

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Éditorial

- Le langage reflète et façonne les réalités sociales :
une prise de position de la RFRE** 3-6
Léa Nussbaumer, Marc-André Pellerin, Mathilde Berger, Alison Borda, Clarisse Mottaz, Virgile Paupelin, Nicolas Kühne

Portrait de chercheur

- Ross Parry** 7-10
Mathilde Berger

Articles de recherche

- Exploration de la participation professionnelle des personnes ayant un
déficit visuel en Suisse romande** 11-31
Emilia Green, Clémence Coquoz, Yaël Flach, Marlyse Schmid, Julie Desrosiers
- Évaluation de la lisibilité et de la fluidité de l'écriture manuelle d'élèves
franco-québécois de 1^{re} et 2^e année du primaire** 33-59
Mélissa Coallier, Pénélope Blondin-Nadeau, Mélanie Couture, Sarah Blain,
Evelyne Dery, Simon Gagné, Alexandra Labeaume, Frédéric Marquis,
Marie-Hélène Taschereau, Emmanuelle Jasmin
- Facilitants et obstacles à l'ergothérapie communautaire en France :
vers l'élargissement du champ de pratique des ergothérapeutes** 61-84
Cédrine Jouve, Marie-Hélène Lévesque, Mélanie Levasseur
- Qu'est-ce que le professionnalisme en ergothérapie ?
Étude des représentations d'étudiants et de superviseurs de stagiaires
francophones du Québec** 85-108
Julie-Pier Boudreault, Catherine Madon, Chloé Rioux, Paméla Rousseau,
Marie-Josée Drolet, Nancy Baril, Alexandra Lecours
- Synthèse des facteurs externes qui influencent la capacité des
ergothérapeutes à agir en tant qu'agents de changement** 109-130
Corinne Valiquette, Laura-Maude Houle, Kathrynne Chamberland-Deschênes,
Anaïs Métivier-Francis, Alice Dionne-Oseciuc, Caroline Beaulne, Annie Carrier

Vu pour vous

- R-évolution occupationnelle : 18^{ème} congrès international de la World
Federation of Occupational Therapists (WFOT), août 2022, Paris, France** 131-134
Camille Guerin, Marion Darve
- Les bénéfices de participer à des hackathons en tant qu'ergothérapeute :
description de mon expérience au sein de l'association HackaHealth** 135-140
Ariane Travers, Thibault Blumé

Résumés du JOS

141-144



LE LANGAGE REFLÈTE ET FAÇONNE LES RÉALITÉS SOCIALES : UNE PRISE DE POSITION DE LA RFRE

Depuis une dizaine d'années, nos sociétés sont (re)traversées par divers mouvements sociaux émancipateurs (anticolonial et antiraciste, féministe, LGBTQIA+, etc.) qui militent pour davantage de justice sociale. À titre d'exemple, il est possible de citer le mouvement *Idle no more* (« Jamais plus l'inaction »), qui se déploie depuis 2012 pour défendre le respect et la souveraineté des peuples autochtones au Canada. De son côté, le mouvement *Black Lives Matter* (« Les vies noires comptent ») a émergé en 2013 pour dénoncer le racisme systémique et les violences policières envers les personnes noires. Quant au mouvement *Ni Una Menos* (« Pas une de moins »), il est né en 2015 à la suite des manifestations massives organisées en Argentine contre les féminicides, puis contre tout type de violences et de discriminations de genre.

Si le chemin parcouru est important, les discriminations sont encore bien trop nombreuses aujourd'hui, tant dans nos sociétés que dans le langage parlé et écrit. Le langage non seulement refléterait les réalités sociales, mais il les façonnerait également de manière importante, contribuant ainsi à la construction et à la perpétuation des discriminations et des stéréotypes. Ceux-ci touchent autant les femmes que les minorités, telles que les personnes LGBTQIA+, les personnes racisées et les personnes en situation de handicap, pour ne citer que quelques groupes. C'est en réaction à ces constats que le langage inclusif s'est progressivement développé. Le terme « langage inclusif » désigne un langage qui n'exclurait personne pour motif de genre, d'âge, d'origine ethnique, d'orientation sexuelle, de handicap ou tout autre motif (Loison *et al.*, 2020 ; Loison et Perrier, 2022 ; Viennot, 2020). Le recours à un langage inclusif doit permettre de visibiliser les femmes et les minorités de genre, mais également de lutter contre toute forme de racisme, d'âgisme ou de discrimination envers les personnes en situation de handicap.

Cela dit, la mise en œuvre d'un langage inclusif à l'écrit soulève de nombreuses questions. En effet, à ce jour il n'existe pas de norme de rédaction du langage inclusif qui fasse consensus. D'ailleurs, aucune norme ne saurait entrer en résonance avec les préoccupations et les attentes de tous les groupes au sein de la société ni prétendre pouvoir toutes les satisfaire. La langue étant considérée comme vivante, il importe de garder en tête qu'elle évolue et continuera d'évoluer, tout comme notre apprentissage de celle-ci. Il s'agit de faire preuve de réflexivité, de porter une attention particulière aux termes que nous utilisons afin de ne pas perpétuer de biais de genre ou renforcer des stéréotypes autour du handicap, par exemple.

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.v8n2.237

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



Malgré l'absence de norme universelle de rédaction du langage inclusif, certains principes peuvent néanmoins être observés. À propos de l'application du langage inclusif en rapport au genre, les linguistes et autres spécialistes (p. ex. Abbou *et al.*, 2018 ; Gygax *et al.*, 2021) encouragent le recours à des formes de langage inclusif non systématiques, c'est-à-dire des formes de langage qui soient le résultat d'une réflexion, d'une tentative de rendre compte de la réalité que l'on veut décrire. Par exemple, une personne mal à l'aise avec le recours à des formes de genre neutres qui favorisent l'inclusion de personnes non binaires pourrait choisir de parler des ergothérapeutes au féminin uniquement. Un tel choix peut être justifié par le fait que les ergothérapeutes sont en grande majorité des femmes et que c'est bien la réalité qu'elle souhaite décrire. Mais il est également possible de proposer une double désignation des ergothérapeutes, au féminin et au masculin, si cette personne pense que cela est plus représentatif de la réalité. Cela se fait en respectant l'ordre alphabétique pour l'ordre d'apparition des noms (« les étudiantes et les étudiants » mais « les traducteurs et les traductrices »). D'autres vont préférer l'utilisation du point médian pour conserver un style synthétique (« les étudiant·e·s ») ou avec l'ajout de la marque du neutre « les étudiant·e·s·x ». Pour l'accord de l'adjectif, c'est la règle grammaticale dite de la proximité qui est appliquée (« les traducteurs et les traductrices sont rémunérées »), ce qui permet d'alterner dans le texte les accords au féminin et au masculin.

Concernant les autres formes de langage inclusif, soit les formulations en matière d'âge, de race, de handicap ou de désignation de personnes atteintes dans leur santé, des formulations non discriminatoires sont rendues possibles notamment en évitant la substantification (préférer « les personnes présentant une schizophrénie » plutôt que « les schizophrènes », les « personnes en situation de handicap » plutôt que « les handicapés »). En matière d'âge, le plus simple est de donner des fourchettes d'âge, comme « personnes de 18 à 25 ans » ou « personnes de plus de 65 ans » ou de mentionner plutôt un statut (majorité, retraite). À noter que l'âge « adulte » comprend tous les âges de la vie succédant à l'adolescence. Par ailleurs, l'utilisation de certains termes jugés problématiques tels que « une personne de couleur » sont déconseillés. À la place, l'utilisation du terme « une personne racisée » est conseillée (Amnesty International, 2022). De plus, lorsqu'on ne se réfère pas à des catégories scientifiques, on choisira de préférence les dénominations choisies par les personnes concernées plutôt que d'autres dénominations existantes (par exemple « seniors » plutôt que « personnes âgées »). Enfin, de façon générale, une règle peut être énoncée ici : il est nécessaire de s'enquérir auprès des personnes concernées de quelle(s) manière(s) elles souhaitent être appelées afin d'adapter son langage en fonction du milieu et des personnes avec qui l'on se trouve. Ce tour d'horizon met ainsi en lumière l'aspect évolutif et situationnel du langage et la possibilité de choisir entre plusieurs formes de langage inclusif lors de la rédaction. Les personnes soucieuses d'utiliser le langage inclusif dans leurs écrits sont donc encouragées à choisir la forme de langage la plus adaptée à chaque situation ou celle qui leur convient le mieux.

C'est dans ce contexte que le comité et le bureau éditorial de la RFRE ont entamé une réflexion entourant le langage inclusif. La RFRE était déjà sensible aux enjeux liés à la justice sociale, ayant par exemple contribué à la traduction de la déclaration antiraciste rédigée par le comité éditorial du *Journal of Occupational Science* (Stanley *et al.*, 2021), également publiée dans l'édition d'automne 2021 de la revue (Nussbaumer,

2021). En 2020, la revue s'est donné l'objectif d'évaluer la possibilité d'intégrer des pratiques de langage inclusif qui puissent inclure la société dans son ensemble, visibiliser les femmes et les minorités et limiter la perpétuation de violences et de discriminations. Or, l'aspect évolutif et situationnel du langage inclusif décrit précédemment représente un enjeu de taille pour l'harmonisation des textes d'une revue scientifique. Historiquement, le milieu de l'édition a eu tendance à adopter une posture normative en matière d'écriture, se référant à une multitude de règles très précises, afin de garantir la publication de textes uniformes. À titre d'exemple, pensons aux règles de l'American Psychological Association que plusieurs revues scientifiques, dont la RFRE, suivent pour harmoniser la présentation des articles. C'est pourquoi, par ethos professionnel, la RFRE, comme d'autres revues scientifiques (Arbogast, 2017), aurait pu chercher à écarter les enjeux autour du langage inclusif. En dépit de ces considérations, le bureau éditorial de la RFRE a néanmoins cherché à élaborer un projet d'application, à la fois réaliste et tenant compte des contraintes éditoriales et des ressources à disposition de la RFRE. En parallèle, le bureau éditorial a commencé à recevoir et à publier des manuscrits utilisant un langage inclusif (p. ex. Latulippe et Giroux, 2020), venant renforcer l'intérêt de mener à terme un projet d'application du langage inclusif dans la RFRE.

C'est ainsi que, sur la base des travaux menés par le bureau éditorial autour du thème du langage inclusif, les membres du comité éditorial de la RFRE ont adopté une position officielle concernant le langage inclusif, lors du congrès de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) qui s'est tenu à Paris en août 2022. Le comité a adopté la position suivante :

La RFRE est sensible à l'utilisation du langage inclusif dans le but de rendre visibles les situations de mixité ou de non-mixité du monde social. La RFRE accueille donc favorablement la soumission de manuscrits recourant à un langage inclusif. Ce faisant, toute personne est libre de soumettre un manuscrit comme elle le souhaite. Ce choix n'aura aucun impact sur la décision éditoriale de la RFRE.

En d'autres termes, si la RFRE se positionne favorablement face au recours à un langage inclusif, le choix d'utiliser ou non le langage inclusif demeure à la discrétion des personnes qui soumettent un article à la RFRE et n'a aucun impact sur la décision éditoriale d'accepter ou non un manuscrit. Cette position présente l'avantage de montrer la sensibilité de la RFRE envers les enjeux de justice sociale et d'utilisation du langage inclusif, tout en laissant le loisir aux auteurs et autrices de choisir la forme d'écriture qui leur convient.

Cette résolution s'accompagne également d'un projet d'application, qui comprend, d'une part, le recours à un langage inclusif entre les membres du bureau éditorial, dans leurs communications et sur le site internet ; et d'autre part, la formulation de recommandations aux auteurs et autrices de façon à garantir une certaine uniformisation du langage inclusif dans les textes et ainsi de faciliter le travail éditorial. Ces recommandations sont à la disposition des personnes désireuses d'utiliser un langage inclusif dans leur manuscrit dans l'onglet « Soumissions » du site internet de la revue. Comme il n'existe pas de norme universelle du langage inclusif, ces recommandations n'ont bien sûr aucune valeur prescriptive. Enfin, le projet

d'application d'un langage inclusif comprenait la rédaction d'un éditorial sur la question, ce qui est désormais chose faite.

Au terme de ce premier pas, que certaines et certains qualifieront d'audacieux, la RFRE fait le pari que son ouverture permettra de proposer une variété de textes représentatifs de la diversité que comprennent nos communautés. La RFRE demeure toutefois lucide. Une telle position contribuera peu à amoindrir les enjeux de justice sociale dans nos sociétés et reste essentiellement symbolique. Elle offre toutefois la possibilité aux auteurs et autrices qui le souhaitent de soumettre des articles en accord avec leurs valeurs et leur conscience. Dans le monde de l'édition scientifique généralement très normatif, c'est finalement un grand pas que fait aujourd'hui la RFRE en promouvant l'expression de cette liberté de conscience.

Léa Nussbaumer, ergothérapeute, MSc, Assistante de réseau
 Marc-André Pellerin, ergothérapeute, PhD, Professeur HES associé
 Mathilde Berger, ergothérapeute, PhD(c), Assistante HES
 Alison Borda, ergothérapeute, MSc, Assistante HES
 Clarisse Mottaz, ergothérapeute, MSc(c), Assistante HES
 Virgile Paupelin, ergothérapeute, MSc(c), Assistant HES
 Nicolas Kühne, ergothérapeute, PhD, Professeur HES ordinaire

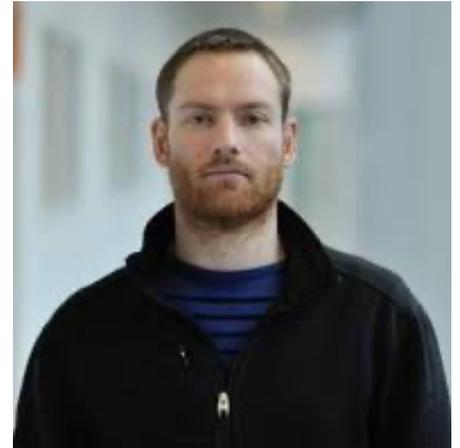
Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbou, J., Arnold, A., Candea, M. et Marignier, N. (2018). Qui a peur de l'écriture inclusive ? Entre délire eschatologique et peur d'émascation. *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, 44. <https://doi.org/10.4000/semen.10800>
- Amnesty International. (2022). Guide de langage inclusif. https://www.amnesty.ch/fr/sur-amnesty/langage-inclusif/langage-inclusif/20210210_guide-langage-inclusif-fr.pdf
- Arbogast, M. (2017). La rédaction non-sexiste et inclusive dans la recherche : enjeux et modalités pratiques (Documents de travail, no 231). Institut national d'études démographiques. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/redaction-non-sexiste-inclusive-recherche/>
- Gygax, P., Zufferey, S. et Gabriel, U. (2021). Le cerveau pense-t-il au masculin ? *Le Robert*.
- Latulippe, K. et Giroux, D. (2020). Être responsable socialement en ergothérapie à travers la recherche participative. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 6(2), 3-6. <https://doi.org/10.13096/rfre.v6n2.189>
- Loison, M. et Perrier, G. (2022). Un « langage excluant » ? Solidité, sincérité et enjeux des arguments d'opposition à l'écriture inclusive. *Travail, genre et sociétés*, 47(1), 153-156. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2022-1-page-153.htm>
- Loison, M., Samuel, O. et Théron, F. (2020). L'écriture inclusive et ses usages dans les revues de sciences humaines et sociales. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03542374/document>
- Nussbaumer, L. C. J. (2021). Collaboration avec le *Journal of Occupational Science*. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 7(2), Art. 2. <https://doi.org/10.13096/rfre.v7n2.216>
- Stanley, M., Rogers, S., Forwell, S., Hocking, C., Nayar, S., Rudman, D. L., Prodinger, B., Vera, L. F., Townsend, E. E., Magalhaes, L., Simaan, J., Reid, H. et Pols, V. (2021). A pledge to mobilize against racism – Translated. *Journal of Occupational Science*, 28(3), 388-397. <https://doi.org/10.1080/14427591.2021.1921562>
- Viennot, É. (2020). Non, le masculin ne l'emporte pas sur le féminin ! *Les Éditions iXe*



PORTRAIT DE CHERCHEUR



ROSS PARRY

Propos recueillis par Mathilde Berger
Ergothérapeute, Doctorante, Assistante HES,
Haute École de Travail Social et de la Santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse

C'est à l'occasion du 18^e congrès de la World Federation of Occupational Therapy (WFOT) que j'ai la chance de rencontrer Ross Parry, ergothérapeute et maître de conférences à l'Université Paris Nanterre. Malgré son implication dans le congrès et la diversité de conférences proposées, il prend le temps de partager avec moi la richesse de son parcours professionnel et de recherche.

