



ÉTUDE MIXTE SUR L'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS PROBANTES DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES 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 06.05.2022 – Accepté le 11.10.2022

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.v10n1.218

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



RÉSUMÉ

But : Savoir si les ergothérapeutes intègrent les interventions probantes dans leur pratique auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et comprendre comment ils le font. **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 résultats révèlent que les interventions décrites comme étant les plus efficaces dans les écrits scientifiques sont les moins appliquées par les ergothérapeutes. Les résultats montrent que les ergothérapeutes proposent des interventions pour lesquelles ils se perçoivent comme compétents. Les ergothérapeutes privilégient l'expérience clinique et les formations continues pour guider leur pratique. **Conclusion** : Comprendre les facteurs influençant les ergothérapeutes dans leur choix d'intervention à privilégier auprès des usagers permet de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Personne âgée, Démence, Pratique professionnelle, Portrait de la pratique

MIXED STUDY ON THE INTEGRATION OF EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS INTO THE PROFESSIONAL PRACTICES OF QUEBEC OCCUPATIONAL THERAPISTS WITH PEOPLE PRESENTING BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

ABSTRACT

Aim: To describe how occupational therapists integrate evidence-based outcomes into their practice with people with behavioral and psychological symptoms of dementia. **Methodology:** A descriptive research with simultaneous mixed-mode design and triangulation including an online questionnaire and semi-structured interviews was conducted among Quebec occupational therapists. **Results:** The results show that the interventions described as most effective in the scientific literature are the least applied by occupational therapists. The results show that occupational therapists offer interventions for which they perceive they are competent. Occupational therapists emphasize clinical experience and prior training to guide their practice. **Conclusion:** Understanding the factors influencing occupational therapists in their choice of interventions makes it possible to propose solutions to optimize the integration of evidence-based data in practice.

KEYWORDS

Dementia, Elderly, Occupational therapy, Professional practice, Portrait of the practice

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2019), 50 millions de personnes dans le monde sont atteintes de démence, nouvellement dénommée trouble neurocognitif. Le trouble neurocognitif est caractérisé par des atteintes sur le plan cognitif, par exemple, des difficultés sur le plan mnésique ou encore du langage. Le trouble neurocognitif est accompagné des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans une proportion de 40 à 60 % (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2012). Ils 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 ergothérapeutes œuvrant auprès des personnes âgées représentent 23 % de l'ensemble des ergothérapeutes du Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2019). Aussi, leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD au Québec a lieu dans un contexte de directives ministérielles récentes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2014b) et de recommandations par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2017). Ces instances suggèrent de recourir aux interventions non pharmacologiques (psychosociales plutôt que médicamenteuses) pour réduire les SCPD dans un premier temps (MSSS, 2014a). Le choix de ces directives de poser ce genre d'interventions s'appuie essentiellement sur la recension des écrits de Cohen-Mansfield (2013). Cohen-Mansfield base ses conclusions sur des études de divers niveaux de scientificité, tant des études sans groupe de contrôle (considérées comme ayant un niveau de preuve scientifique faible) que des études randomisées (considérées comme ayant un niveau de preuve scientifique élevé). Cet auteur regroupe les interventions en six catégories : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modifications de l'environnement. Bien que ces interventions ne soient pas spécifiques aux ergothérapeutes, il y a lieu de se questionner si ceux-ci les proposent directement aux personnes présentant des SCPD. Le but de cet article est de rapporter les résultats d'une recherche qui étudie l'intégration des interventions probantes dans la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des SCPD.

Recension des écrits

Interventions probantes pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Plusieurs revues systématiques plus récentes que celle de Cohen-Mansfield (2013) mettent en évidence des interventions probantes ayant un niveau élevé de preuve scientifique pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Abraha *et al.*, 2017 ; Legere *et al.*, 2018 ; McNeill *et al.*, 2018 ; Meyer et O'Keefe, 2018 ; Scales *et al.*, 2018). Abraha *et al.* (2017), dans une revue

