suit : « théorie selon laquelle l'être humain est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes considérées séparément » (Townsend *et al.*, 2013, p. 442). Cette vision tient compte de la personne dans sa globalité, en interaction avec son environnement, ce qui n'est pas le cas chez d'autres professionnels. L'extrait suivant l'illustre :

« Puis, de par notre vision globale de la personne, on est capable d'aller voir toutes les facettes. Moi, c'est ce que j'aime quand je me retrouve devant un cas de SCPD... J'aime ça me questionner sur la douleur, sur la médication, sur l'histoire de vie, sur les habitudes de vie antérieures, sur les capacités fonctionnelles, les capacités à tous les niveaux. Puis de faire un tout avec ça. Puis d'essayer d'aller trouver la source des SCPD pour pouvoir travailler efficacement dessus... C'est là, je pense, que le rôle de l'ergothérapeute est intéressant » (R.05).

Le concept de l'humain en tant qu'être occupationnel a été identifié par la moitié des participantes (n = 6) comme un élément distinctif de la profession d'ergothérapeute comparativement à d'autres professions. L'extrait suivant appuie ce propos :

« Là où on se distingue, c'est pour prévenir les SCPD... Ce qui prévient le comportement, c'est de répondre au besoin tout de suite, de répondre à certaines détresses émotionnelles et, en fait, d'engager le client dans une activité [occupation] ou dans une tâche qui donne un sens et qui lui apporte une émotion positive » (R.12).

Certaines participantes (5 sur les 12) ont également indiqué que, souvent, seul l'ergothérapeute se préoccupe de l'environnement dans lequel les SCPD sont observés, ce qui le distingue des autres professionnels. Citons par exemple l'extrait suivant :

« L'évaluation de l'environnement... Très souvent dans mon milieu, je trouve que ça fait la différence lorsque j'interviens... je vais regarder une situation... Quelle est ma personne ? Dans quel environnement ? Est-ce que c'est stratégique l'endroit où elle est située par rapport au poste de garde ? Par rapport aux ascenseurs ? Par rapport à la salle à manger ? Par rapport aux loisirs ? Est-ce qu'elle a accès à ce à quoi elle est encore capable de participer ? » (R.05).

Les compétences de l'ergothérapeute pour apprécier les habiletés cognitives du client et analyser leur impact sur son fonctionnement sont également un élément qui distingue la profession d'ergothérapeute dans la gestion des SCPD chez le tiers des participantes (n = 4). L'extrait qui suit explique ce concept : « Je crois qu'il n'y a pas vraiment d'autres professionnels qui sont outillés pour apprécier l'impact des fonctions cognitives, des déficits cognitifs sur l'occupationnel » (R.11). Deux des 12 participantes ont également identifié l'ergothérapeute comme un professionnel compétent dans l'enseignement et la communication, comparativement aux autres personnes impliquées dans la gestion des SCPD. L'extrait suivant l'explique : « Je trouve que nous sommes facilitants auprès des familles, dans la compréhension et même dans l'acceptation de certains cheminements... On veut faire avancer la personne » (R.04). En dernier lieu, les compétences spécifiques de l'ergothérapeute en matière d'interventions comportant un aspect sensoriel sont ressorties comme un élément démontrant la différence distinctive de l'ergothérapeute pour 2 des 12 participantes. L'extrait suivant en témoigne : « Il y a un impact au niveau de l'intégration sensorielle sur les troubles de comportements... les SCPD. Puis, je trouve que nous sommes les seuls qui sont vraiment outillés pour l'évaluer » (R.11).

DISCUSSION

Les résultats de la présente étude indiquent que la pratique d'ergothérapeutes québécois dans la gestion des SCPD se déploie autour des éléments marquants du Modèle canadien du processus de pratique (Polatajko *et al.*, 2013), tout en s'inspirant aussi des documents ministériels. En référence aux écrits recensés, l'analyse des résultats permet de déployer quatre éléments de discussion.