Originaire d'Australie, il a obtenu son bachelor en ergothérapie à l'Université du Queensland, en 2004. Ses quatre années de formation lui permettent d'effectuer plusieurs stages à domicile, à l'hôpital ou en milieu de travail. Après l'obtention de son diplôme, il multiplie les expériences professionnelles, d'abord en santé mentale, puis auprès de personnes présentant des troubles musculosquelettiques. Il expérimente également la pratique privée et participe à la réinsertion professionnelle de camionneurs. S'ensuit une grande période de déplacements où Ross voyage au Moyen-Orient, et notamment à Riyad, en Arabie saoudite. À cette occasion, il approfondit ses compétences cliniques auprès de personnes atteintes de troubles neurologiques. Il poursuit ensuite sa route dans plusieurs régions du Royaume-Uni et multiplie les expériences professionnelles par le biais de contrats intérimaires dans l'ensemble du pays.

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.v8n1.233

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



Arrivé en France en 2011, il entreprend un master en sciences de la santé avec un parcours Recherche clinique en réadaptation à l'Université Paris VI Pierre et Marie Curie. Il choisit une option d'approfondissement en neurosciences et s'applique, dans son travail de master, à étudier le contrôle moteur du membre supérieur dans le cadre de l'utilisation d'outils. Accompagné par Gilles Dietrich et Blandine Bril, il propose une expérimentation afin de mieux comprendre la coordination intersegmentaire d'une personne selon ses différents niveaux d'expertise dans des gestes de percussion.

Attiré par la psychologie, la neurologie, les sciences du mouvement et curieux d'approfondir ses connaissances dans ces différents domaines, Ross fait ensuite le choix de continuer son parcours académique en doctorat. Au fil des rencontres et des possibilités de financement, il s'intéresse aux troubles de la marche chez des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, sous la direction d'Olivier Buttelli et de Marie-Laure Welter au sein de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière de Paris. Dans le cadre de ce travail, il élabore une méthode écologique afin de mieux comprendre les troubles locomoteurs. Cette approche combine le recueil d'expériences subjectives, d'observations ethnographiques et d'enregistrements avec des capteurs embarqués. En mobilisant des concepts issus des sciences cognitives, cette recherche lui permet de rendre compte des dimensions intersubjectives, sensorimotrices et neurobiologiques de l'activité motrice. Il documente ainsi les différents schémas de marche observés chez des personnes ayant la maladie de Parkinson et les dynamiques qui contribuent à leur émergence dans des situations de la vie quotidienne.

Ross Parry soutient sa thèse en 2017 et rejoint rapidement en postdoctorat l'équipe Assistance aux gestes et applications thérapeutiques à l'Institut des systèmes intelligents et de robotique de Paris. À cette occasion, il reprend ses recherches sur l'utilisation d'outils. Il s'intéresse en particulier aux échanges de forces à l'interface main-objet pendant des tâches de préhension, et aux modifications qui ont lieu à la suite d'une lésion neurologique. Par la suite, il commence à explorer les interactions personne-exosquelette, et les effets des différents modes de contrôle sur l'apprentissage moteur. Il postule rapidement à un poste de maître de conférences, qu'il obtient, au sein de la filière des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) de l'Université Paris Nanterre. Depuis, il enseigne différentes disciplines dans les parcours « Activité physique adaptée et santé » et « Réhabilitation, inclusion et bien-être ».

Durant son parcours, Ross a eu l'occasion de faire plusieurs rencontres inspirantes qui ont participé au développement de sa carrière de chercheur. Blandine Bril, Gilles Dietrich et Tetsushi Nonaka l'ont marqué pour leur capacité à impulser une vision technique, scientifique et esthétique de la recherche. Il cite également la lecture de l'article intitulé « Learning from the body about the mind » (Riley *et al.*, 2012), comme source d'inspiration.

Ross a déjà plusieurs réalisations scientifiques à son actif. Il a participé à deux projets financés par l'Agence nationale de la recherche française. Les communications qui lui semblent les plus abouties à ce jour sont celles parues dans les journaux *Disability and Rehabilitation* et *Journal of Neurophysiology*.

Mais alors, quels sont les prochains défis de Ross Parry ? Dans l'année à venir, Ross envisage de se recentrer sur ses recherches sur la dextérité et l'utilisation d'outils. Il s'investira également dans l'encadrement de plusieurs projets de thèse. Dans ses travaux, il cherchera à mieux comprendre les apports et inconvénients des retours tactiles et kinesthésiques dans les technologies innovantes d'assistance au geste ; l'influence des consignes et contextes fonctionnels sur la régulation de la force de préhension ; et les effets des outils adaptatifs dans la prévention de troubles musculosquelettiques.

Selon Ross, le plus grand défi que rencontrent les ergothérapeutes qui désirent s'impliquer en recherche consiste à identifier les situations pour lesquelles ils peuvent apporter une contribution unique. Sa principale suggestion pour soutenir le développement de la recherche passe par la reconnaissance des compétences spécifiques des ergothérapeutes dans des domaines multiples (comme l'implémentation de nouvelles technologies auprès de populations spécifiques). Au-delà de l'expérience, il insiste sur l'importance pour chacun·e de cultiver sa propre curiosité (même dans des domaines relativement peu explorés par des ergothérapeutes à ce jour) et d'aller au bout des projets entrepris.

Si les travaux de Ross Parry vous intéressent, n'hésitez pas à prendre connaissance de ses écrits et à le contacter directement : ross.parry@parisnante.fr.

Lebleu, J., Parry, R., Bertouille, C., de Schaetzen, M., Mahaudens, P., Wallard, L. et Detrembleur, C. (2021). Variations in patterns of muscle activity observed in participants walking in everyday environments: Effect of different surfaces. *Physiotherapy Canada*, 73(3), 268-275. <https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0097>

Parry, R., Buttelli, O., Riff, J., Sellam, N., Vidailhet, M., Welter, M.-L. et Lalo, E. (2019). "The whole perimeter is difficult": Parkinson's disease and the conscious experience of walking in everyday environments. *Disability and Rehabilitation*, 41(23), 2784-2791. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1479779>

Parry, R., Buttelli, O., Sellam, N., Riff, J., Vidailhet, M., Welter, M.-L. et Lalo, E. (2022). "Le regard des autres": The experience of walking in social environments as a person with Parkinson's disease. *Psychology & Health*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2047187>

Parry, R., Dietrich, G. et Bril, B. (2014). Tool use ability depends on understanding of functional dynamics and not specific joint contribution profiles. *Frontiers in Psychology*, 5, 306. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00306>

Parry, R., Macias Soria, S., Pradat-Diehl, P., Marchand-Pauvert, V., Jarrassé, N. et Roby-Brami, A. (2019). Effects of hand configuration on the grasping, holding, and placement of an instrumented object in patients with hemiparesis. *Frontiers in Neurology*, 10, 240. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00240>

Parry, R., Sarlegna, F. R., Jarrassé, N. et Roby-Brami, A. (2021). Anticipation and compensation for somatosensory deficits in object handling: Evidence from a patient with large fiber sensory neuropathy. *Journal of Neurophysiology*, 126(2), 575-590. <https://doi.org/10.1152/jn.00517.2020>

Roby-Brami, A., Jarrassé, N. et Parry, R. (2021). Impairment and compensation in dexterous upper-limb function after stroke. From the direct consequences of pyramidal tract lesions to behavioral involvement of both upper-limbs in daily activities. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 662006. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.662006>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Riley, M. A., Shockley, K. et Van Orden, G. (2012). Learning from the body about the mind. *Topics in Cognitive Science*, 4(1), 21-34. <https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2011.01163.x>



EXPLORATION DE LA PARTICIPATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES AYANT UN DÉFICIT VISUEL EN SUISSE ROMANDE

Emilia Green¹, Clémence Coquoz², Yaël Flach³, Marlyse Schmid⁴, Julie Desrosiers⁵

¹ Ergothérapeute en gériatrie, Gesundheitszentrum für das Alter Entlisberg, Zürich, Suisse

² Ergothérapeute en psychiatrie, Fondation de Nant, Corsier-sur-Vevey, Suisse

³ Ergothérapeute en psychiatrie, ancienne étudiante HETSL, Lausanne, Suisse

⁴ Ergothérapeute en basse vision, Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne, Suisse

⁵ Ergothérapeute, PhD, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Lausanne, Suisse

Adresse de contact : emilia.green.c@gmail.com

Reçu le 14.09.2020 – Accepté le 28.04.2022

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.v8n2.184

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



RÉSUMÉ

Introduction. Selon une estimation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2012), environ 80 millions de personnes dans le monde sont en âge de travailler et présentent une déficience visuelle. Une étude réalisée en Suisse a révélé que les personnes qui dévoilent leur situation de handicap ont un risque plus élevé d'être licenciées ou de ne pas être embauchées (Johner-Kobi et al., 2015).

Objectifs. La présente étude vise à identifier et décrire les facilitateurs et les obstacles à la participation au travail selon la perspective des personnes ayant une déficience visuelle et explore le processus de dévoilement de la situation de handicap dans le milieu de travail.

Méthode. Cette étude s'est basée sur une méthodologie de recherche descriptive et interprétative. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec des personnes confrontées à des difficultés de participation au travail en raison de leur déficience visuelle (N = 3 participant·e·s). L'analyse des données s'est faite selon une méthode d'analyse thématique.

Résultats. L'analyse a permis de dégager 15 thèmes abordés par les participant·e·s. Le processus de prise de décision concernant le dévoilement de la situation de handicap en milieu de travail a été illustré par un schéma explicatif.

Conclusion. Les interventions ergothérapeutiques bénéficieraient d'intégrer l'analyse des obstacles et facilitateurs de l'environnement social professionnel de la personne ayant une déficience visuelle afin de prévenir les effets négatifs sur la participation au travail.

MOTS-CLÉS

Participation professionnelle, Déficience visuelle, Dévoilement

EXPLORATION OF THE PROFESSIONAL PARTICIPATION OF PEOPLE WITH A VISUAL DEFICIT IN ROMANDIE

ABSTRACT

Introduction. According to an estimate by the World Health Organization (WHO, 2012), around 80 million people worldwide are of working age and have a visual impairment. A study conducted in Switzerland found that people who disclose their visual disability are more likely to be laid off or not be hired (Johner-Kobi *et al.*, 2015).

Objectives. This study aims to identify and describe the facilitators and obstacles to participation in work from the perspective of people with visual disabilities and explores the process of disclosing disability in the workplace.

Methods. This study was based on a descriptive and interpretative research methodology. Semi-structured interviews were carried out with people faced with difficulties in participating in work due to their visual impairment (N = 3 participants). Data analysis was carried out using a thematic analysis.

Results. The analysis made it possible to identify 15 themes addressed by the participants. The decision-making process for disclosing disability in the workplace has been illustrated with an explanatory diagram.

Conclusion. Occupational therapy interventions would benefit from integrating the analysis of obstacles and facilitators of the professional social environment of the visually impaired person to prevent negative effects on participation in work.

KEYWORDS

Professional participation, Visual impairment, Disclosure

INTRODUCTION

La situation de handicap au travail

Environ 285 millions de personnes dans le monde ont une déficience visuelle, parmi lesquelles plus de 80 millions sont en âge de travailler, soit ont entre 15 et 49 ans (OMS, 2012). En Suisse, 4 % de la population serait atteinte d'une déficience visuelle et plus d'un tiers de ces personnes sont, ou seront, en âge de travailler (Union centrale suisse pour le bien des aveugles [UCBA], 2012). Les déficiences visuelles se manifestent de manières diverses, allant de la basse vision à la cécité complète, et ont des répercussions variées sur la vie quotidienne des personnes concernées, notamment sur l'activité de travail (UCBA, 2012). Le rôle des ergothérapeutes en basse vision est de réduire les répercussions de la situation de handicap afin de maintenir ou améliorer la participation aux activités de la vie quotidienne (Scheiman *et al.*, 2007).

Une étude qualitative et quantitative d'envergure réalisée en Suisse portant sur le handicap visuel et le marché du travail auprès de plus de 350 participant·e·s, principalement des personnes ayant une déficience visuelle, mais aussi des employeurs, a permis de générer des informations importantes sur la situation professionnelle des personnes ayant une déficience visuelle (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Cette étude souligne l'importance d'aborder cette thématique afin de réduire les obstacles professionnels rencontrés par ces personnes. En effet, l'analyse des résultats de l'étude de Johner-Kobi et autres (2015) a révélé que les connaissances insuffisantes de certains employeurs sur les possibilités d'adaptation existantes, ainsi que les préjugés sur le manque de productivité de ces personnes, diminuent leurs chances d'être engagées. Selon la même étude, ces personnes sont également plus susceptibles d'être licenciées lors d'une réduction de personnel (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Sur 282 participant·e·s interrogé·e·s ayant une déficience visuelle, 30,6 % rapportent avoir dû changer de métier en raison de leur déficience visuelle. Parmi les personnes qui ont dû changer de métier, 73 % estiment ne pas avoir de possibilités d'avancement professionnel (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Par ailleurs, une étude réalisée aux États-Unis a rapporté que les employeurs qui ont davantage de connaissances dans le domaine de la déficience visuelle ont également une attitude plus positive envers leurs employé·e·s qui sont dans une situation de handicap (McDonnall *et al.*, 2014).

Le manque de connaissance et la complexité de ces situations de handicap, lequel est souvent invisible, peuvent amener l'entourage des personnes affectées à ne pas comprendre le problème qu'elles vivent ou même à remettre en cause son authenticité (Prince, 2017). Les personnes ayant une déficience visuelle peuvent hésiter à dévoiler leur handicap sur leur lieu de travail (Prince, 2017). En effet, la peur de la non-acceptation de la situation de handicap par leurs collègues et employeurs et la peur de la perception des autres peuvent influencer sur la décision de communiquer une situation de déficience visuelle (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Cependant, le fait de ne pas la révéler peut éventuellement conduire à une perte d'emploi car, sans adaptation, ces personnes pourraient ne pas être aussi productives que leurs collègues (Johner-Kobi *et al.*, 2015). La participation professionnelle de ces personnes peut donc être

affectée par différents facteurs tels que les ressentis et les appréhensions de la personne ainsi que par la compréhension de son entourage au travail à l'égard du handicap.