systematique, dévoilent que l'utilisation de la musique est efficace pour réduire les problématiques de comportement ainsi que l'anxiété. Plusieurs études montrent également l'efficacité de recourir à des interventions comportementales (par exemple, le contrôle des stimulations). Dans une étude systématique de revues, Legere *et al.* (2018) suggèrent de privilégier les interventions de type musicothérapie et les interventions comportementales. Ils mentionnent aussi que les interventions comme les activités physiques et les massages présentent des preuves modérées pour réduire les SCPD. Meyer et O'Keefe (2018) ont pour leur part réalisé une étude systématique de revues. Ils proposent de privilégier les interventions de type stimulation sensorielle, musicothérapie et présence simulée (offrir une présence artificielle comme un enregistrement audio) afin d'obtenir de meilleurs résultats dans la réduction des SCPD. De plus, Scales *et al.* (2018), grâce à une synthèse, ont montré, entre autres, que la stimulation multisensorielle ressort comme ayant le plus haut niveau de preuve. Ces revues systématiques procurent donc des preuves scientifiques plus éloquentes que celles de Cohen-Mansfield (2013) et les moyens qu'elles proposent se rattachent aux catégories d'interventions proposées dans les directives ministérielles. Il y a lieu de vérifier si les ergothérapeutes intègrent ces interventions jugées comme étant probantes (efficacité prouvée par des recherches scientifiques) lors de la gestion des SCPD afin d'offrir une pratique de qualité.

Intégration des résultats probants par les ergothérapeutes

Quelques études se sont intéressées à l'intégration des résultats, mais pas uniquement des interventions probantes, par les ergothérapeutes dans leur pratique. Thomas et Law (2013), dans un examen de la portée, suggèrent que peu d'entre eux les intègrent et que la majorité d'entre eux considèrent l'expérience personnelle comme une source importante de preuve scientifique. Les facteurs limitant l'intégration de ces résultats à leur pratique résidaient dans le manque de temps et la perception de ne pas avoir les compétences pour y arriver. L'étude montre que les facteurs qui améliorent la prise en compte des résultats probants sont : la formation continue, une attitude positive, un laps de temps plus court après la fin des études en ergothérapie (plus un ergothérapeute possède d'années d'expérience, moins il s'appuie sur les résultats probants) et le fait de participer à des projets de recherche.

La revue systématique d'Upton *et al.* (2014) fait ressortir les difficultés qu'ont les ergothérapeutes à intégrer les résultats probants dans leur pratique malgré la perception positive qu'ils en ont. Ces difficultés sont expliquées par un manque de temps, un manque d'accès aux ressources, des lacunes dans les habiletés à critiquer les preuves scientifiques et une tension entre les approches traditionnelles et les résultats de recherche.

Dans une étude qualitative, Bennett *et al.* (2016) décrivent la perception des ergothérapeutes concernant l'établissement d'un programme soutenant une pratique intégrant les résultats probants. Les conclusions de cette étude suggèrent que la mise en place de divers moyens comme les clubs de lecture, le temps alloué, la participation à des conférences ainsi que l'instauration d'une personne-ressource responsable du soutien a entraîné un changement de culture dans le milieu.

Par ailleurs, Bennett *et al.* (2003), dans une étude descriptive auprès de 649 ergothérapeutes australiens, ont noté que la majorité des répondants percevaient l'utilisation des preuves scientifiques comme étant importante. De plus, ceux-ci estimaient que la qualité des soins en était rehaussée et que les résultats de la recherche étaient utiles dans la pratique quotidienne auprès des clients. Les sources d'information sur les résultats probants chez ces répondants étaient l'expérience clinique (96,3 %), les formations continues suivies (81,9 %) et la consultation des collègues (79,9 %).

Intégration des résultats probants par des ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées atteintes de démence

Seulement quelques études s'intéressent à l'intégration des résultats probants auprès des personnes atteintes de démence. Rahja *et al.* (2018) ont mis en évidence l'écart entre les interventions utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes âgées atteintes de démence et les interventions probantes dans les écrits scientifiques lors de l'examen de 87 dossiers d'ergothérapeutes provenant de deux régions de l'Australie. Cette étude révèle que les interventions les plus utilisées sont la référence à un autre service (59,8 %), les modifications de l'environnement (55,5 %) et la recommandation d'aides techniques (54 %). Les interventions liées aux modifications de l'environnement et à l'attribution d'aides techniques étaient fréquentes malgré le fait que leurs effets étaient méconnus.