Initiation et prise de contact

La présente étude montre que les ergothérapeutes reçoivent régulièrement des recommandations en ergothérapie lorsque les personnes âgées présentent des SCPD. Les motifs de référence se rattachent aux problèmes d'errance et d'agitation physique. Les infirmières dirigent leurs patients en ergothérapie pour ces problèmes, mais d'autres professionnels le font également, entre autres, les médecins et les travailleurs sociaux. Ces résultats sont novateurs et apportent de nouvelles connaissances sur les problématiques des clientèles vues par des ergothérapeutes, alors que les études de Bennet *et al.* (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et de Rahja *et al.* (2018) n'abordaient pas ces aspects. En ce sens, on peut constater que les ergothérapeutes québécois saisissent l'occasion de se démarquer, tout comme le l'indiquait Rahja *et al.* (2018).

Évaluation

Les ergothérapeutes de la présente étude disent accorder une grande place à l'évaluation par le biais d'observations et de mises en situation lors de la réalisation d'occupations. La collecte de données au dossier et l'entrevue auprès de la personne et/ou des proches sont également des méthodes d'évaluation que les ergothérapeutes utilisent. Malgré la particularité des SCPD, les outils d'évaluation correspondent à ceux utilisés dans les études de Bennet *et al.* (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et aussi de Gobeil *et al.* (2019), alors que certains outils spécifiques élaborés pour cette clientèle mériteraient davantage d'attention. Tandis que les études de Bennet *et al.* (2001) et de McGrath et O'Callaghan (2014) signalent une fréquence d'utilisation plus élevée des outils d'évaluation cognitive (ex. : *Mini-Mental Examination State*), les résultats de la présente étude montrent une plus forte utilisation des outils d'évaluation fonctionnelle, tout comme les résultats de Gobeil *et al.* (2019). Cependant, comme suggéré par les études réalisées au Québec, l'utilisation d'outils d'évaluation cognitive (ex. : *Mini-Mental Examination State*) est également présente chez les ergothérapeutes, mais à une fréquence moindre. Il y a donc lieu de croire que les ergothérapeutes québécois ont davantage recours à des évaluations centrées sur les occupations, reflétant une approche *top-down*, tel qu'il est suggéré par Fisher (2014), que ceux des autres études recensées. De plus, la démarche d'évaluation est diversifiée, considérant la variété d'outils standardisés, malgré le fait qu'aucune des évaluations n'était basée sur un modèle ergothérapique, mais plutôt sur des schèmes de référence. De plus, la majorité des ergothérapeutes de la présente étude consacrent deux ou trois séances pour l'évaluation ; ces résultats se démarquent de ceux de Rahja *et al.* (2018) qui mentionnaient que les ergothérapeutes australiens faisaient leurs évaluations et interventions en 2,1

rencontres, en moyenne. Les ergothérapeutes québécois font donc preuve d'une démarche de qualité si on tient compte du nombre élevé de séances consacrées à l'évaluation seulement. Ce résultat peut être expliqué par la complexité engendrée par les SCPD.

Intervention et suivi

Les ergothérapeutes de la présente étude déclarent que l'intervention qu'ils préconisent le plus, une fois l'évaluation terminée, se rattache aux modifications de l'environnement, ce qui correspond aux résultats des études de Bennet *et al.* (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et de Rahja *et al.* (2018). Ils recourent aussi aux activités physiques et aux activités structurées. Les interventions sensorielles, comportementales ou celles basées sur les contacts sociaux sont moins recommandées. Ces résultats apportent de nouvelles connaissances sur les interventions incluses dans les plans d'intervention en ergothérapie. Les résultats montrent aussi que le plan d'intervention est réalisé en deux ou trois séances par 60 % des répondants, un nombre surpassant celui de l'étude de Rajah *et al.* (2018). Un autre résultat inédit concerne le fait que les ergothérapeutes de la présente étude affirment réviser leur plan d'intervention fréquemment, reflétant ainsi le caractère fluctuant des SCPD. Il y a tout lieu de croire que les ergothérapeutes québécois se soucient de faire des interventions spécifiques auprès des personnes présentant des SCPD, démontrant que cette problématique est très singulière. Malheureusement, l'étude n'a pas permis d'analyser quels types d'objectifs les ergothérapeutes formulaient, ni si ces objectifs incluaient de l'accompagnement auprès des aidants, comme le suggère le programme COTID (Graff *et al.*, 2013), le questionnaire n'abordant pas ces éléments.