La participation professionnelle

Le concept de participation professionnelle est compris comme un phénomène complexe influencé par un ensemble de facteurs qui doivent être pris en considération lors des interventions (Briand *et al.*, 2007). Ainsi, selon le modèle de Sherbrooke sur la situation de handicap au travail (Loisel *et al.*, 2001), quatre systèmes influencent la participation professionnelle des personnes en situation de handicap. Ces quatre systèmes sont le système de la santé, le système personnel, le système des assurances et le système de l'environnement de travail (Loisel *et al.*, 2001). La dynamique et les liens entre ces quatre grands systèmes vont faciliter ou gêner la participation professionnelle (Corbière et Durand, 2011). Selon ce modèle, une participation professionnelle limitée n'est plus considérée simplement comme une conséquence de la déficience, mais plutôt comme le résultat d'interactions entre la personne et les systèmes.

La plupart des études ayant exploré la participation au travail des personnes ayant une déficience visuelle ont documenté principalement les facteurs personnels influençant la participation professionnelle ; un nombre limité d'études ont exploré d'autres facteurs tels que le système de l'environnement de travail. Concernant le système personnel, l'étude de Johner-Kobi et autres (2015) a identifié que les facteurs facilitant la réussite professionnelle sont, par exemple, la capacité à demander de l'aide, les stratégies d'action et de communication proactives et la capacité à s'adapter à l'évolution constante des technologies d'assistance. Cette même étude relève aussi des facteurs défavorables qui peuvent nuire à la réussite de l'intégration professionnelle. Les stratégies d'évitement ou encore un engagement professionnel supérieur à la moyenne pour compenser un besoin de temps additionnel dans certaines tâches peuvent conduire à un *burn-out* et ainsi nuire à la participation professionnelle (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Selon Griffon, psychologue clinicien spécialisé en basse vision, lors d'une détérioration de la vision, la personne doit passer par un processus de deuil afin d'intégrer ce changement dans ses activités de travail. Ce processus de deuil a des répercussions sur ses relations sociales au travail, sa décision de révéler ou non le handicap sur son lieu de travail et sa demande de moyens auxiliaires (Griffon, 2003). Ayant interrogé 160 personnes concernées par une détérioration de la vision, Johner-Kobi et autres (2015) apportent des données supplémentaires et constatent que 46,9 % ont parlé de la détérioration de leur vision à leurs supérieur·e·s et un pourcentage moindre (38,1 %) en ont parlé à leurs collègues (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Toutefois, le fait d'avoir parlé ouvertement de la péjoration de la vision n'a conduit à aucune adaptation dans 3,5 % des cas (Johner-Kobi *et al.*, 2015).

Les employé·e·s passent beaucoup de temps sur leur lieu de travail et l'environnement physique de celui-ci influence directement leur bien-être et leur performance au travail (Kamarulzaman *et al.*, 2011). Selon la Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap (Organisation des Nations unies [ONU] art. 9, par. 1 et 2), l'accessibilité à l'environnement physique devrait être garantie. Cependant, les

transports publics ne sont pas toujours accessibles aux personnes ayant une déficience visuelle, ce qui augmente la dépendance de ces personnes à l'égard de leur entourage pour leurs déplacements et représente un frein à l'accès au travail (Cobb, 2013 ; Gallagher *et al.*, 2011). Sur les lieux de travail, certaines personnes sont aussi confrontées à des facteurs environnementaux physiques défavorables, tels que le manque de soutiens techniques et de moyens auxiliaires (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Metzger et Barril (2004), qui se sont intéressé·e·s à la thématique de l'insertion professionnelle des travailleuses et travailleurs aveugles et sourd·e·s, relèvent que même lorsque des adaptations sont mises en place, celles-ci peuvent être insuffisantes ou incorrectement conçues car elles ciblent généralement la déficience. Cette manière de concevoir l'insertion néglige, par exemple, la nécessité d'adapter l'environnement organisationnel aux spécificités des travailleuses et travailleurs concerné·e·s (Metzger et Barril, 2004).

Le dévoilement du handicap

Les limitations organisationnelles et de l'environnement physique font partie des raisons les plus courantes motivant les personnes à divulguer leur handicap au travail, afin de pouvoir demander des adaptations de l'environnement physique et des horaires (Brohan *et al.*, 2012). L'étude de Johner-Kobi et autres (2015) confirme ces résultats en soulignant que ce sont les besoins d'adaptation qui poussent les personnes à dévoiler leur déficience visuelle au travail ; ces autrices et auteurs ajoutent que le dévoilement dépend aussi de l'acceptation de sa déficience par la personne et de la bienveillance de l'équipe de travail (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Cependant, certains préjugés peuvent décourager les personnes de divulguer leur handicap et amener à une réduction des possibilités professionnelles ou même à du harcèlement de la part des collègues, qui auraient peur d'une surcharge de travail pour compenser les difficultés de leur collègue ayant un handicap (Waghorn et Lewis, 2002). D'ailleurs, la peur de ces préjugés est l'une des raisons qui poussent les personnes à ne pas dévoiler leur handicap, à côté de la crainte de ne pas être embauché·e, d'être traité·e de façon inéquitable et d'être rejeté·e ou discriminé·e (Brohan *et al.*, 2012). Malgré cette peur de la discrimination, 76,1 % des 176 personnes interrogées mentionnent leur handicap dans leur lettre de candidature, lors de l'entretien d'embauche ou lorsqu'elles commencent à travailler (Johner-Kobi *et al.*, 2015). Cependant, selon la même étude, 15,3 % des personnes interrogées ne révèlent leur handicap que lorsque le travail s'avère trop difficile et 8,5 % n'abordent pas la question de leur handicap sur leur lieu de travail. Le choix du moment de la divulgation est important ; une personne pourrait, par exemple, se sentir plus à l'aise de divulguer son handicap après avoir démontré ses capacités et son efficacité au travail (Waghorn et Lewis, 2002).

Plusieurs facilitateurs et obstacles viennent influencer la participation professionnelle des personnes en situation de handicap. Certains obstacles peuvent être réduits par une adaptation de l'environnement physique et des tâches de travail. Cependant, pour avoir accès à ces mesures d'adaptation, la personne doit d'abord dévoiler sa situation de handicap malgré sa peur des préjugés et de la discrimination. L'étude de Johner-Kobi et autres (2015) a, entre autres, analysé la perspective des personnes ayant une déficience visuelle au travail. Cependant, aucune étude n'a exploré en profondeur

l'expérience de dévoilement de leur déficience visuelle vécue par les personnes et ses répercussions sur leur participation professionnelle.

L'objectif de la présente étude est de décrire les facteurs facilitateurs et les obstacles relatifs à la participation professionnelle selon la perspective des personnes ayant une déficience visuelle. L'accent a été mis sur la prise de décision quant au dévoilement de la déficience visuelle et sur ses répercussions sur la participation professionnelle.

MÉTHODES

Dispositif de l'étude

Cette étude qualitative a documenté la perspective des personnes ayant une déficience visuelle par une démarche descriptive et interprétative, qui permet de représenter une expérience de manière détaillée et holistique (Gallagher, 2014). Cette étude exploratoire a investigué la situation complexe au travail des personnes ayant une déficience visuelle afin de découvrir des éléments signifiants et de générer des hypothèses pour de futures recherches (Marshall et Rossman, 2014). De plus, une démarche inductive et interprétative a permis d'exposer la complexité du sujet de recherche et d'analyser le sens des différentes composantes en interaction (Gallagher, 2014). La conception d'une représentation visuelle (Figure 1) a permis d'illustrer les relations entre les thèmes émergeant de l'analyse.

Participant·e·s

Afin d'avoir une compréhension plus approfondie de la déficience visuelle au travail et du défi représenté par le dévoilement de cette déficience, l'échantillonnage raisonné a été utilisé pour recruter les participant·e·s (Fortin, 2010). Les participant·e·s ont été sélectionné·e·s selon des critères d'inclusion et d'exclusion par la quatrième autrice de cette étude qui avait accès à la clientèle cible. Pour être incluses dans l'étude, les personnes devaient présenter un déficit visuel, être en âge de travailler et avoir vécu des difficultés sur leur lieu de travail. Ont été exclues les personnes présentant un autre handicap pouvant influencer la participation professionnelle ou ne permettant pas la réalisation d'un entretien. La participation à l'étude s'est faite sur une base volontaire.

Collecte de données

Deux entretiens semi-dirigés ont été effectués avec chaque participant·e afin d'avoir un dispositif de recherche souple, évolutif et itératif (Gallagher, 2014). Les entretiens individuels et en face à face donnent accès au langage non verbal et aux signes tacites des personnes, permettant une qualité élevée de collecte de données pour ce type d'étude (Thorne, 2008). Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participant·e·s et retranscrits manuellement. La première rencontre a permis d'expliquer les objectifs de l'étude et d'effectuer la première collecte de données. La deuxième rencontre, environ deux semaines plus tard, avait pour but d'approfondir certains thèmes, de clarifier certains propos, de préciser les idées et de valider les hypothèses de compréhension (Thorne,

2008). Les entretiens individuels ont été menés par les trois premières et premiers auteurs de l'étude, dans le cadre de la réalisation de leur travail de Bachelor en ergothérapie. Les rencontres ont été guidées par un canevas d'entretien conçu pour cette étude afin de rapporter les expériences vécues des participant-e-s (Tableau 1). Ce canevas fut utilisé pour guider les entretiens mais les discussions sont restées souples et ont débuté avec des questions ouvertes. Le canevas a servi de fil conducteur tout en laissant la possibilité aux participant-e-s de diriger l'entretien selon leur expérience personnelle. Cette collecte de données qualitatives avait pour objectif d'obtenir des descriptions et des explications riches et solidement fondées (Blanchet et Gotman, 2010).

Tableau 1 : Canevas d'entretien individuel

Objets	Questions et sous-questions
Dévoilement	<p>Qu'est-ce qui a motivé votre choix de dévoiler ou non votre déficience visuelle ?</p> <p>a. Comment avez-vous su que c'était le moment de le dévoiler ? Ou comment saurez-vous que ce sera le bon moment pour le dévoiler ? Quels sont les critères, selon vous ?</p> <p>b. Qu'avez-vous observé comme changements après avoir dévoilé votre handicap sur votre lieu de travail ?</p> <p>c. Aviez-vous des appréhensions avant de dévoiler votre handicap ? Si oui, comment les avez-vous gérées ? Si non, avez-vous eu de mauvaises surprises ?</p> <p>d. À qui l'avez-vous dévoilé ? À qui ne l'avez-vous pas dévoilé ? Pourquoi ?</p>
Adaptation	<p>Quelles stratégies avez-vous utilisées, et ont-elles fonctionné ?</p> <p>a. Qu'est-ce qui vous a aidé-e à vous sentir mieux au travail ? Qu'est-ce qui vous a empêché-e de vous sentir bien ?</p> <p>b. Comment gérez-vous votre situation de handicap sur votre lieu de travail ? Avez-vous obtenu des adaptations ? De la part de qui ?</p> <p>c. Par manque d'adaptations sur votre lieu de travail, avez-vous dû développer de nouvelles habitudes pour vous adapter à votre travail ? Si oui, pouvez-vous me raconter lesquelles et comment cela s'est fait ?</p>
Perception (injustices, traitements de faveur)	<p>Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez subi des injustices ou des traitements de faveur liés à votre handicap ?</p> <p>a. Comment vivez-vous votre « différence » au travail ?</p> <p>b. Décrivez-nous vos relations avec vos collègues et vos employeurs.</p> <p>c. Aviez-vous des craintes liées à votre trouble visuel avant de commencer votre travail ? Ou en avez-vous toujours actuellement ?</p>

Analyse des données

Le contenu des entretiens a été analysé en utilisant une analyse thématique. Ce type d'analyse qualitative permet un processus de réduction des données. Des thèmes sont définis pour résumer et traiter les données afin de faire ressortir les éléments fondamentaux dans les récits des participant-e-s (Paillé et Mucchielli, 2012).

À partir de la retranscription des entretiens, trois codeuses indépendantes ont identifié les thèmes liés à la participation professionnelle à l'aide d'une trame organisée selon un modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) (Law *et al.*, 1996). Les

thèmes identifiés ont ensuite fait l'objet d'une synthèse, avec un niveau d'accord supérieur à 90 %, puis d'une catégorisation. Les thèmes principaux ont été mis en lien afin d'illustrer le processus de dévoilement de la déficience visuelle sur le lieu de travail.

Considérations éthiques

Afin de garantir le consentement libre et éclairé, chaque participant·e a été informé·e de l'objectif de l'étude, de la raison de sa participation ainsi que de son droit à se retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à se justifier. Un formulaire de consentement a ensuite été transmis aux participant·e·s afin qu'elles et ils le signent, conformément à la Loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (LRH). L'ensemble des données collectées pendant l'étude a été gardé confidentiel et anonyme selon la Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD). Pour garantir le respect de la confidentialité et de l'anonymat, les informations permettant d'identifier les participant·e·s ont été anonymisées en attribuant un numéro à chaque participant·e et en utilisant une écriture inclusive dans les extraits d'entretiens. Les participant·e·s ont été informé·e·s dès la première rencontre du fait que l'anonymat serait respecté tout au long de l'étude. Aucune compensation financière n'a été offerte pour la participation à cette recherche.

RÉSULTATS

Les participant·e·s potentiel·le·s ont été sollicité·e·s *via* leur suivi en ergothérapie dans un hôpital en Suisse romande. Parmi les quatre personnes qui ont initialement été contactées, trois participant·e·s ont accepté de participer au projet et ont donné leur consentement. Les trois participant·e·s (N = 3, nommé·e·s P1, P2 et P3), étaient âgé·e·s de 32 à 55 ans. Deux participantes étaient de sexe féminin et un participant de sexe masculin. Les personnes incluses dans l'étude présentaient un déficit visuel, étaient en âge de travailler et avaient vécu des difficultés sur leur lieu de travail.

Thèmes

À la suite de l'analyse de contenu des entretiens, 67 thèmes relatifs aux facilitateurs et obstacles à la participation au travail ont été identifiés. Sur la base des similitudes thématiques et suivant un fort niveau d'accord entre les codeuses et les codeurs, une synthèse a permis de dégager 15 thèmes principaux (Tableau 2), organisés et présentés selon le modèle PEO de Law et autres (1996). Dans ce modèle, utilisé en ergothérapie, la performance occupationnelle est vue comme la résultante de l'interaction entre la personne, son environnement et son occupation (Margot-Cattin et Margot-Cattin, 2017). La présente étude utilise la structure du modèle PEO pour classer les informations recueillies et identifier les ressources et les problèmes rencontrés liés à la performance professionnelle, car elle permet d'adopter une vision holistique de la situation d'une personne ou d'un groupe (Law *et al.*, 1996).