Van't Leven *et al.* (2012) ont exploré les barrières et les facilitateurs à l'application du programme *Community Occupational Therapy in Dementia* (COTiD) proposé par Graff *et al.* (2013) visant à outiller les ergothérapeutes dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants, en incluant quelques éléments reliés aux problèmes comportementaux. Cette étude qualitative de type théorisation ancrée a révélé plusieurs obstacles à l'intégration du guide de pratique. Il est ressorti quatre types d'obstacles : une perception d'incompétence devant la problématique de démence, la fréquence des interventions recommandées (qui était perçue comme trop élevée étant donné le peu de ressources disponibles), l'adhésion aux interventions, l'application du guide ainsi que les facteurs organisationnels (le programme visait les services communautaires et certains milieux ne préconisaient pas une telle approche). Cette étude a aussi mis en lumière que les facilitateurs de l'intégration des résultats probants dans la pratique étaient de trois types : faisabilité, crédibilité et soutien.

Toutefois, à ce jour, aucune étude empirique connue n'a abordé l'intégration des résultats probants dans le cadre de la pratique en ergothérapie auprès des personnes présentant des SCPD. À cet égard, il y a lieu de se demander si les ergothérapeutes au Québec ont recours aux interventions probantes pour gérer les SCPD. Une meilleure compréhension des facteurs les influençant dans leur choix d'interventions permettrait de proposer des solutions pour optimiser l'intégration de celles qui sont probantes.

Objectif de l'étude

À la lumière des écrits recensés, l'objectif de la présente étude est de savoir si les ergothérapeutes intègrent les interventions probantes dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD et de comprendre comment ils le font.

MÉTHODES

Devis

Le présent projet s'appuie sur un devis mixte simultané avec triangulation (Briand et Larivière, 2014). Selon ces auteurs, ce devis implique que les données quantitatives et qualitatives soient recueillies en parallèle et que les résultats soient intégrés afin de fournir des informations complémentaires et de renforcer la compréhension de l'objet d'étude.

Échantillonnage

Les ergothérapeutes pratiquant au Québec auprès de personnes atteintes de démence ont été sollicités pour participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient : 1) être membre en règle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ] ; 2) pratiquer auprès d'une clientèle atteinte de démence et de syndromes associés, tous milieux de pratique confondus au Québec, et ce, depuis au moins un an ; 3) être en mesure de comprendre et de s'exprimer à l'oral et à l'écrit en français ; et 4) être disponible et volontaire pour participer à l'étude. L'étude s'est déroulée de janvier à août 2019. Le questionnaire en ligne a été diffusé en janvier par un envoi par courriel de l'OEQ à tous les répondants potentiels (n = 1261), représentant 23 % des ergothérapeutes au Québec. L'échantillon était de type non probabiliste par convenance. Une seule relance a été effectuée deux semaines après le premier envoi. L'ensemble des questionnaires complétés en entier ont été analysés ; les questionnaires incomplets ont été retranchés, car seules les données sociodémographiques étaient disponibles. À la fin du questionnaire, les répondants étaient invités à participer à une entrevue semi-dirigée afin d'approfondir certains éléments, et tous les participants ayant répondu par l'affirmative ont été retenus. Ces entrevues ont été réalisées d'avril à août 2019 par téléphone et ont été enregistrées sur support numérique.

Méthodes de collecte de données

Un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées ont été les deux méthodes de collecte de données retenues. Le questionnaire, élaboré aux fins de la présente étude, s'inspirait de questionnaires existants non standardisés (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. Notre questionnaire débutait par cinq questions d'ordre sociodémographique (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). Douze questions portaient sur le recours aux interventions non pharmacologiques (psychosociales plutôt que médicamenteuses) tel qu'il est formulé dans le document ministériel : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modifications de l'environnement. Pour cette portion du questionnaire, une échelle de type Likert à cinq niveaux était utilisée afin de connaître le niveau d'accord sur l'intégration de ces interventions dans le plan d'intervention et le niveau de perception de la compétence pour recommander ces interventions. Les niveaux de l'échelle de type Likert étaient : (1) extrêmement en désaccord ; (2) en désaccord ; (3) neutre ; (4) en accord ; (5) extrêmement en accord. Une autre question portait sur ce qui guide le choix des interventions. La validité apparente du questionnaire a été obtenue à l'aide d'avis de trois experts.

Pour en évaluer le contenu, celui-ci a été soumis à deux experts, reconnus pour leurs connaissances et expériences en matière de recherche en ergothérapie sur des consultations de ce type, et un troisième expert reconnu pour son expérience clinique en ergothérapie et en gestion avec des personnes présentant des SCPD. Ils ont été invités à se prononcer sur la clarté de chaque énoncé, le nombre de choix de réponses, les liens entre les questions et la séquence des questions. Le questionnaire a été expérimenté au préalable auprès de six personnes afin d'en vérifier la facilité de passation.