Perception de l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD

Les réponses des ergothérapeutes mettent en lumière leur apport distinctif dans la gestion des SCPD. Plusieurs éléments témoignent de l'implication et de l'intégration d'ergothérapeutes au sein d'équipes interdisciplinaires de gestion des SCPD. Par exemple, l'évaluation fonctionnelle (la capacité de la personne à réaliser une occupation en tenant compte de l'environnement) réalisée par l'ergothérapeute permet de mettre l'accent sur les capacités résiduelles des personnes atteintes et de guider les membres de l'équipe et les proches aidants sur le niveau de participation qu'on peut attendre de la personne. De plus, selon les participants, l'analyse de l'interaction personne-occupation-environnement permet d'avoir un regard différent des autres professionnels sur l'analyse des causes et des éléments déclencheurs des SCPD, ce qui concorde avec le rôle proposé par Fraker *et al.* (2014). Il apparaît donc que le concept d'occupation, au cœur de la profession d'ergothérapeute, permet d'avoir une préoccupation quant à la déprivation occupationnelle, souvent un élément déclencheur de SCPD (Kolanowski *et al.*, 2011).

Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces et des limites. Les forces se situent au niveau du caractère inédit du thème, de la représentativité des répondants et du choix méthodologique. Cette étude est la première, à notre connaissance, à étudier la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD. De plus, l'échantillon est représentatif de la population des ergothérapeutes du Québec en termes de genre et d'années d'expérience (OEQ, 2019); comme l'avaient fait valoir Cook *et al.* (2000), la représentativité a plus de poids que le taux de réponse. Dans la présente étude, il est de 6,8 %. Qui plus est, elle s'est appuyée sur le plan méthodologique sur les suggestions de l'examen de la portée de Poitras *et al.* (2016) pour le choix d'un devis mixte et la catégorisation des activités professionnelles.

L'étude présente aussi des limites. Malgré la représentativité de l'échantillon, celui-ci demeure petit. L'une de ces limites se rattache aux modes de collecte de données, soit le questionnaire et l'entrevue semi-dirigée, susceptibles d'entraîner un biais de désirabilité sociale dans les réponses des participants. Également, le recours à un questionnaire auto-administré a permis d'illustrer la perception d'ergothérapeutes en regard de leur pratique malgré le fait que la fréquence de leurs interventions ait pu être surestimée afin de fournir une réponse positive. De plus, la participation étant sur une base volontaire, il est possible que les ergothérapeutes démontrant un intérêt particulier pour la problématique à l'étude se soient manifestés de façon plus marquée pour y participer.

CONCLUSION

La présente étude a mis en évidence des éléments inédits liés à la pratique des ergothérapeutes du Québec auprès des personnes atteintes de SCPD. Cette étude est un premier pas pour comprendre les particularités de la pratique auprès de cette clientèle, qui est peu étudiée jusqu'à présent. Notamment, l'implication des ergothérapeutes s'avère pertinente dans la gestion des SCPD eu égard au fait que des demandes de service sont reçues de la part de divers professionnels, que la collaboration interdisciplinaire est présente, que les évaluations et les interventions se déroulent en moyenne en quatre à six séances, que les évaluations par observations directes et par mises en situation sont signalées comme étant fréquentes et que l'apport spécifique de l'ergothérapeute réside dans le fait d'engager la personne dans des activités en fonction de ses capacités résiduelles. À ce jour, peu d'études n'avaient abordé la pratique d'ergothérapeutes lorsque des SCPD doivent être pris en compte.