Tableau 2 : Thèmes dégagés selon le modèle PEO (Law et al., 1996)

Catégories PEO	Facilitateurs à la participation au travail	Obstacles à la participation au travail
Personne (N = 5 thèmes)	Attitudes personnelles Processus d'acceptation du handicap Acceptation des moyens auxiliaires Stratégies personnelles	Incertitude face à l'avenir
Environnement physique (N = 2 thèmes)	Conséquences positives du dévoilement : moyens auxiliaires, adaptations	Dissimuler la déficience : accès restreint aux adaptations
Environnement social (N = 5 thèmes)	Acceptation et soutien des pairs	Expériences antérieures au dévoilement Limitations mises en évidence par les autres Discrimination Conséquences négatives du dévoilement
Occupation (N = 3 thèmes)	Performance au travail	Stress lié au travail Reconversion professionnelle

Attitude personnelle

Les trois participant·e·s interrogé·e·s ont rapporté que leur attitude avait exercé une grande influence sur leur bien-être au travail. Selon elles et lui, adopter une attitude personnelle positive, soit le fait d'être motivé·e, d'avoir la volonté de réussir au travail, les avait aidé·e·s à diminuer leurs limitations et à mieux fonctionner dans leur milieu de travail.

Il fallait juste avoir la volonté de vouloir faire les choses... [Finalement] c'est toi qui te mets des limites. (P2)

Processus d'acceptation du handicap

Au-delà des dispositions mentales positives, les participant·e·s ont rapporté avoir eu besoin de temps et de faire un processus de deuil pour accepter leur situation de handicap.

J'assume plus mon problème de vue qu'il y a quelques années. (P1)

Après il y a plein de rêves auxquels on doit renoncer, mais il faut aussi qu'on accepte qu'on n'est plus les mêmes. (P3)

Un·e des participant·e·s a dit être allé·e plus loin dans son processus d'acceptation et avoir réussi à trouver des aspects positifs à sa situation de handicap.

[...] Ça m'a pris vraiment beaucoup de temps à voir que mon handicap a fait de moi quelqu'un de meilleur... Donc finalement, comme quoi de toutes expériences on peut en sortir quelque chose de bon. (P3)

Acceptation des moyens auxiliaires

Les trois participant·e·s ont rapporté que l'acceptation du handicap leur a permis d'aller de l'avant malgré les difficultés. Cette acceptation leur a ensuite permis d'accepter la mise en place de moyens auxiliaires.

J'ai le zoom, j'ai ma loupe électronique que j'utilise tout le temps. (P1)

Cette participant·e a toutefois révélé avoir eu besoin de temps pour accepter les moyens auxiliaires, surtout ceux qui permettent de l'identifier comme « un·e handicapé·e ».

Je ne voulais pas que mes collègues puissent penser que j'étais un·e handicapé·e alors je cachais ma canne quand je m'approchais de mon lieu de travail... C'était très dur à passer le cap de l'utiliser [la canne blanche] mais maintenant je l'utilise tout le temps. (P1)

Stratégies personnelles

Les trois participant·e·s ont dit avoir développé des stratégies personnelles afin de pallier les difficultés liées aux troubles visuels sans utiliser de moyens auxiliaires. Par exemple, un·e participant·e explique avoir trouvé une stratégie compensatoire pour la lecture de documents de travail.

Si j'avais besoin de lumière, j'allais à la fenêtre pour un peu plus voir les documents. (P2)

Un·e autre participant·e a rapporté avoir mis en place des stratégies pour repérer les signaux non verbaux lorsque son regard n'était pas dirigé sur le regard de son interlocutrice ou interlocuteur afin de ne pas créer d'inconfort dans la relation et de lui cacher sa déficience visuelle.

À force, j'ai appris à quel endroit je dois regarder pour que les gens aient l'impression que je les regarde dans les yeux... Si la personne tourne la tête, ça veut dire que je suis en train de regarder à côté. Je me réajuste alors vite pour tenter d'avoir mon regard au bon endroit. (P3)

Un·e participant·e a choisi de se faire opérer pour diminuer la visibilité de son handicap pour le confort des autres et dans le but d'une meilleure intégration sociale.

Esthétiquement c'est joli, tu parles avec quelqu'un et la personne avec qui tu parles voit que tu parles directement à elle... (P2)

Incertitude de l'avenir

Face aux difficultés rencontrées, deux participant·e·s ont mentionné avoir eu des craintes liées à l'incertitude de leur avenir professionnel.

Je pense que je suis tout le temps en train de me dire, bon si ça évolue dans un sens... Est-ce que je vais toujours pouvoir faire ce que je fais [mon travail] ou pas ? (P3)

Et je me suis dit, si c'est comme ça, est-ce que je pourrai trouver autre chose [un autre travail] ? (P2)

Conséquences positives du dévoilement : moyens auxiliaires/adaptations

Les trois participant·e·s ont révélé qu'une conséquence positive du dévoilement fut la mise en place de moyens auxiliaires sur leur lieu de travail. Elles·il expliquent que le dévoilement a permis d'aménager leurs postes de travail et d'adapter leurs horaires.

Franchement, en Suisse, les avantages c'est les moyens auxiliaires... Sans ça, on peut rester devant la télé. (P3)

Tout [adaptations et moyens auxiliaires] intervient pour améliorer ta vie, ta qualité de vie... mais si tu dis pas [dévoiler le handicap] ben tu vas pas en recevoir. (P2)

Dissimuler la déficience : accès restreint aux adaptations

Dans les situations où les participant·e·s ont pris la décision de ne pas dévoiler leur handicap, elles et il ont rapporté avoir adopté certains comportements pour dissimuler leur déficience. Selon les participant·e·s, ces comportements ont augmenté leur charge de travail et leur ont demandé beaucoup d'énergie.

Je passais mes nuits à scanner mes livres et mes journées à les lire. (P3)

Quelqu'un qui voit, il voit les boutons et ben moi je dois mémoriser les boutons pour quoi c'est. (P1)

Acceptation et soutien par les pairs

Pour deux participant·e·s, l'attitude de leurs collègues et employeurs à la suite du dévoilement a permis de diminuer les limitations.

Ils [les collègues et employeurs] m'ont accueilli·e avec la maladie de manière très étonnante... question salaire, ils me l'ont jamais changé. (P3)

Les trois participant·e·s ont reçu, dans certaines situations, du soutien de la part de leur employeur et de leurs collègues.

J'ai eu de la chance dans les équipes où j'ai travaillé d'avoir le soutien de mes collègues directs. (P3)

Elles et ils expliquent également que le soutien des professionnel·le·s de la santé a été indispensable à leur participation professionnelle. Deux d'entre elles et lui ont aussi relevé l'importance du soutien du système assurantiel.

J'ai quand même découvert avec l'AI [assurance invalidité], et c'est le point positif, c'est que si on a un projet, alors ils nous portent dans le projet. (P3)

Expériences antérieures au dévoilement

Les trois participant·e·s ont raconté avoir vécu des expériences dans leur passé qui ont influencé leur choix de dévoiler leur déficience visuelle. Un·e participant·e a raconté avoir été perçu·e comme une personne arrogante par un collègue parce qu'il·elle ne le saluait pas en le croisant dans les couloirs ; celui-ci a attribué ce comportement à du snobisme du fait qu'il ignorait sa situation de handicap.

Mes collègues, mon chef ne savaient pas que j'avais un problème de vue... On commence à mentir, à faire semblant de voir. (P3)

Un·e participant·e raconte avoir eu un nouveau collègue qui avait aussi une déficience visuelle, mais sur lui c'était visible. La·le participant·e raconte comment leurs autres collègues parlaient devant elle·lui, mais derrière le dos du nouvel employé, en disant que ce dernier n'avait pas sa place dans ce métier à cause de sa déficience visuelle.

Lui ça se voyait sur son visage qu'il y avait un souci visuel et moi ça se voyait pas, donc j'ai juste eu la chance que ça se voie pas, sinon ils [les collègues] m'auraient jugé·e exactement la même chose. (P1)

Un·e autre participant·e, dont le handicap visuel est également invisible, décrit aussi cette invisibilité comme un avantage car elle·il a eu le choix de le cacher afin d'éviter des jugements discriminatoires.

Oui c'était un avantage qu'il soit invisible parce que j'ai pu le cacher pendant un moment... Je pouvais faire semblant. (P3)

Les difficultés rencontrées, principalement sociales, ont poussé les trois participant·e·s à dévoiler leur handicap.

C'est la seule manière d'être bien sinon ce serait une angoisse pour moi... Et certainement ils [les collègues] vont se poser des questions parce que de temps en temps je regarde à côté... (P3)

J'ai besoin que les gens [les collègues et employeurs] sachent parce que à un moment donné je vais être confronté·e à un truc que je vois pas devant un collègue. (P1)

À la suite de ces ressentis, deux participant·e·s ont choisi, dans un premier temps, de divulguer leur déficience visuelle de manière partielle.

Si le sujet venait, eh ben je disais... Et puis s'il ne venait pas, j'allais pas forcément le dire... (P2)

La·le troisième participant·e l'a dévoilée de manière complète lors d'un entretien d'embauche à la suite d'une mauvaise expérience professionnelle où elle·il l'avait cachée.

Je leur ai tout déballé, au risque de scier la branche sur laquelle je suis : eh ben voilà... Je vous dis ça [dévoilement du handicap], je préfère être franc·he maintenant, plutôt que de devoir expliquer les choses après. (P1)

Conséquences négatives du dévoilement

À la suite du dévoilement, un·e participant·e a senti des réactions négatives de la part de ses collègues.

J'ai senti une distance, comme si les gens voilà, me parlaient moins. (P1)

Deux participant·e·s ont même subi des suspicions sur la véracité de leur handicap, elles·ils rapportent avoir été accusé·e·s de mensonges et jugé·e·s par leurs collègues et supérieur·e·s.

Tout était de ma faute. Ma cheffe m'a dit : tout le monde croit que ton problème c'est pas vrai. (P2)

Quand je disais ça [dévoilement du handicap], on disait c'est pas vrai ou tu fais semblant ou tu dis ça pour te rendre intéressant·e. Enfin... Ça se voit pas sur moi donc les gens croyaient pas. (P1)

Limitations mises en évidence par les pairs

Les trois participant·e·s ont raconté que le dévoilement avait également engendré des limitations mises en évidence par autrui sur leur lieu de travail.

Quand tu grandis et que tu peux faire tous tes objectifs, et tout à coup, tu vois que de l'extérieur ils te font te sentir différent... (P2)

Alors qu'elle·il ne ressentait pas de difficulté dans une tâche spécifique, un·e participant·e raconte ce qu'une collègue, qui ne comprenait pas son handicap, lui a dit :

Ça toi tu peux pas faire parce que tu vois pas. (P1)

Discrimination

Les trois participant·e·s ont ressenti des changements dans le comportement de leurs employeurs et collègues après avoir divulgué leur handicap.

Au début, à cause du handicap ils pensaient que je n'étais pas capable [...] moi, je devais prouver, prouver que j'avais ma place. Ce n'est que plus tard que j'ai pu commencer à tisser des liens avec eux qui soient un peu plus rigolos et moins professionnels. (P1)

L'ensemble des participant·e·s ont relevé des comportements discriminatoires à cause de leur handicap tels que des rejets ou encore des jugements défavorables.

Je n'étais pas accepté·e à cause de mon problème. (P2)

Un·e participant·e a relevé des injustices assurantielles et n'a pas eu droit au même traitement que les autres personnes lors d'une formation.

Je devais donner mes résultats scolaires à l'AI... Et ça je trouvais aussi un peu injuste. (P1)

L'AI m'a demandé à ce que je fasse une évaluation psychologique pour être sûr que je ne faisais pas une formation dans le vide... (P1)

Un·e participant·e témoigne avoir subi du harcèlement psychologique sur son lieu de travail, selon elle·lui à cause de sa déficience visuelle.

Ils cherchaient à me faire une tête de Turc, un bouc émissaire. C'était vraiment du *mobbing*... (P2)

Performance au travail

Les trois participant·e·s se sont, à un moment ou un autre, estimé·e·s performant·e·s dans leur travail malgré les obstacles rencontrés à cause de leur situation de handicap.

Malgré ce problème de vue, j'arrive à fonctionner. (P1)

Un·e participant·e explique que la reconnaissance de ses compétences a renforcé son sentiment de performance lorsque, par exemple, plusieurs occasions professionnelles se sont présentées à elle·lui.

Je n'aurais jamais pensé que ça m'arriverait ! Avoir déjà un travail, pour moi c'était ouah ! Et maintenant il faut choisir. (P2)

Cependant, des difficultés de performance au travail liées au handicap ont aussi été vécues par les trois participant·e·s.

C'est pas un échec lié à l'intellect mais lié à la maladie quoi. (P3)

Deux participant·e·s expliquent l'importance de rassurer l'employeur sur sa performance professionnelle.

L'employeur qui a un·e handicapé·e en face, je pense qu'il a besoin d'être rassuré. (P3)

Je lui expliquais que j'ai des moyens auxiliaires pour pallier... Que heu voilà quoi... Je tape pas moins vite à l'ordinateur qu'un autre... (P1)

Stress au travail

Les trois participant·e·s rapportent avoir ressenti du stress au travail. Deux participant·e·s révèlent que la responsabilité, financière ou sécuritaire, que représentait leur emploi leur mettait beaucoup de pression.

[À la lecture] je confondais les six et les huit, quand on travaille avec des millions... J'étais mort·e de trouille quoi, de me tromper. (P3)

La·le troisième participant·e non seulement a subi du stress au travail, mais la situation s'est péjorée au point d'en arriver au *burn-out*.

J'étais vraiment blessé·e, je me sentais mal, au niveau des sentiments j'avais de l'angoisse, le médecin il a voulu m'arrêter parce que j'étais au bord de la dépression. (P2)

Reconversion professionnelle

Deux participant·e·s expliquent avoir dû recourir à une reconversion professionnelle non souhaitée à cause de leur déficience visuelle.

J'ai dû trouver une autre alternative [un nouveau travail]. (P2)

Cette reconversion professionnelle était, pour ces deux participant·e·s, une source d'incertitudes sur leur avenir professionnel.

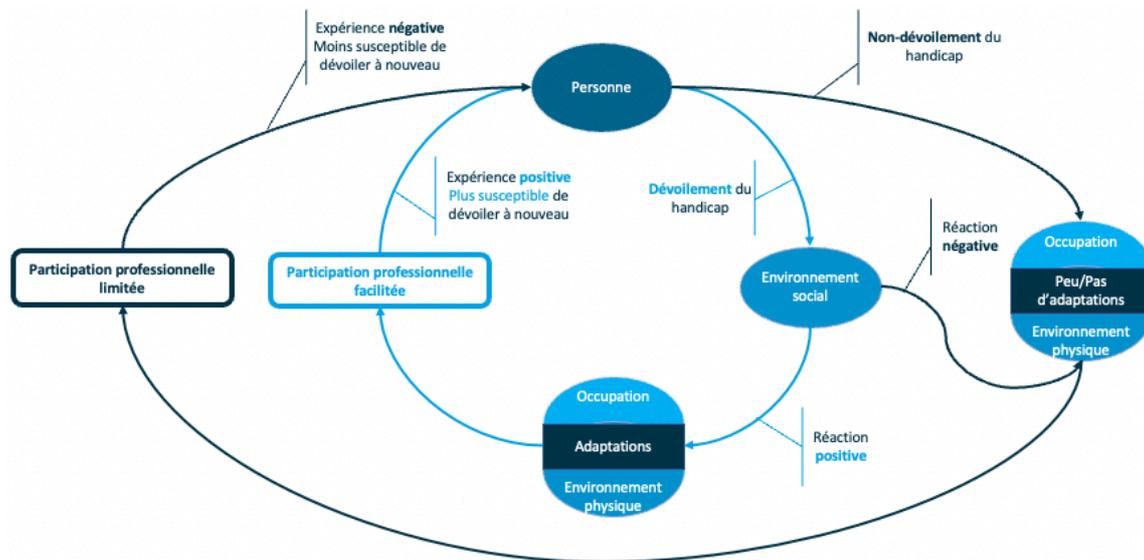
Je savais que je ne pouvais plus continuer avec ce travail, j'avais peur de le perdre et ne pas savoir où j'allais débarquer. (P3)

Analyse thématique

En évoquant le processus de prise de décision quant au dévoilement de leur déficience visuelle, les participant·e·s ont établi des liens qui ont été repris dans l'analyse et ont fait l'objet d'une thématisation. Les thèmes émergents ont été nommés en termes de liens dynamiques et ont été représentés de manière schématique (Figure 1). L'analyse illustre que lorsque le handicap n'est pas dévoilé à l'environnement social au travail, l'occupation et l'environnement physique ne peuvent être adaptés, ce qui peut faire obstacle à la participation professionnelle. La personne se retrouve seule face aux limitations causées par sa déficience, ce qui l'amène à devoir compenser par des stratégies personnelles et peut s'avérer épuisant et stressant. Elle risque de devoir redoubler d'efforts et faire des heures supplémentaires pour effectuer ses tâches de travail et pour cacher son handicap. La question se pose donc pour elle de dévoiler ou non son handicap. Les personnes sont seules devant cette décision à prendre, et elles peuvent hésiter à dévoiler leur handicap par peur de ne pas être comprises ou de subir des discriminations. Deux éléments principaux influencent alors leur décision : le premier est le sentiment d'être soutenue et comprise par les collègues et l'employeur, et le second est l'importance des limitations occupationnelles et environnementales que la personne rencontre.