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue, élaboré aux fins de la recherche, s'inspirant d'études similaires de portrait de la pratique en ergothérapie (Auld et Johnson, 2018 ; Bennett *et al.*, 2003, 2016) en abordant particulièrement la facilité à intégrer les interventions probantes en ergothérapie et le choix des sources d'information.

Le guide d'entrevue a aussi été soumis aux trois mêmes experts pour en évaluer la validité apparente. Après des modifications, une pré-expérimentation a été effectuée auprès d'une personne dans le but de vérifier la facilité de l'entrevue et sa durée. Le contenu des entrevues a été enregistré et retranscrit sous forme de verbatim.

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'une analyse de contenu suivant la démarche proposée par Fortin et Gagnon (2016), soit : lecture flottante, organisation, révision et codage des données (analyse de données supportée par un code de couleur), élaboration de catégories et émergence de thèmes. L'analyse thématique a été effectuée par la chercheure et validée par la deuxième auteure. Le logiciel NVivo version 11 a été utilisé pour l'analyse des données. L'étude a fait l'objet d'une approbation par le Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro CER-18-252-07.12).

RÉSULTATS

Caractéristiques des données sociodémographiques des répondantes

La présente section expose les caractéristiques des répondantes. L'échantillon comprend 86 répondantes dont 97 % étaient des femmes (n = 83). Elles possèdent en moyenne 16,1 années (de 1 à 39 ans) d'expérience (la médiane était 16 ans) et cumulaient 13 années (de 1 à 30 ans) d'expérience auprès des personnes avec une démence (la médiane était 13 ans). 44,1 % (n = 38) pratiquent dans les services de soutien à domicile et 43,5 % (n = 37) en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Le tableau 1 fournit les détails relatifs aux milieux de pratique. Le taux de réponse au questionnaire en ligne était de 6,8 % des ergothérapeutes sollicitées. Initialement, 124 personnes ont répondu au questionnaire, mais 38 ont été retranchées de l'étude, car seule la partie concernant les données sociodémographiques était complète.

Tableau 1. Milieux de pratique des répondantes (n = 86)

Milieux de pratique ^{a,b}	n (%)
Soutien/maintien à domicile	38 (44,1)
Centre hospitalier de soins de longue durée	37 (43,0)
Évaluation/orientation (hôpital-UDC)	16 (18,6)
Soins palliatifs	15 (17,4)
Dépistage	11 (12,8)
Évaluation/orientation (cliniques-services spécialisés)	9 (10,5)
Réadaptation fonctionnelle (URFI)	6 (7,0)
Évaluation/orientation (à l'urgence)	5 (5,8)
Réadaptation/intégration sociale	4 (4,7)
Expertise légale	3 (3,5)

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

^b Résultats présentés par ordre décroissant de fréquence.

Interventions utilisées

Interrogés sur les types d'interventions utilisées dans leur pratique (faisant partie de leur plan d'intervention), 78 % (n = 64) des répondantes ont indiqué être extrêmement en accord ou en accord pour le fait d'avoir intégré dans le plan d'intervention des modifications de l'environnement. Ensuite, 75 % (n = 63) des répondantes étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'avoir recours aux activités physiques. Par ailleurs, 71 % (n = 59) des répondantes étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'avoir recours aux activités structurées. Les interventions les moins privilégiées relèvent des interventions sensorielles (25 %, n = 21). Également, 46 % (n = 38) des répondantes étaient extrêmement en accord ou en accord avec l'utilisation d'interventions comportementales, alors que 64 % (n = 53) étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'utiliser les contacts sociaux comme type d'intervention. Interrogés sur la perception de leur compétence, 83 % (n = 70) des répondantes ont indiqué être

extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'être compétentes lorsqu'il s'agit de recourir à la modification de l'environnement dans le plan d'intervention. Aussi, 75 % (n = 63) des répondantes étaient extrêmement en accord ou en accord avec la perception d'être compétentes pour avoir recours aux activités physiques. Par ailleurs, 73 % (n = 59) des répondantes étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'être compétentes pour recourir aux activités structurées. Également, 63 % (n = 54) des répondantes étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'être compétentes pour mettre en place des contacts sociaux, alors que 41 % (n = 35) étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'être compétentes pour utiliser les interventions comportementales. Le niveau d'accord sur le fait d'être compétente pour suggérer des interventions sensorielles était à 28 % (n = 24) (extrêmement d'accord ou en accord). Le tableau 2 fournit les détails relatifs concernant les interventions utilisées et la perception des compétences des ergothérapeutes à utiliser ces interventions.