L'étude de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de SCPD apparaît toujours pertinente et d'actualité. Avec l'accès à un volume considérable d'écrits scientifiques sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques, il y a lieu d'analyser davantage les objectifs visés et la façon dont les ergothérapeutes mettent en place des interventions probantes auprès de ces personnes, et aussi de décrire le processus de collaboration interdisciplinaire dans ce contexte. Les ergothérapeutes doivent prendre en considération les nombreuses interventions probantes disponibles pour la problématique des

SCPD. En effet, les interventions directes auprès des personnes concernées doivent se faire en équipe interdisciplinaire, mais doivent aussi être réalisées auprès des aidants dans le milieu de vie naturel. En ce sens, des recherches futures s'avèrent nécessaires.

Les résultats de la présente étude mettent en relief l'importance de la formation continue des ergothérapeutes, afin qu'elle devance largement les connaissances sur la démence ou sur les SCPD et qu'elle permette de reconnaître les interventions probantes, surtout si cela n'a pas fait partie de la formation initiale. Comme le soulignait Rahja *et al.* (2018), quand il s'agit d'intervenir auprès des personnes atteintes de démence, il y aurait peut-être là une occasion à saisir pour les ergothérapeutes qui pourraient faire bénéficier les clients présentant des SCPD de leurs interventions.

REMERCIEMENTS

Des remerciements s'adressent aux ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire et entrevue, en particulier, d'avoir pris le temps de le faire malgré un horaire très chargé et des contraintes importantes sur les lieux de travail.

FINANCEMENTS

Aucun financement n'a été obtenu pour cette recherche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer*. canada.ca. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/dementia-highlights-canadian-chronic-disease-surveillance/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.pdf>
- Alzheimer's disease international. (2009). *World Alzheimer Report*. alzint.org. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport.pdf>
- Auld, M. L. et Johnston, L. M. (2018). A touchy topic: tactile assessment among pediatric therapists. *Disability and Rehabilitation*, 40(3), 267-276. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.125017>
- Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J. et Cox, R. (2016). Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 9-18. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12260>
- Bennett, S., Shand, S. et Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: a profile in need of change. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 155-163. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00930.x>
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S. et Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: a survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1), 13-22. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x>

- Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière et N. Larivière (Dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.
- Cook, C., Heath, F. et Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web-or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836. <https://doi.org/10.1177/00131640021970934>
- Finkel, S. I. et Burns, A. (1999). BPSD consensus statement. *International Psychogeriatric Association*.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912>
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière éducation.
- Fraker, J., Kales, H. C., Blazek, M., Kavanagh, J. et Gitlin, L. N. (2014). The role of the occupational therapist in the management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(1), 4-20. <https://doi.org/10.3109/07380577.2013.867468>
- Graff, M., Thijssen, M., Van Melick, M., Verstraten, P. et Zajec, J. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID*. De Boeck Supérieur.
- Gobeil, J., Larivière, N., Carrier, A., Bier, N., Bottari, C., Veillette, N., Rouleau, S., Gélinas, I., Provencher, V., Couture, M. et Levasseur, M. (2019). Overview of the assessment practices of occupational therapists working in Quebec. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 86(5), 388-399. <https://doi.org/10.1177/0008417419839867>
- Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J. et Costa P. T. (2011). A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1032-1041. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. inesss.qc.ca. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf
- McGrath, M. et O'Callaghan, C. (2014). Occupational therapy and dementia care: a survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 92-101. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12081>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : état cognitif et comportemental : agitation dans les démences*. gouv.qc.ca. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. gouv.qc.ca. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. oeq.org. <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/17~v~2018-2019.pdf>
- Polatajko, H. J., Davis, J., et Craik, J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., pp. 103-112). CAOT Publications ACE.
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M. et Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(31), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0154-6>
- Rahja, M., Comans, T., Clemson, L., Crotty, M. et Laver, K. (2018). Are there missed opportunities for occupational therapy for people with dementia? An audit of practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(6), 565-574. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12514>

- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (Dir.). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., pp. 103-112). CAOT Publications ACE.
- Van't Leven, N., Graff, M., J., Kaijen, M., de Swart, B. J., Olde Rikkert, M. G. et Vernooij-Dassen, M. J. (2012). Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 742-748. <https://doi.org/10.1002/gps.2782>
- Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3^e éd.). Pearson ERPI.