D'autre part, lorsque la personne décide de révéler sa situation de handicap au travail, deux déroulements sont possibles. Dans le premier cas, l'environnement social tend à réagir positivement, il se montre soutenant et facilite l'occupation en adaptant l'environnement physique selon les demandes et les besoins de la personne, ce qui favorise une meilleure participation au travail. Elle vivra une expérience positive et sera plus encline à dévoiler à nouveau son handicap dans le futur. Dans l'autre cas, l'environnement social tend à réagir négativement au dévoilement du handicap, il ne soutient pas la personne et parfois ne la croit pas, parfois par manque de connaissance concernant les déficits visuels et leurs implications. Si des adaptations sont mises en place, elles pourraient être insuffisantes ou mal ciblées. Cela va engendrer une participation professionnelle limitée par le manque d'adaptations, ce qui entraînera une expérience négative pour la personne, qui pourrait se sentir incomprise, rejetée ou même discriminée. Dans le futur, cette personne sera plus réticente à dévoiler sa situation de handicap de peur que cette situation se répète. Et si la personne choisit de ne plus révéler son handicap lors de ses prochains emplois, aucune adaptation ne pourra être mise en place et sa participation professionnelle sera inévitablement plus limitée.

Figure 1 : Analyse des liens établis dans la décision de dévoiler la déficience visuelle au travail



L'environnement social joue un rôle central en ce qui a trait à la participation professionnelle. La dynamique entre les facteurs se rapportant à la personne, aux environnements physique et social et à l'occupation forme un processus interactif qui fait ressortir l'importance de la qualité de l'environnement social. À la suite du dévoilement de la déficience visuelle, l'environnement social devient central dans les différents déroulements possibles, amenant des facilitateurs ou des obstacles à la participation professionnelle de la personne ayant une déficience visuelle.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'identifier et de décrire les facteurs constituant soit des facilitateurs soit des obstacles à la participation professionnelle selon la perspective des personnes ayant une déficience visuelle. L'accent a été mis sur la prise de décision concernant le dévoilement de sa situation de handicap au travail et sur l'impact que ce dévoilement a eu sur la participation au travail. La réalisation d'entretiens répétés et approfondis avec chaque participant·e a permis de faire ressortir les interdépendances dynamiques existant entre la personne, son environnement et son occupation, ainsi que les conséquences qui en découlent sur la participation professionnelle.

Deux grands constats émergent de l'analyse des résultats de cette étude. Premièrement, les personnes présentant un handicap invisible se retrouvent seules dans la prise de décision de dévoiler ou non leur handicap au travail et ne bénéficient souvent d'aucun accompagnement dans le processus du dévoilement. Deuxièmement, la décision de dévoiler sa situation de handicap est un processus dynamique et les réactions positives ou négatives de l'environnement social vont avoir des répercussions importantes sur la participation professionnelle.

Les participant·e-s rapportent leur expérience du dévoilement au travail comme une expérience lors de laquelle elles·il se sont retrouvé·e-s seul·e-s à décider s'il fallait

dévoiler ou non leur déficience visuelle, la manière dont elles·il allaient le faire, à quel moment, à qui, dans quelles conditions et l'endroit approprié. Lors du dévoilement, elles·il étaient également seul·e·s et parfois mal préparé·e·s, car celui-ci est souvent survenu après un épuisement psychologique, intellectuel et physique de la personne qui vivait mal les mensonges et les stratégies auxquels elle devait recourir pour cacher sa situation de handicap. Le ou la participant·e avait accumulé une grande fatigue liée aux efforts et aux heures supplémentaires nécessaires pour ne pas se faire repérer. Le dévoilement se faisait alors dans de mauvaises conditions. Ensuite, la personne se retrouvait, une fois encore, seule face aux réactions de son environnement social et aux conséquences, lesquelles peuvent être négatives, se transformer en discrimination ou même en *mobbing*.

Cette question de dévoilement n'est que très peu abordée dans le domaine de la santé physique, là où sont prises en charge les personnes ayant une déficience visuelle. Lorsque la déficience est invisible, le thème du dévoilement devient important à considérer, comme le conseillent Corbière et autres (2014) dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, lorsqu'une personne envisage la possibilité de dévoiler son trouble mental sur son lieu de travail, un processus décisionnel complexe se met en place incluant le besoin d'évaluer différents aspects tels que les aspects individuels, interpersonnels et les facteurs professionnels environnementaux. Corbière et autres (2014) ajoutent que le besoin d'adaptations sur le lieu de travail est souvent en lien avec la décision de dévoilement (Corbière et al., 2014).

Selon les propos des participant·e·s, la décision de dévoiler sa déficience visuelle est un processus dynamique et les réactions positives ou négatives de l'environnement social vont avoir des répercussions importantes sur sa participation professionnelle. En effet, les expériences antérieures de divulgation du handicap, l'ampleur des obstacles rencontrés sur le lieu de travail, le soutien des pairs ainsi que sa propre acceptation de la déficience visuelle sont des facteurs qui s'influencent les uns les autres et qui déterminent la décision de la personne de dévoiler son handicap. À la suite du dévoilement, c'est la qualité de l'environnement social qui va avoir la plus grande influence sur les changements apportés ou non pour améliorer la participation professionnelle de la personne. En effet, le soutien apporté à la personne, les adaptations de l'environnement physique et de travail ainsi que la mise en place de moyens auxiliaires nécessaires sont tributaires de la réponse de l'environnement social.

Les constats de la présente étude relatifs à l'influence des facteurs environnementaux sur la participation professionnelle rejoignent ceux de l'étude de Johner-Kobi et autres (2015) sur la déficience visuelle et le marché du travail. De nombreux aspects traités par ces derniers se retrouvent également dans la présente étude, tels que la communication au travail au sujet du handicap et l'impact des idées préconçues de l'employeur et des collègues sur la participation professionnelle de personnes ayant une déficience visuelle.

L'utilisation du modèle PEO dans la présente étude apporte une vision nouvelle et holistique sur la déficience visuelle au travail, centrée sur des concepts

ergothérapeutiques. Ce modèle, reconnu dans le milieu de l'ergothérapie, a permis d'asseoir cette étude sur des bases solides et de mettre en lumière des éléments peu abordés jusqu'ici, soit l'influence de l'environnement social (Law *et al.*, 1996). La retranscription de la totalité des entrevues, deux par participant·e, et la vérification de la synthèse du premier entretien par les participant·e·s renforcent la fiabilité de l'étude (Laperrière, 1997). La présente étude fait ressortir de façon détaillée l'expérience des participant·e·s selon leur point de vue.

CONCLUSION

En explorant en profondeur la participation professionnelle des personnes ayant une déficience visuelle avec le modèle PEO, l'analyse des résultats de cette étude a permis de mieux cerner la complexité de la participation professionnelle et de conclure que, selon la perspective des trois participant·e·s, l'environnement social est le facteur ayant à cet égard la plus grande influence. De plus, il ressort de l'étude que les participant·e·s ont manqué de soutien lors du processus de dévoilement de leur handicap au travail. Puis, à la suite du dévoilement, la réaction de l'environnement social a fortement influencé les possibilités d'obtenir des adaptations et donc la qualité de la participation professionnelle qui s'ensuit. Cette étude met en lumière l'importance d'ajouter l'environnement social au processus d'évaluation et d'offrir un accompagnement dans la prise de décision et dans le processus de dévoilement. Le sujet de la participation professionnelle des personnes ayant une déficience visuelle est encore peu abordé dans la littérature scientifique en ergothérapie. Des recherches futures explorant l'impact de l'environnement social sur la participation professionnelle permettraient d'apporter des informations supplémentaires pour améliorer la prise en charge de cette population.

À l'instar des études antérieures, la présente étude conclut à l'importance de sensibiliser les employeurs et les employé·e·s, de combattre les idées préconçues, et de les informer sur la déficience visuelle, sur les adaptations et les aménagements possibles. L'objectif de cette sensibilisation vise la prise de conscience des impacts, positifs ou négatifs, que les employeurs et les collègues peuvent avoir sur la participation professionnelle des personnes ayant une déficience visuelle afin de favoriser l'intégration de celles-ci dans leur milieu professionnel. Les conclusions de cette étude s'appliquent aux personnes ayant une déficience visuelle, mais pourraient s'étendre aux autres déficiences invisibles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Blanchet, A. et Gotman, A. (2010). L'analyse des discours. Dans A. Blanchet et A. Gotman (dir.), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2^e éd.). Armand Colin.
- Briand, C., Durand, M.-J., St-Arnaud, L. et Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 444-457. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.014>
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., Slide, M. et Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviors and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-11>

- Cobb, S. M. (2013). Mobility restriction and comorbidity in vision-impaired individuals living in the community. *British Journal of Community Nursing*, 18(12), 608-613.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.12.608>
- Corbière, M. et Durand, M.-J. (dir.) (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K., et Waghorn, G. (2014). Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: Two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders. *L'Encéphale*, 40, S91-S102.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Chenelière éducation.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 5-28). Presses de l'Université du Québec.
- Gallagher, B. A., Hart, P. M., O'Brien, C., Stevenson, M. R. et Jackson, A. J. (2011). Mobility and access to transport issues as experienced by people with vision impairment living in urban and rural Ireland. *Disability and Rehabilitation*, 33(12), 979-988. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.516786>
- Griffon, P. (2003). Y a-t-il un bon moment pour changer ses habitudes de vie et ses habitudes de voir ? *Bulletin ARIBa*, 35, 12-13.
- Johner-Kobi, S., Riedi, A. M., Nef, S., Biehl, V., Page, J., Darvishy, A., Roth, S., Meyer, S. et Copur, E. (2015). *SAMS : Étude sur le handicap visuel et le marché du travail* (publication n° 47). Université des sciences appliquées de Zurich.
https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Forschung/Vielfalt_gesellschaftliche_Teilhabe/SAMS-rapport-final.pdf
- Kamarulzaman, N., Saleh, A. A., Hashim, S. Z., Hashim, H. et Abdul-Ghani, A. A. (2011). An overview of the influence of physical office environments towards employee. *Procedia Engineering*, 20, 262-268.
<https://doi.org/10.1016/j.proeng.2011.11.164>
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 376-389). Gaëtan Morin éditeur.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD ; RS 235.1 ; état le 19 juin 2017)
- Loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (Loi relative à la recherche sur l'être humain) (=LRH ; RS 810.30 ; état le 19 juin 2017)
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
<https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Margot-Cattin, I. et Margot-Cattin, P. (2017). Les modèles écologiques de la performance occupationnelle. Dans M.-C. Morel (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e éd., p. 52-62). De Boeck Supérieur.
- Marshall, C. et Rossman, G. B. (2014). *Designing Qualitative Research*. Sage Publications.
- McDonnall, M. C., O'Mally, J. et Crudden, A. (2014). Employer knowledge of and attitudes toward employees who are blind or visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 108(3), 213-225.
<https://doi.org/10.1177/0145482X1410800305>
- Metzger, J. L. et Barril, C. (2004). L'insertion professionnelle des travailleurs aveugles et sourds : les paradoxes du changement technico-organisationnel. *Revue française des affaires sociales*, (3), 63-86.
<https://doi.org/10.3917/rfas.043.0063>

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Global Data on Visual Impairment 2010*.
<https://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin.
<https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- Prince, M. J. (2017). Persons with invisible disabilities and workplace accommodation: Findings from a scoping literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation, 46*(1), 75-86. <https://doi.org/10.3233/JVR-160844>
- Scheiman, M., Scheiman, M. et Whittaker, S. (2007). *Low vision rehabilitation: A practical guide for occupational therapists* (1^{re} éd.). Slack Incorporated.
- Thorne, S. (2008). *Interpretive description*. Left Coast Press.
- Union centrale suisse pour le bien des aveugles (UCBA). (2012). *Handicap visuel et cécité : évolution en Suisse*.
http://www.basse-vision.ch/site-html/pdf/Handicap_visuel_et_cecite_Evolution_en_Suisse.pdf
- Nations Unies. (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées.
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-9-accessibility.html>
- Waghorn, G. R. et Lewis, S. J. (2002). Disclosure of psychiatric disabilities in vocational rehabilitation. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling, 8*(2), 67-80.
<https://doi.org/10.1017/S1323892200000545>



ÉVALUATION DE LA LISIBILITÉ ET DE LA FLUIDITÉ DE L'ÉCRITURE MANUELLE D'ÉLÈVES FRANCO-QUÉBÉCOIS DE 1^{RE} ET 2^E ANNÉE DU PRIMAIRE

Mélissa Coallier¹, Pénélope Blondin-Nadeau², Mélanie Couture³, Sarah Blain²,
Evelyne Déry², Simon Gagné², Alexandra Labeaume², Frédérik Marquis²,
Marie-Hélène Taschereau², Emmanuelle Jasmin³

¹ Ergothérapeute, MSc, chargée de formation pratique au programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

² Étudiant-e-s à la maîtrise en ergothérapie, Faculté de médecine et sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, professeure titulaire au programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : Melissa.Coallier@USherbrooke.ca

Reçu le 27.01.2021 – Accepté le 28.09.2022

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.v8n2.196

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



RÉSUMÉ

Contexte. Au Québec, les difficultés d'écriture manuelle et leur impact fonctionnel constituent le principal motif de référence en ergothérapie pour les enfants en milieu scolaire. Pour évaluer le rendement de l'écriture manuelle, plusieurs critères peuvent être utilisés, tels que la lisibilité et la fluidité. Toutefois, aucune valeur de référence n'existe pour situer et comparer correctement la lisibilité et la fluidité de l'écriture manuelle auprès d'enfants franco-québécois.

Objectif. L'étude visait à développer un guide d'évaluation de la lisibilité de l'écriture manuelle, à déterminer des valeurs de référence de la lisibilité et de la fluidité pour des enfants francophones et à comparer les scores entre les filles et les garçons.