Tableau 2. Interventions non pharmacologiques utilisées par les répondantes (n = 86)

Type d'intervention	Extrêmement en accord n (%)	En accord n (%)	Neutre n (%)	En désaccord n (%)	Extrêmement en désaccord n (%)
<i>Niveau d'accord pour le recours à diverses interventions non pharmacologiques</i>					
Modifications de l'environnement	21 (26)	43 (52)	7 (9)	6 (7)	5 (6)
Activités physiques	17 (20)	46 (55)	11 (13)	10 (12)	0 (0)
Activités structurées	15 (18)	44 (53)	11 (13)	12 (14)	1 (1)
Contacts sociaux	13 (16)	40 (48)	13 (16)	15 (18)	2 (2)
Interventions comportementales	10 (12)	28 (34)	21 (25)	17 (20)	7 (8)
Interventions sensorielles	7 (8)	14 (17)	26 (31)	24 (29)	12 (14)
<i>Niveau d'accord à la perception des compétences relatives aux interventions non pharmacologiques</i>					
Modifications de l'environnement	20 (24)	50 (59)	8 (9)	4 (5)	3 (4)
Activités physiques	14 (16)	51 (59)	15 (17)	5 (6)	1 (1)
Activités structurées	15 (18)	47 (55)	13 (15)	9 (11)	1 (1)
Contacts sociaux	12 (14)	42 (49)	22 (26)	6 (7)	3 (4)
Interventions comportementales	7 (8)	28 (33)	25 (30)	17 (20)	7 (8)
Interventions sensorielles	5 (6)	19 (22)	24 (28)	25 (29)	12 (14)

Justificatifs du choix des moyens d'intervention

À la question : « Qu'est-ce qui guide vos choix d'interventions ? », 88,4 % (n = 76) des répondantes rapportent l'expérience professionnelle, et 61,6 % (n = 53) le fait d'avoir suivi une formation continue. De plus, 34,9 % des répondantes (n = 30) ont indiqué calquer leurs choix sur les documents ministériels. Le tableau 3 renseigne sur les autres justificatifs fournis, ils sont listés par ordre décroissant de fréquence.

Tableau 3. Justificatifs du choix d'interventions (n = 86)

Éléments guidant le choix ^{a,b}	n (%)
Expérience professionnelle	76 (88,4)
Formation	53 (61,6)
Documents ministériels	30 (34,9)
Conseil d'un ergothérapeute	29 (33,7)
Lecture d'un article scientifique	21 (24,4)
Guide de pratique	12 (14,0)
Autres (possibilités du milieu, disponibilité du matériel, etc.)	21 (24,4)

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

^b Résultats présentés par ordre décroissant de fréquence.

Facilité à intégrer les résultats probants

Les entrevues semi-dirigées mettent en lumière des informations reliées à la facilité d'intégrer les résultats probants. Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 12 des 86 répondantes au questionnaire (13,9 %). Il s'agit de femmes qui ont entre 3 et 27 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeute (moyenne de 15,75 ans).

Le quart des participantes (n = 3) affirment qu'il est facile d'intégrer les résultats à leur pratique. L'extrait suivant illustre cet énoncé :

« On a beaucoup d'informations : en fonction de tels troubles, telles interventions sont susceptibles d'être un moyen d'intervention efficace. On a plein de solutions qui existent présentement qui sont faciles d'accès. » (R.09)

Par contre, sept participantes soulignent une difficulté à y parvenir. L'extrait suivant appuie ce propos :

« Intégrer les résultats de la recherche dans la pratique, c'est difficile parce qu'il faut que tu sois très motivée individuellement et personnellement, et il faut pratiquement que tu le fasses en dehors de ton temps au bureau. » (R.04)

Toutefois, deux participantes demeurent neutres sur le sujet comme le témoigne l'extrait suivant : *« Il y a certaines approches qui peuvent être assez faciles, assez simples à implanter, puis il y a d'autres choses que les préposés vont nous dire qu'ils n'ont pas le temps [de faire]... » (R.03)*

Des obstacles ont été identifiés par les participantes afin d'expliquer les difficultés à intégrer les interventions probantes. Par exemple, le temps requis pour implanter ces nouvelles façons de faire, comme l'illustre l'extrait suivant :

« Parce que je pense que pour bien intégrer les résultats, il faut avoir du temps avec les gens. Il faut pouvoir les rencontrer plusieurs fois. On est habitués à être plutôt consultants dans les dossiers, de voir les gens une fois ou deux, de faire des recommandations, un plan d'intervention avec eux, il faut avoir le temps d'essayer des trucs et de voir l'impact. » (R.10)

D'autres rapportent que les contraintes organisationnelles du milieu représentent un obstacle à l'intégration des résultats probants. L'extrait suivant l'illustre :

« [Pour implanter certaines interventions], ça demande des changements importants sur la façon dont les soins sont organisés, il faut être centré sur la personne et non pas centré sur la tâche. Mais dans le concret, je peux juste transmettre l'information, mais je n'ai pas le contrôle sur l'implantation. » (R.03)

Des facilitateurs ont été identifiés en lien avec l'intégration des résultats probants. Le partage d'expériences, entre autres, était une bonne façon de favoriser l'intégration des résultats probants. L'extrait suivant le confirme :

« Le partage entre nous, des interventions qui pourraient nous sembler plus difficiles à mettre en pratique, d'autres les ont peut-être essayées et ont trouvé des astuces pour les intégrer davantage. » (R.02)

Également, le soutien administratif a été mentionné comme facteur favorisant l'intégration des résultats probants, comme le rapporte cet extrait :

« Au niveau de la gestion, lorsqu'il y a la mise en place d'un protocole [intégrant les résultats probants]. Lorsqu'on a des outils qui ont fait leurs preuves, qui ont été validés, ça peut aider à ce que ce soit un choix commun [pour l'équipe]. » (R.02)

Sources d'information consultées afin d'intégrer les résultats probants

Les entrevues semi-dirigées ont aussi permis de mettre en évidence cinq sources principales d'information consultées afin d'intégrer les résultats probants à la pratique des ergothérapeutes. Ce sont les sessions de formation continue, la recherche sur internet, la consultation des documents ministériels, les articles scientifiques ou les réunions professionnelles.

La majorité des participantes aux entrevues semi-dirigées (n = 11) a mentionné les sessions de formation continue comme source d'information. L'extrait suivant l'illustre : *« C'est grâce à la formation continue que je m'améliore, en lien avec le niveau avancé des SCPD. À partir de là, j'ai eu beaucoup de données probantes ! » (R.09)* La consultation de sites internet était une source pour sept participantes, l'extrait suivant l'explique :

« Dans le fond, je me mets au parfum beaucoup par internet. Il y a des choses [sur lesquelles] je suis tombée, que ce soit sur YouTube, des vidéos sur l'approche Montessori pour les gens atteints de démence, je suis tombée dessus sur YouTube et je me suis mis à m'y intéresser et aller chercher plus tard la formation. » (R.03)

Les documents ministériels sont utilisés par la moitié des participantes (n = 6). Pour illustrer cet énoncé, l'extrait suivant est parlant : « *Il y a beaucoup d'éléments au niveau ministériel, sur les pratiques, sur les bonnes pratiques au niveau des clientèles SCPD, je me réfère aux éléments ministériels.* » (R.09) Aussi, certaines des participantes (n = 5) effectuaient des lectures d'articles scientifiques pour se guider : « *J'ai déjà fait certaines recherches d'articles pour trouver des éléments en lien avec le syndrome crépusculaire.* » (R.07) Finalement, le tiers des participantes (n = 4) soulignaient l'apport des réunions professionnelles pour les guider. L'extrait suivant l'illustre :

« Je fais aussi partie d'une communauté de pratique sur les troubles graves du comportement, c'est plus des discussions de cas... une autoformation, du co-développement, du partage d'expertise. » (R.03)

À noter, d'autres sources d'information ont également été mentionnées à une reprise lors des entrevues : expérience personnelle, consultation d'un collègue, guide de pratique, consultation de bases de données, revues professionnelles (Actualités ergothérapeutiques, Ergothérapie express), livres, mentorat, projets de stagiaires, visites d'autres milieux, règles de pratique, partage de formations de collègues et consultation d'aînées-ressources.