Méthodologie. Il s'agit d'une analyse secondaire de données provenant d'une étude descriptive transversale réalisée auprès d'élèves de 1^{re} et de 2^e année du primaire. Les valeurs de référence de la lisibilité et de la fluidité ont été calculées à partir d'échantillons provenant de tâches en copie de près et à l'aide du guide développé dans la présente étude.

Résultats. Les critères du guide d'évaluation de la lisibilité offrent une excellente fidélité inter-juges pour la 1^{re} année du primaire et une bonne fidélité inter-juges pour la 2^e année. De plus, des valeurs de référence ont été obtenues pour la lisibilité et la fluidité. Une différence significative entre les scores de lisibilité des filles et des garçons de 2^e année a été relevée.

Conséquences. Le guide d'évaluation et les valeurs de référence améliorent la rigueur de l'évaluation ergothérapique de l'écriture manuelle des enfants franco-québécois, et ce, grâce à des critères observables et mesurables bien définis.

MOTS-CLÉS

Lisibilité, Fluidité, Graphomotricité, Ergothérapie, Milieu scolaire, École primaire

ASSESSING LEGIBILITY AND ACCURACY OF HANDWRITING AMONG 1ST AND 2ND GRADE FRENCH-SPEAKING CHILDREN IN QUÉBEC

ABSTRACT

Background. In Quebec, handwriting difficulties and their functional impacts are the main reason for referral of children to occupational therapy for children in school settings. To evaluate handwriting performance, several criteria can be used such as legibility and accuracy. However, there are no norms to properly compare handwriting legibility and accuracy among French-speaking children in Québec.

Purpose. The purpose of the study was to develop a handwriting legibility assessment guide, to develop norms for legibility and accuracy for francophone children, and to compare scores between boys and girls.

Methods. This is a secondary analysis of data from a cross-sectional descriptive study of grade 1 and grade 2 students. Norms for legibility and accuracy were calculated from close-copy tasks samples and using the guide developed in this study.

Findings. The criteria used in the handwriting legibility assessment guide offer excellent inter-rater reliability for grade 1 students and good inter-rater reliability for grade 2 students. Norms were also obtained for legibility and fluency. There was a significant difference between the legibility score of grade 2 boys and girls.

Consequences. The assessment guide and norms increase the rigour of the occupational therapy evaluation of handwriting for Quebec francophone children, using well-defined observable and measurable criteria.

KEYWORDS

Legibility, Accuracy, Handwriting, Occupational therapy, School setting, Elementary school

INTRODUCTION

Au Québec comme ailleurs, l'acquisition de compétences en écriture est essentielle à la réussite scolaire et à une bonne estime de soi chez un enfant (Feder et Majnemer, 2007). Selon Berninger *et al.* (1997), l'écriture implique trois composantes : 1) la transcription (orthographe et graphomotricité) ; 2) la composition ; et 3) les processus cognitifs de haut niveau, soit les fonctions exécutives. En fait, les habiletés graphomotrices, relatives à l'écriture manuelle, doivent être acquises afin de bien développer la compétence d'écriture (Lavoie, Morin et Labrecque, 2015). Occupant 31 % à 60 % de la journée scolaire des enfants, les activités d'écriture manuelle et de motricité fine sont omniprésentes dans leur quotidien (McHale et Cermak, 1992). Plus qu'une simple habileté motrice, le geste graphomoteur requiert de nombreux apprentissages en ce qui concerne la mémorisation de la forme des lettres, la gestion du tracé, la reconnaissance des formes graphiques et le développement d'une fluidité d'écriture (Lavoie *et al.*, 2015). En début d'apprentissage, ce geste sollicite une part importante de ressources cognitives, ce qui rend difficile la maîtrise de l'orthographe et la rédaction de texte (Morin, Nootens, Labrecque et LeBlanc, 2009). D'une part, cet apprentissage complexe demande un niveau élevé de coordination et de précision motrices, de planification motrice, de perception visuelle ainsi que d'intégration visuomotrice (Maldarelli, Kahrs, Hunt et Lockman, 2015 ; Pollock *et al.*, 2014). D'autre part, il fait appel aux processus sensorimoteurs et perceptivomoteurs, en continue interaction avec les processus cognitifs de haut niveau (Overvelde et Hulstijn, 2011). Pour souligner le défi et l'effort cognitifs liés à l'acquisition de cette nouvelle compétence fonctionnelle, Morin et collaborateurs (2009) expliquent que le scripteur débutant doit puiser toutes ses ressources attentionnelles ou son « énergie mentale » pour produire des lettres, ce qui peut entraîner une certaine surcharge cognitive, voire une fatigue cognitive. Il est donc essentiel de s'attarder au développement des habiletés graphomotrices, qui sont considérées comme des activités de bas niveau chez les enfants (Overvelde et Hulstijn, 2011).

L'enfant atteindrait, sans être achevé, un niveau d'automatisation vers l'âge de 9-10 ans et acquerrait, au milieu de l'adolescence, un niveau optimal de ce processus d'automatisation (Alamargot et Morin, 2019). Cette automatisation rend alors le scripteur davantage disponible sur le plan cognitif et donc, pour les apprentissages scolaires (Jones et Christensen, 1999). Effectivement, l'automatisation graphomotrice permet à l'enfant de consacrer moins d'énergie cognitive à l'aspect graphomoteur, au profit d'autres aspects de l'écriture plus complexes et plus exigeants (Pontart *et al.*, 2013). Par exemple, l'enfant devient plus disponible pour apprendre l'orthographe et la grammaire, pour mobiliser ses connaissances dans une tâche d'écriture, pour réfléchir et organiser ses idées dans une phrase ou un texte, etc. (Morin, Lavoie et Montésinos-Gelet, 2012).

Ainsi, l'acquisition d'une écriture manuelle de qualité est un facteur déterminant de la réussite scolaire future des élèves (Volman, Van Schendel et Jongmans, 2006). Malheureusement, entre 6 % et 33 % des enfants présentent des difficultés graphomotrices pouvant entraver leur écriture et leur réussite scolaire (Duiser, Ledebt, Van der Kamp et Savelsbergh, 2020). L'acquisition de l'écriture manuelle représente donc un défi pour de nombreux enfants affectant leur réussite scolaire et leur qualité de vie à court et à plus

long terme (Feder et Majnemer, 2007). Ce défi peut se traduire par divers impacts fonctionnels dans les activités d'écriture manuelle des enfants, tels que de la lenteur, de la fatigue, de la douleur, un sentiment de frustration et une déviation de l'attention (Biotteau *et al.*, 2019 ; Duiser *et al.*, 2020 ; Graham, Berninger, Abbott, Abbott et Whitaker, 1997 ; Sandler *et al.*, 1992). De ce fait, l'ensemble des activités scolaires des enfants peuvent être touchées. Par exemple, un enfant ayant de la difficulté à écrire et à aligner ses chiffres de façon lisible devra prendre plus de temps et devra travailler plus fort pour un même travail de mathématique que les autres enfants, et ce, en apprenant moins (McCloskey et Rapp, 2017).

Durant les premières années de scolarisation, les enfants ayant des difficultés d'écriture manuelle auront besoin de plus de temps et de pratique que les autres élèves pour apprendre à former des lettres de plus en plus complexes (Karlsdottir et Stefansson, 2002), cela affectant la fluidité d'écriture et leurs apprentissages scolaires. Conséquemment, les enfants qui éprouvent des difficultés d'apprentissage répétées peuvent être démotivés à l'idée d'acquérir et d'utiliser une écriture manuelle plus développée (Klein, Gultner, Sollereeder et Cui, 2011).

La forte prévalence des difficultés d'écriture manuelle, ajoutée aux impacts fonctionnels, explique, du moins en partie, le fait qu'il s'agisse du principal motif de consultation en ergothérapie chez les enfants d'âge scolaire (Van Hartingsveldt, De Groot, Aarts et Nijhuis-Van Der Sanden, 2011 ; Smits-Engelsman et Van Galen, 1997). En effet, les ergothérapeutes jouent un rôle important chez les enfants ayant des difficultés d'écriture manuelle, puisqu'une amélioration significative des habiletés d'écriture manuelle des enfants est perçue à la suite de leurs interventions (Kadar, Chui, Kei, Razaob Razab et Yunus, 2019).

Des facteurs intrinsèques, relatifs aux habiletés de l'enfant (contrôle de la motricité fine, manipulations dans la main, planification motrice, intégration bilatérale, intégration visuomotrice, discrimination des objets, perception sensorielle/visuelle, attention soutenue, hyperactivité), et extrinsèques, qui se rapportent aux composantes de l'environnement et de la biomécanique, peuvent expliquer ces difficultés vécues par les enfants (Feder et Majnemer, 2007). Ainsi, comme les difficultés d'écriture manuelle peuvent être d'origines multiples (Feder et Majnemer, 2007), l'ergothérapeute fait généralement une évaluation globale afin de bien cibler les besoins de l'enfant et de planifier adéquatement l'intervention (Pollock *et al.*, 2009). L'évaluation ergothérapique prend en considération les facteurs personnels (posture [tronc et tête alignés, position des pieds, des avant-bras et des poignets], endurance, attention, motivation, participation, fatigue), environnementaux (poste de travail : hauteur du pupitre, emplacement du poste de travail [sur/sous-stimulation], éclairage) et occupationnels (types de tâches d'écriture : écriture de mémoire, copie de près, copie de loin, dictée, production écrite) impliqués (Pollock *et al.*, 2014).

Une fois l'évaluation globale réalisée, quatre critères peuvent être considérés pour évaluer le rendement à l'écriture manuelle, soit la vitesse, la lisibilité, la fluidité et la qualité (Coallier et Rouleau, 2021 ; Feder et Majnemer, 2007). D'abord, la vitesse d'écriture manuelle concerne l'aspect dynamique de la graphomotricité (Bara et Gentaz, 2010) et renvoie

à la fréquence d'inscription (Albaret, Soppelsa, Danna et Kaiser, 2013), qui s'exprime en nombre de lettres par minute. Ensuite, la lisibilité, que nous distinguons de la « qualité » – bien que ces deux termes soient confondus dans les écrits –, renvoie ici à la reconnaissance de chaque lettre parmi les autres lettres, et ce, lorsque prise hors contexte (c'est-à-dire sans égard aux lettres précédentes et suivantes) (Reisman, 1993). Chaque lettre doit aussi être complète avec tous les traits présents et ne doit pas être renversée (Reisman, 1993). Par ailleurs, la fluidité (*timed accuracy*) prend en compte à la fois la vitesse et la lisibilité et se calcule en nombre de lettres lisibles produites dans un temps donné (Berninger *et al.*, 1997). Enfin, la qualité tient compte à la fois de la lisibilité et de quatre autres critères, soit l'espace, la taille, l'alignement et la forme des lettres (Reisman, 1993).

Puisque l'écriture est le moyen de communication principal en milieu scolaire, l'acquisition d'une bonne lisibilité de l'écriture manuelle est primordiale afin de favoriser la réussite des élèves (Hammerschmidt et Sudsawad, 2004). En effet, plusieurs études ont démontré qu'un élève ayant une écriture illisible avait des notes inférieures à celles d'un élève ayant une écriture lisible, malgré un contenu similaire (Hammerschmidt et Sudsawad, 2004 ; Feder et Majnemer, 2007 ; Chase, 1986). C'est pourquoi il importe de s'attarder particulièrement à la lisibilité lors de l'évaluation du rendement de l'écriture manuelle.

Pour évaluer le rendement à l'écriture manuelle dans différentes tâches d'écriture, et ce, de manière exhaustive, il existe un outil canadien, soit le Protocole d'évaluation de l'écriture manuelle (Pollock *et al.*, 2014), traduit et adapté du Handwriting Assessment Protocol – 2nd edition (HAP-2) (Pollock *et al.*, 2009). Le HAP-2 de l'Université McMaster, évaluant l'écriture manuelle des enfants d'âge scolaire à partir de la maternelle jusqu'à la 6^e année du primaire, comporte deux sections d'évaluation (Pollock *et al.*, 2014). La première porte sur l'observation de l'environnement de la classe (p. ex. : la hauteur du pupitre et la taille de la chaise) et de la personne (p. ex. : posture assise, attention à la tâche, motivation), tandis que la deuxième se concentre sur l'évaluation de l'écriture manuelle comprenant la prise du crayon, la pression sur le crayon, la position du papier, l'écriture cursive, la vitesse d'écriture manuelle et la lisibilité à travers cinq tâches différentes (l'écriture de mémoire du prénom, de l'alphabet et des chiffres ; la copie de près d'une ou de plusieurs phrases ; la copie de loin d'une ou de plusieurs phrases ; la dictée d'une phrase comportant toutes les lettres de l'alphabet et la production écrite d'un texte). Cet outil est fort pertinent en ergothérapie, puisqu'il considère l'écriture manuelle comme une occupation et permet une analyse à la fois globale et approfondie de l'interaction entre les composantes de la personne, son environnement et l'activité (occupation) (Pollock *et al.*, 2014). Ainsi, contrairement aux autres outils, il ne s'attarde pas seulement aux habiletés de l'enfant ou à son rendement à l'écriture manuelle.

En plus du HAP-2, plusieurs outils anglophones permettent de déterminer la lisibilité ou la qualité de l'écriture manuelle des enfants en les mettant en comparaison avec des valeurs de référence, dont le Evaluation Tool of Children's Handwriting (ETCH) (Amundson, 1995) et le Minnesota Handwriting Assessment (MHA) (Reisman, 1999). Toutefois, les valeurs de référence d'un groupe donné ne peuvent pas être généralisées à toutes les populations en raison des différences linguistiques, culturelles et pédagogiques (Accardo, Genna et Borean, 2013). De ce fait, l'impossibilité d'utiliser les valeurs

de référence ainsi que les différences linguistiques telles que les signes diacritiques (p. ex. : accents), qui sont très présents dans la langue française mais beaucoup moins en anglais, rendent l'utilisation de ces outils ardue pour la population visée par la présente étude, soit les enfants franco-québécois d'âge scolaire. Un autre outil d'évaluation indépendant de la langue utilisée, le Handwriting Legibility Scale (HLS), évalue la lisibilité globale selon cinq critères précis (Barnett, Prunty et Rosenblum, 2018). Cependant, leur définition de la lisibilité correspond à la définition de la qualité indiquée plus haut, ce qui rend l'outil non approprié pour ce projet.

Cet éventail d'outils anglophones démontre le besoin d'en développer un en français, ce qui a été réalisé lors d'une phase précédant le projet décrit ici. Effectivement, grâce à la traduction et à l'adaptation francophone du HAP-2 (Couture *et al.*, 2016), les ergothérapeutes peuvent évaluer l'écriture manuelle des enfants franco-québécois de manière appropriée sur les plans linguistique et socioculturel. En revanche, les critères de lisibilité et les valeurs de référence étaient manquants, alors qu'ils sont essentiels pour mesurer objectivement et situer et comparer de manière appropriée la lisibilité et la fluidité de leur écriture manuelle. De même, il importait de développer des valeurs de référence pour les filles et les garçons séparément, puisqu'il est relevé dans plusieurs études que les filles ont de meilleurs résultats dans les tâches d'écriture que les garçons (Barnett *et al.*, 2018 ; Feder, Majnemer, Bourbonnais, Blayney et Morin, 2007 ; Staats, Oakley et Marais, 2019 ; Weintraub, Drory-Asayag, Dekel, Jakobovits et Parush, 2007). Cette phase du projet visait donc à combler ce manque.