DISCUSSION

L'objectif de l'étude était de savoir si les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD et de comprendre comment elles le font. Une enquête par questionnaire et entrevue semi-dirigée a permis de recueillir des données pour l'atteindre. En référence aux écrits recensés, l'analyse des résultats permet de déployer trois éléments de discussion : les types d'intervention utilisés, la facilité à intégrer les résultats probants et les justificatifs du choix des interventions.

Types d'interventions utilisées

Les ergothérapeutes de l'étude rapportent avoir recours davantage aux interventions concernant les modifications de l'environnement, les activités physiques et les activités structurées, alors qu'elles utilisent très peu les interventions sensorielles et les interventions comportementales. Pourtant, ces dernières ont été documentées comme étant les plus probantes et efficaces par Abraha *et al.* (2017), Legere *et al.* (2018), Meyer et O'Keefe (2018) et Scales *et al.* (2018). L'intervention la plus utilisée se rattache aux modifications de l'environnement, ce qui correspond aux résultats de l'étude de Rahja *et al.* (2018). Les ergothérapeutes de la présente étude se percevaient comme compétentes pour recourir à des interventions de modification de l'environnement, des activités physiques et des activités structurées, ce qui peut expliquer leur préférence à utiliser ce type d'interventions. Les résultats de la présente étude ne permettent pas de savoir si les interventions sont faites en complémentarité avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, ce qui influencerait le choix de certaines interventions au détriment de celles prises en charge par d'autres professionnels. Les résultats ne permettent pas non

plus de savoir si les ergothérapeutes sont plus compétentes en fonction des formations continues reçues, car la présente étude n'a pas exploré ces aspects.

Facilité d'intégration des résultats probants dans la pratique

Peu d'ergothérapeutes de l'étude estimaient qu'il est facile d'intégrer les résultats probants dans leur pratique, alors qu'elles étaient plus nombreuses à indiquer que le temps requis pour l'intégration des résultats probants est un obstacle majeur. Ces résultats concordent avec ceux de Bennett *et al.* (2016), d'Upton *et al.* (2014) et de Thomas et Law (2013). Peu de temps sur les heures de travail est alloué à la recherche de résultats probants, les ergothérapeutes doivent alors se baser sur leur expérience professionnelle, les formations suivies et leurs échanges avec des collègues. Toutefois, il y a lieu de croire que les formations suivies reflètent les résultats probants, mais l'étude ne procure pas cette information, tout comme il n'est pas dit que les échanges avec des collègues soient imprégnés des derniers résultats probants.

Par ailleurs, dans la présente étude, le soutien administratif et le contexte organisationnel étaient à la fois un facilitateur et un obstacle à l'intégration des résultats probants dans la pratique, comme l'ont mentionné les participantes dans les entrevues. Bennett *et al.* (2016) et Van't Leven *et al.* (2012) avaient aussi fait ce constat. Ces résultats font valoir l'importance pour les ergothérapeutes d'obtenir du soutien dans leur pratique ; la mise en place de programmes favorisant l'intégration d'interventions probantes dans la pratique serait accueillie positivement par les ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes de l'étude s'appuyaient sur leur expérience professionnelle et sur le partage d'expériences avec des collègues pour guider leurs choix d'interventions, ce qui correspond à ce que Bennet *et al.* (2003) et Thomas et Law (2013) avaient aussi rapporté. Les ergothérapeutes mentionnent s'appuyer sur la formation continue pour avoir accès aux résultats probants et ainsi apporter des changements à leur pratique, tout comme dans l'étude de Bennett *et al.* (2003). L'initiative de faire des recherches dans les bases de données et de critiquer les résultats probants n'était pas leur première action, peu d'ergothérapeutes se tournant vers cette solution étant donné le peu de temps alloué à la recherche durant les heures de travail. La moitié se référait aux documents ministériels, qui sont une source de résultats probants. Les ergothérapeutes ont indiqué aussi consulter une collègue ou encore avoir recours aux membres de l'équipe interdisciplinaire. Il est possible que ce résultat s'explique par une culture forte de partage d'expériences chez les ergothérapeutes, comme le suggéraient Thomas et Law (2013). L'un n'exclut pas l'autre, le partage scientifique peut aussi faire partie du partage d'expériences.

Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces et des limites. Les forces se situent au niveau du caractère inédit de l'objet de recherche et de la représentativité des répondantes. Cette étude est une des premières, à notre connaissance, à documenter l'intégration des résultats probants dans la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des SCPD. Malgré un taux de réponse restreint (6,8 %), l'échantillon est

représentatif des ergothérapeutes en ce qui concerne le genre et les années d'expérience (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2019), la représentativité ayant plus de poids que le taux de réponse (Cook, Heath et Thompson, 2000).

L'étude présente aussi des limites. Malgré la représentativité de l'échantillon, celui-ci demeure petit. Par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire autoadministré permettant d'illustrer la perception des ergothérapeutes sur leur pratique peut rendre moins précises les réponses des participantes à certaines questions, celles aux questions ouvertes demeurant très succinctes. Il est possible que les ergothérapeutes ayant une attitude positive face à l'intégration des interventions probantes aient davantage répondu aux questionnaires et participé à l'entrevue semi-dirigée, biaisant les résultats.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de décrire si les ergothérapeutes intègrent des interventions probantes à leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD. Les résultats montrent que certaines interventions décrites comme étant probantes dans les écrits scientifiques sont moins préconisées par les ergothérapeutes, par exemple, les interventions sensorielles. Ils privilégient les interventions pour lesquelles ils perçoivent positivement leurs compétences. Les sources d'information pour guider la pratique des ergothérapeutes relèvent surtout de l'expérience professionnelle clinique et des formations continues lors des problématiques de SCPD.

La compréhension des facteurs qui guident les ergothérapeutes dans le choix d'interventions permet de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique. Pour donner suite aux résultats de l'étude, le développement d'une formation continue portant sur les interventions reconnues comme efficaces et probantes dans la gestion des SCPD pourrait être une avenue intéressante pour rejoindre les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées atteintes de démence qui présentent des SCPD, puisque c'est le mode privilégié pour connaître les pratiques probantes. Il est aussi possible qu'un partage d'expériences dans le cadre de ces formations procurerait du soutien. Également, il apparaît opportun de mentionner que la formation initiale des ergothérapeutes doit inclure les meilleures interventions probantes destinées aux personnes présentant des SCPD, tout comme les formations universitaires initiales doivent aussi préparer à la recherche des interventions probantes ainsi qu'à leur application dans divers milieux de pratique soumis à diverses contraintes. Jusqu'à ce jour, aucune étude n'a examiné si les formations initiales abordent ces contenus, des recherches futures sont donc nécessaires pour documenter ce point. D'ailleurs, à notre connaissance, aucun référentiel de formation abordant les interventions probantes auprès des personnes présentant des SCPD n'est disponible.

Déclaration conflit d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *The SENATOR-OnTop series. BMJ Open*, 7(3), e012759-e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Auld, L. M. et Johnston, L. M. (2018). A touchy topic: tactile assessment among pediatric therapists. *Disability and Rehabilitation*, 40(3), 267-276. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1250170>
- 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., 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, 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.), *Approche mixte des méthodes qualitatives et quantitatives* (pp. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765-785. <https://doi.org/10.1007/s11940-013-0257-2>
- Cook, C., Heath, F. et Thompson, R. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-36. <https://doi.org/10.1177/00131640021970934>
- Finkell, S. I. et Burns, A. (1999). *BPSD Consensus statement*. International Psychogeriatric Association.
- Fortin, F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Graff, M., Van Melick, M., Thijssen, M., Verstraten, P. et Zajec, J. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants. Le programme COTID* (traduction J. M. Caire et A. Schabaille). De Boeck.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et 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 : revue systématique*. Québec, Gouvernement du Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf
- Kales, H. C., Gitlin, L. N. et Lyketsos, C. G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>
- Legere L. E., McNeill, S., Schindel, M. L., Acorn, M. et An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1360-e1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.14007>
- 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>
- Meyer, C. et O'Keefe, F. (2018). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia* (Londres), 1471301218813234. <https://doi.org/10.1177/1471301218813234>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Autonomie. Agitation dans les démences*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/17~v~2018-2019.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *La démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- 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, 565-574. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12514>
- Scales, K., Zimmerman, S. et Miller, S. J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*, 58(1), S88-S102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>
- Thomas, A. et Law, M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), e55-e65. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006395>
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B. et Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38. <https://doi.org/10.4276/030802214X13887685335544>
- Van't Leven, N., Graff, M., Kaijen, M., de Swart, B. J. M., Olde Rikkert, M. G. M. et Vernooij-Dassen, M. J. M. (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.