Plus précisément, cette étude avait trois objectifs : 1) développer un guide d'évaluation de la lisibilité de l'écriture manuelle incluant des critères pour juger de la lisibilité de chacune des lettres ; 2) déterminer des valeurs de référence concernant la lisibilité et la fluidité de l'écriture manuelle chez ces enfants au premier cycle du primaire, et 3) explorer les différences des scores de lisibilité et de fluidité entre les garçons et les filles.

MÉTHODES

La présente étude s'inscrit dans un projet comportant trois phases. La première phase consistait à traduire, à adapter et à développer en français des tâches du HAP-2 (Pollock *et al.*, 2009 ; Pollock *et al.*, 2014). La deuxième phase avait pour but de développer des valeurs de référence par rapport à la vitesse d'écriture manuelle des élèves franco-québécois du primaire (Couture *et al.*, 2016). Quant à la troisième phase, elle visait le développement des valeurs de référence par rapport à la lisibilité et à la fluidité de l'écriture manuelle des élèves franco-québécois du primaire. Deux études descriptives transversales ont été réalisées pour la deuxième et la troisième phase du projet, soit auprès d'élèves de 1^{re} et 2^e année (Couture *et al.*, 2016) et de 3^e à 6^e année. La présente étude présente la troisième phase du projet à partir des données de la première étude descriptive transversale (élèves de 1^{re} et 2^e année).

Participants

Cette étude a été réalisée auprès de 141 élèves, soit 73 élèves de 1^{re} année (6 ans ; 34 garçons et 39 filles) et 68 élèves de 2^e année (7 ans ; 31 garçons et 37 filles). Les participants étaient des élèves franco-québécois du premier cycle du primaire provenant d'une école régulière francophone au Québec. Les participants ont été recrutés par une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné, et ce, à la suite de l'acceptation de la recherche par le Comité d'éthique - Éducation et sciences sociales. Le consentement éclairé des parents et des élèves avait été obtenu au préalable par le biais d'une lettre explicative. Les participants pouvaient se désister à tout moment durant le projet.

Afin de bien représenter l'hétérogénéité de la population, aucun critère d'exclusion n'a été utilisé. Les critères d'inclusion, eux, comprenaient : 1) parler et comprendre le français ; 2) pour les élèves de 1^{re} année, être âgé de six ans au 30 septembre de l'année scolaire en cours ; pour les élèves de 2^e année, être âgé de sept ans au 30 septembre de l'année scolaire en cours. L'école sélectionnée était caractérisée par un indice de défavorisation de 5 sur une échelle allant de 1 à 10, le rang 1 étant considéré comme le moins défavorisé et le rang 10 comme le plus défavorisé (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2011). L'indice de défavorisation fait référence au statut socioéconomique moyen des élèves fréquentant cette école. Ainsi, l'école sélectionnée a permis d'obtenir des résultats représentatifs des enfants faisant partie de l'ensemble du spectre de vulnérabilité. En raison de son partenariat avec diverses commissions scolaires (maintenant appelées « centres de services scolaires ») et écoles québécoises, la Chaire de recherche sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture chez le jeune enfant (CREALEC) a soutenu la sélection de l'école et l'établissement du lien entre l'équipe de recherche et l'équipe-école. Pour ce qui est du style d'écriture manuelle, les enfants utilisaient l'écriture script pour accomplir la tâche demandée, soit la même que celle qui leur a été enseignée depuis le début de leur parcours scolaire.

Collecte de données

La collecte de données, réalisée dans la première étude descriptive transversale (Couture *et al.*, 2016), fut accomplie par cinq étudiantes en ergothérapie accompagnées par une ergothérapeute, également professionnelle de recherche à la CREALEC. Celles-ci ont administré trois tâches du HAP-2, version francophone, soit une copie de près, une copie de loin et une dictée. Les tâches ont été réalisées en groupe dans les classes respectives des élèves. Les phrases utilisées lors de ces tâches ont préalablement été soumises à 12 experts, qui les ont validées selon les critères suivants : 1) être appropriée à l'âge et au niveau scolaire des enfants ; 2) comporter des mots adaptés aux connaissances linguistiques des enfants francophones du début du primaire ; 3) présenter un niveau de difficulté équivalent à la version anglophone du HAP-2 sur le plan graphomoteur (nombre similaire de lettres, notamment). Cette version traduite du HAP-2 (Pollock *et al.*, 2014) a donc permis de collecter les différents échantillons utilisés dans le cadre de cette présente étude. Seuls les échantillons pour la copie de près ont été utilisés pour cette étude. La copie de près est une tâche d'écriture souvent utilisée en recherche chez

les enfants en début d'apprentissage de l'écriture puisque qu'elle reflète davantage l'automatisation du geste graphomoteur chez les jeunes scripteurs, contrairement à d'autres tâches d'écriture (p. ex. : écriture de mémoire) qui sollicitent des composantes plus complexes comme la mémoire à long terme (Berninger *et al.*, 1997).

Mesures

Lisibilité

La lisibilité de l'écriture manuelle a été mesurée à partir des échantillons de tâche de copie de près du HAP-2 de l'étude de Couture et collaborateurs (2016). Pour les élèves de 1^{re} année, la phrase à copier était : « Léo arrive à l'école avec son amie. » Les élèves de 2^e année devaient, quant à eux, copier la phrase : « Maxime va à la plage avec sa famille. Il aime construire un château de sable. » Les élèves avaient une minute pour copier la phrase demandée. Après une minute, ils devaient déposer leur crayon, même s'ils n'avaient pas terminé leur copie. S'ils terminaient avant le temps proposé, ils devaient réécrire la même phrase, et ce, jusqu'à ce que la minute entière soit écoulée. Le pourcentage de lisibilité est calculé en divisant le nombre total de lettres lisibles par le nombre total de lettres produites (lisibles et illisibles).

Fluidité

La fluidité a été mesurée en divisant le nombre total de lettres lisibles par minute (voir Annexe). L'équation de la fluidité comporte le résultat de la lisibilité (nombre de lettres totales - les lettres hachurées - les lettres illisibles = nombre de lettres lisibles) qui est mis en relation avec la vitesse d'exécution (nombre de lettres totales écrites par minute).

Guide d'évaluation de la lisibilité des lettres

Afin d'évaluer le pourcentage de lisibilité de chaque échantillon, un guide d'évaluation de la lisibilité a été produit (voir Annexe). Ce guide comprend une description des critères de lisibilité et de qualité de l'écriture manuelle inspirés du ETCH (Amundson, 1995), du MHA (Reisman, 1999) ainsi que du canevas maison de la Chaire de recherche sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture chez le jeune enfant (Morin et Coallier, 2011). Certains de ces critères ont également été adaptés afin de rendre l'évaluation plus facilement applicable à la réalité des milieux de pratique. Par ailleurs, quelques ajouts ont été apportés en lien avec les particularités de la langue française, telles que les lettres avec un signe diacritique, par exemple le « à » et le « é », ou encore l'utilisation des apostrophes. Puisque la phrase à copier pour les enfants de 1^{re} année diffère de celle demandée aux enfants de 2^e, deux versions du guide ont été élaborées. Toutefois, toutes deux s'utilisent de la même manière et comprennent les mêmes aspects à évaluer. La première partie du guide d'évaluation a été conçue dans l'optique de faciliter la cotation lors de l'évaluation de chacun des échantillons. Ainsi, on y trouve une grille permettant d'inscrire si la lettre est lisible, illisible ou absente. La grille est suivie d'un tableau pour calculer le score de lisibilité et d'un calcul du pourcentage. La seconde partie regroupe les critères de lisibilité. Plus précisément, on y décrit ce qui rend une lettre

illisible, on y trouve des exemples de lettres lisibles et illisibles, des précisions pour uniformiser la correction de la lisibilité des lettres et un tableau aide-mémoire des différents termes.

Dans le but d'uniformiser les corrections, six évaluateurs ont commencé un processus d'évaluation par une période de mise à niveau où ils ont évalué cinq échantillons ensemble, sous la supervision de leurs directrices de recherche. Les critères de lisibilité pour chaque lettre ont alors été bonifiés dans le guide d'évaluation de la lisibilité de l'écriture manuelle afin de préciser la correction, et par le fait même, de standardiser l'évaluation. Par la suite, les six évaluateurs se sont séparés en trois paires. Chaque paire a évalué conjointement 5 nouveaux échantillons, pour un total de 15 échantillons. Notons qu'en cas de doute, il était possible de demander à un autre évaluateur si à son avis une lettre devait être jugée lisible ou non, et d'explicitier son raisonnement ce faisant. Puis, 15 autres échantillons ont également été évalués en paires parmi les six évaluateurs, mais de façon individuelle cette fois-ci, c'est-à-dire sans consultation. Les résultats de ces 15 échantillons ont été utilisés afin d'évaluer la fidélité inter-juges. Lorsque l'accord était jugé acceptable selon les critères préalablement établis du guide d'évaluation, les échantillons restants étaient répartis entre les six évaluateurs et évalués de façon indépendante. Les mêmes étapes ont été répétées tant pour les autres échantillons des élèves de 1^{re} année que pour ceux des élèves de 2^e année.

Analyse des données

Afin d'évaluer la cohérence des résultats entre plusieurs évaluateurs, la fidélité inter-juges fut calculée à l'aide d'un coefficient de corrélation intra-classe. Ce coefficient de fidélité s'obtient par l'entremise d'une analyse de variance allant de -1 à 1. La fidélité inter-juges est jugée excellente lorsqu'elle se situe entre 0,75 et 1,00 et est jugée bonne lorsqu'elle se situe entre 0,60 et 0,74 (Cicchetti, 1994). Cette estimation correspond au ratio de la variance des scores réels sur la variance des scores observés. Puis, afin de situer le score de l'enfant par rapport à celui des autres, les résultats ont été reportés sur une courbe de rangs centiles. Dans le cas de scores ne suivant pas la courbe normale, des analyses non paramétriques ont été utilisées. De plus, le test de Mann-Whitney a permis de comparer les résultats obtenus par les filles à ceux obtenus par les garçons en ce qui avait trait à la lisibilité puis à la fluidité. Les valeurs de $p < 0,05$ obtenues ont permis de vérifier que la différence était significative.

RÉSULTATS

Le premier objectif de l'étude était de développer un guide d'évaluation de la lisibilité de l'écriture manuelle applicable en clinique (en Annexe).

Fidélité inter-juges

La fidélité inter-juges du guide d'évaluation de la lisibilité développé par l'équipe a été calculée à l'aide des mesures uniques des six évaluatrices avec un intervalle de

confiance de 95 %. Le coefficient intra-classe (ICC) pour la 1^{re} année est de 0,870 (IC95 % : 0,761 ; 0,946), alors que celui pour la 2^e année est de 0,632 (IC95 % : 0,429 ; 0,825).

Valeurs de référence

En réponse à l'objectif poursuivi de définir des valeurs de référence concernant la lisibilité et la fluidité de l'écriture manuelle chez des enfants du premier cycle du primaire, les résultats ont été reportés sur une courbe de rangs centiles permettant de situer le score de l'enfant par rapport à celui des autres. Le Tableau 1 montre la distribution des scores de lisibilité et de fluidité obtenus selon les rangs centiles par les élèves de 1^{re} année et le Tableau 2, par les élèves de 2^e année.

Première année du primaire

Les résultats de lisibilité (nombre de lettres lisibles/nombre de lettres produites) chez les élèves de 1^{re} année varient entre 60,88 % et 100 % de lettres lisibles avec une moyenne de 90,45 % (Tableau 1).

Les résultats de fluidité (nombre de lettres lisibles/minute) chez les élèves de 1^{re} année varient entre 4,74 et 26,41 avec une moyenne de 15,93 lettres lisibles par minute (Tableau 1).

Deuxième année du primaire

Les résultats de lisibilité chez les élèves de 2^e année varient entre 69,0 % et 100 % de lettres lisibles avec une moyenne de 91,83 % (Tableau 2).

Les résultats de fluidité chez les élèves de 2^e année varient entre 11,33 et 45,07 avec une moyenne de 25,6 lettres lisibles par minute (Tableau 2).

Tableau 1 : Rangs centiles selon le pourcentage de lisibilité et la fluidité (nombre de lettres lisibles par minute) des enfants de première année

Garçons			Filles			Tous les participants		
Rang centile	Lisibilité (%)	Fluidité	Rang centile	Lisibilité (%)	Fluidité	Rang centile	Lisibilité (%)	Fluidité
1	60,88	4,82	1	70,63	5,48	1	64,12	4,74
5	66,48	6,26	5	74,80	7,48	5	69,60	6,57
10	71,54	7,65	10	78,49	9,23	10	74,47	8,24
15	76,04	8,97	15	81,65	10,73	15	78,69	9,74
20	79,98	10,22	20	84,33	11,99	20	82,26	11,06
25	83,41	11,43	25	86,62	13,06	25	85,29	12,24
30	86,17	12,56	30	88,14	13,81	30	87,54	13,23
35	88,42	13,64	35	89,29	14,35	35	89,13	14,06
40	90,36	14,75	40	90,54	14,81	40	90,62	14,83
45	91,88	15,87	45	91,67	15,05	45	91,71	15,43
50	93,17	16,84	50	92,89	15,44	50	92,81	16,07
55	94,08	17,70	55	94,42	16,15	55	94,11	16,87
60	94,79	18,47	60	96,02	16,97	60	95,38	17,71
65	95,67	19,09	65	97,30	17,80	65	96,54	18,43
70	96,69	19,48	70	98,38	18,55	70	97,66	19,00
75	97,63	19,89	75	99,24	19,49	75	98,57	19,75
80	98,41	20,47	80	99,82	20,80	80	99,26	20,76
85	99,11	21,06	85	100	22,32	85	99,80	21,88
90	99,73	21,72	90	100	24,08	90	100	23,21
95	100	22,46	95	100	26,12	95	100	24,73
99	100	23,25	99	100	28,41	99	100	26,41

Tableau 2 : Rangs centiles selon le pourcentage de lisibilité et la fluidité (nombre de lettres lisibles par minute) des enfants de deuxième année

Garçons			Filles			Tous les participants		
Rang centile	Lisibilité (%)	Fluidité	Rang centile	Lisibilité (%)	Fluidité	Rang centile	Lisibilité (%)	Fluidité
1	68,28	11,91	1	80,89	11,68	1	71,17	11,33
5	71,78	13,31	5	83,50	13,87	5	75,45	13,20
10	75,01	14,62	10	85,84	15,85	10	79,25	14,91
15	77,96	15,82	15	87,91	17,55	15	82,54	16,43
20	80,65	16,92	20	89,72	19,01	20	85,33	17,77
25	83,07	17,96	25	91,30	20,32	25	87,71	19,01
30	85,21	18,84	30	92,57	21,29	30	89,42	19,94
35	87,09	19,67	35	93,56	21,99	35	90,69	20,74
40	88,64	20,46	40	94,49	22,94	40	91,86	21,73
45	89,84	21,13	45	95,24	24,30	45	92,72	22,81
50	90,90	22,06	50	95,95	25,67	50	93,61	24,02
55	91,71	23,50	55	96,73	26,83	55	94,58	25,46
60	92,32	25,18	60	97,47	27,97	60	95,51	27,03
65	93,20	26,88	65	98,14	29,28	65	96,47	28,51
70	94,29	28,70	70	98,80	30,50	70	97,48	29,84
75	95,43	30,49	75	99,33	32,19	75	98,32	31,53
80	96,54	32,09	80	99,71	34,59	80	98,98	33,64
85	97,67	33,65	85	99,99	37,37	85	99,54	35,99
90	98,83	35,13	90	100	40,66	90	99,97	38,69
95	100	36,51	95	100	44,50	95	100	41,72
99	100	37,80	99	100	48,82	99	100	45,07

Différence entre les résultats de lisibilité et de fluidité obtenus chez les garçons et les filles

En réponse à l'objectif concernant la comparaison de la lisibilité de l'écriture manuelle des filles et des garçons, le test de Mann-Whitney montre une différence significative grâce à la valeur p obtenue.

Entre les garçons et les filles de 1^{re} année, aucune différence significative n'est rapportée quant à la lisibilité ($p = 0,534$) et à la fluidité ($p = 0,837$). Par contre, la différence entre les filles et les garçons de 2^e année est significative pour la lisibilité ($p = 0,006$). La différence entre la fluidité d'écriture des filles et des garçons de 2^e année est non significative ($p = 0,232$).

DISCUSSION

Cette étude a permis de développer un guide d'évaluation de la lisibilité de l'écriture manuelle incluant des critères pour juger de la lisibilité de chacune des lettres et ayant une bonne fidélité inter-juges. Grâce à ce guide, des valeurs de référence, sous forme de rangs centiles, concernant la lisibilité et la fluidité de l'écriture manuelle chez les enfants de 1^{re} et de 2^e année du primaire ont été déterminées. Puis, les résultats obtenus ont permis d'explorer les différences de scores de lisibilité et de fluidité entre les garçons et les filles.

À notre connaissance, il s'agit du premier outil francophone guidant l'évaluation de la lisibilité. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, la langue française comporte plusieurs particularités, telles que les signes diacritiques, qui rendent l'utilisation des outils anglophones non optimale. D'ailleurs, étant donné qu'il s'agissait du premier guide francophone de ce genre, il a été impossible de le comparer avec des écrits antérieurs, ce qui démontre par le fait même sa nécessité et son importance.

Le résultat de fidélité inter-juges de ce guide (0,870 pour les enfants de 1^{re} année) est jugé excellent. Par contre, la fidélité inter-juges obtenue à la suite de l'évaluation des échantillons de 2^e année (0,632) se situe à la limite inférieure d'une bonne fidélité inter-juges. Cette différence peut s'expliquer par les phrases non identiques utilisées pour les classes de 1^{re} et de 2^e année. Une plus grande variété de lettres a été utilisée pour les élèves de 2^e année, augmentant le nombre de critères dont les évaluateurs devaient tenir compte tout en empêchant la comparaison entre les deux niveaux scolaires. Bref, le guide d'évaluation de la lisibilité développé permet d'obtenir minimalement une bonne fidélité inter-juges, dépendamment du groupe visé, et les critères de correction établis sont suffisamment clairs pour être applicables par différents ergothérapeutes.

Quant à la détermination des valeurs de référence de lisibilité et de fluidité de l'écriture manuelle chez les enfants de 1^{re} et de 2^e année du primaire, les comparaisons des données des deux niveaux scolaires doivent être réalisées avec prudence puisque les phrases à copier étaient différentes. La comparaison demeure également difficile en raison du type d'étude, c'est-à-dire une étude transversale de différentes cohortes

plutôt qu'une étude longitudinale. Nous observons tout de même que les résultats ont tendance à être légèrement supérieurs chez les élèves de 2^e année en ce qui a trait à la lisibilité. Ceci pourrait s'expliquer par la pratique et l'expérience acquise, c'est-à-dire l'apprentissage moteur de ces élèves au cours d'une année scolaire. En revanche, une amélioration bien supérieure s'observe sur le plan de la fluidité. À l'instar de Graham, Berninger, Weintraub et Schafer (1998) qui ont démontré que le développement de la lisibilité et celui de la vitesse de l'écriture manuelle chez l'apprenti scripteur étaient linéaires et indépendants l'un de l'autre, nous constatons une même linéarité et indépendance pour ce qui est de la fluidité et de la lisibilité.

Dans la société actuelle, des idées préconçues existent par rapport au genre et à la qualité de l'écriture. Toutefois, dans le cadre de notre étude, nous avons remarqué peu de différences entre les résultats des filles et des garçons quant à la lisibilité et à la fluidité de l'écriture manuelle. Effectivement, même si dans les deux cohortes les filles obtiennent des scores supérieurs à ceux des garçons, ces résultats sont en majorité non significatifs. En fait, la seule différence de genre statistiquement significative a été observée pour la lisibilité des élèves de 2^e année. Les résultats ne corroborent donc que partiellement la littérature scientifique antérieure concernant la différence de lisibilité chez les filles et chez les garçons (Graham *et al.*, 1998 ; Burr, 2002 ; Reynolds, Scheiber, Hajovsky, Schwartz et Kaufman, 2015). En effet, dans les écrits antérieurs, il est relevé que les filles ont de meilleurs résultats dans les tâches d'écriture que les garçons (Barnett *et al.*, 2018 ; Staats *et al.*, 2019 ; Weintraub *et al.*, 2007).

Implications cliniques

L'utilisation du guide d'évaluation de la lisibilité permettra aux ergothérapeutes d'évaluer de manière plus rigoureuse l'écriture manuelle des élèves en début de scolarisation (6-7 ans). En effet, le guide développé permet de standardiser l'évaluation de la lisibilité grâce à des critères précis. Ainsi, les ergothérapeutes pourront s'appuyer sur des critères observables et mesurables, qui ne reposent pas seulement sur la subjectivité du correcteur. La présence de critères définis en lien avec les particularités de la langue française (les divers signes diacritiques ajoutés aux voyelles) contribue également à une évaluation adaptée au contexte des milieux cliniques au Québec. Par ailleurs, ce guide peut être utilisé pour évaluer les différents éléments de l'écriture manuelle, tels que la vitesse, la lisibilité, la fluidité et la qualité. De plus, les ergothérapeutes du Québec pourront utiliser les valeurs de référence concernant la lisibilité de l'écriture manuelle obtenues dans le cadre de cette étude afin de déterminer le degré d'acquisition ou de difficulté de l'enfant en matière d'écriture manuelle, et ce, en fonction des objectifs attendus pour son niveau scolaire.

Par ailleurs, l'utilisation du guide d'évaluation de la lisibilité en complémentarité avec le HAP-2, permettront à l'ergothérapeute d'avoir une vision plus large de la situation actuelle, et ainsi, une évaluation plus complète de l'écriture manuelle. En terminant, de façon générale, les observations réalisées à l'aide des précisions du guide d'évaluation de la lisibilité pourraient être utilisées afin de guider les cibles d'intervention liées à l'écriture manuelle.

Limites de l'étude

Lors de l'échantillonnage, la première phase de l'étude (Couture *et al.*, 2016) a mis en œuvre des stratégies assurant la validité des échantillons comme la considération de l'indice de défavorisation de l'école sélectionnée et des niveaux scolaires ainsi que l'utilisation de phrases administrées selon les critères du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et sélectionnées par un groupe d'experts (orthophonistes, enseignants, ergothérapeutes). Toutefois, les facteurs environnementaux (luminosité, bruit ambiant, matériel scolaire, etc.) n'ont pas été pris en compte durant les collectes de données initiales, ce qui pourrait avoir eu une influence sur la performance des élèves. Ensuite, les étudiants-chercheurs avaient peu d'expérience clinique en évaluation de la lisibilité de l'écriture manuelle. Néanmoins, les étapes d'élaboration des critères du guide, supervisées par deux ergothérapeutes expérimentées (directrices de recherche), leur ont permis de développer leurs compétences et d'affiner leurs observations. Ainsi, même avec peu d'expérience clinique, il est possible d'évaluer la lisibilité de façon assez objective avec ce guide. Il s'adresse donc à tout ergothérapeute, peu importe son niveau d'expérience ou d'expertise. Relevons également que dans le cadre de cette étude, les phrases utilisées dans la tâche de copie de près n'étaient pas les mêmes pour les élèves de 1^{re} et 2^e année et que la collecte de données était transversale, limitant ainsi la généralisation et la comparaison entre les élèves de 1^{re} et de 2^e année. Par ailleurs, le fait d'avoir évalué les classes de 1^{re} et de 2^e année d'une même école minimise la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des enfants franco-québécois, et ce, même s'il s'agit d'une école ayant un indice de défavorisation moyen. Il faut cependant prendre en considération le fait qu'il s'agit de la première étude franco-québécoise à ce sujet et qu'elle permet aux ergothérapeutes d'avoir des valeurs de référence valides et spécifiques en lien avec la lisibilité et la fluidité de l'écriture manuelle pour les enfants franco-québécois.

CONCLUSION

La présente étude a permis de développer un guide pour évaluer la lisibilité et la fluidité de l'écriture manuelle chez les élèves du premier cycle du primaire ainsi que des valeurs de référence. En utilisant en complémentarité le HAP-2 et le guide d'évaluation de la lisibilité, les ergothérapeutes pourront se référer aux valeurs de référence obtenues afin de déterminer où se situe le rendement de l'enfant par rapport aux autres enfants de son âge. Toutefois, il importe que les ergothérapeutes, se basant sur leur expertise, abordent les résultats obtenus par l'utilisation de cet outil avec une perspective critique. En effet, le pourcentage de lisibilité n'est pas une donnée suffisante pour avoir une évaluation exhaustive de la situation (p. ex. : situation scolaire, poste de travail, positionnement). En effet, la triangulation des informations demeure indispensable pour raffiner son raisonnement professionnel. L'utilisation d'une approche prenant en considération tant la personne que l'environnement et les occupations est d'ailleurs à prioriser.

Les résultats permettent aussi de situer les performances des enfants selon leur genre. Cependant, une seule différence significative a été observée. La poursuite des recherches sur le sujet est donc recommandée.

Enfin, puisqu'il s'agissait d'une étude transversale et que les tâches étaient différentes pour les deux niveaux, il n'a pas été possible de déterminer s'il y avait amélioration ou maintien de la performance entre les deux groupes. Il serait donc pertinent, lors d'une prochaine étude, d'étudier l'évolution de la lisibilité et de la fluidité de l'écriture manuelle dans le temps par le biais d'une approche longitudinale. Par ailleurs, d'autres avenues de recherche pourraient être envisagées, telles que la création de valeurs de référence pour les autres cycles du primaire ainsi que l'évaluation de l'impact de la familiarité avec l'outil et de l'expérience de l'évaluateur sur les résultats.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche aimerait remercier tous les élèves ayant participé à notre étude ainsi que les enseignants et les directions d'école qui ont accepté notre présence dans leurs classes et leur école. Nous souhaitons également remercier la Chaire de recherche sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture chez le jeune enfant (CREALEC) pour son soutien.

FINANCEMENTS

Cette étude a été soutenue par la Chaire de recherche sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture chez le jeune enfant (CREALEC), Université de Sherbrooke.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Accardo, A. P., Genna, M. et Borean, M. (2013). Development, maturation and learning influence on handwriting kinematics. *Human Movement Science*, 32(1), 136-146.
- Alamargot, D. et Morin, M.-F. (2019). Approche cognitive de la production écrite : principaux résultats et apports pour l'apprentissage et l'enseignement à l'école. *A.N.A.E.*, 163, 713-721.
- Albaret, J. M., Soppelsa, R., Danna, J. et Kaiser, M. (2013). Évaluation de l'écriture. Dans J. Albaret, M. Kaiser et R. Soppelsa (dir.), *Troubles de l'écriture chez l'enfant. Des modèles à l'intervention* (p. 135-153). De Boeck-Solal.
- Amundson, S. (1995). *Evaluation tool of children's handwriting*. Homer. O.T. KIDS.
- Bara, F. et Gentaz, E. (2010). Haptics in teaching handwriting: The role of perceptual and visuo-motor skills. *Human Movement Science*, 30, 745-759.
- Barnett, A. L., Prunty, M. et Rosenblum, S. (2018). Development of the Handwriting Legibility Scale (HLS): A preliminary examination of reliability and validity. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 240-247. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.11.013>
- Berninger, V. W., Vaughan, K. B., Abbott, R. D., Abbott, S. P., Rogan, L. W., Brooks, A., Reed, E. et Graham, S. (1997). Treatment of handwriting problems in beginning writers: Transfer from handwriting to composition. *Journal of Educational Psychology*, 89(4), 652-666. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.4.652>
- Biotteau, M., Danna, J., Baudou, É., Puyjarinet, F., Velay, J.-L., Albaret, J.-M. et Chaix, Y. (2019). Developmental coordination disorder and dysgraphia: Signs and symptoms, diagnosis, and rehabilitation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1873-1885. Dove Press. <https://doi.org/10.2147/NDT.S120514>
- Burr, V. (2002). Judging gender from samples of adult handwriting: Accuracy and use of cues. *The Journal of Social Psychology*, 142(6), 691-700. <https://doi.org/10.1080/00224540209603929>

- Chase, C. I. (1986). Essay test scoring: Interaction of relevant variables. *Journal of Educational Measurement*, 23(1), 33-41. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3984.1986.tb00232.x>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Coallier, M. et Rouleau, N. (2021). L'écriture manuelle. Dans N. Cantin (dir.), *L'ergothérapie en milieu scolaire* (p. 57-88). Presses de l'Université du Québec.
- Couture, M., Morin, M.-F., Coallier, M., Lavigne, A., Archambault, P., Bolduc, É., Chartier, É., Liard, K. et Jasmin, E. (2016). Évaluation de l'écriture manuelle d'élèves franco-québécois au début du primaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 269-280.
- Duiser, I. H. F., Ledebt, A., Van der Kamp, J. et Savelsbergh, G. J. P. (2020). Persistent handwriting problems are hard to predict: A longitudinal study of the development of handwriting in primary school. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103551. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103551>
- Feder, K. P. et Majnemer, A. (2007). Handwriting development, competency, and intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(4), 312-317. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00312.x
- Feder, K. P., Majnemer, A., Bourbonnais, D., Blayney, M. et Morin, I. (2007). Handwriting performance on the ETCH-M of students in a grade one regular education program. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(2), 43-62.
- Graham, S., Berninger, V. W., Abbott, R. D., Abbott, S. P. et Whitaker, D. (1997). Role of mechanics in composing of elementary school students: A new methodological approach. *Journal of Educational Psychology*, 89(1), 170-182. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.1.170>
- Graham, S., Berninger, V., Weintraub, N. et Schafer, W. (1998). Development of handwriting speed and legibility in grades 1-9. *The Journal of Educational Research*, 92(1), 42-52.
- Hammerschmidt, S. L. et Sudsawad, P. (2004). Teachers' survey on problems with handwriting: Referral, evaluation, and outcomes. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 58(2), 185-192. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.2.185>
- Jones, D. et Christensen, C. A. (1999). Relationship between automaticity in handwriting and students' ability to generate written text. *Journal of Educational Psychology*, 91(1), 44-49. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.91.1.44>
- Kadar, M., Chui, C. S., Kei, G. M., Razaob Razab, N. A. et Yunus, F. W. (2019). Review on the effects of occupational therapy intervention in improving handwriting skills among preschool children. (*Tinjauan ke Atas Keberkesanan Intervensi Terapi Karakterja dalam MeningkatkanK emahiran Tulisan Tangan dalam Kalangan Kanak-kanak Prasekolah*). *Malaysian Journal of Health Sciences (Jurnal SainsKesihatan Malaysia)*, 17(2), 89-95. <https://doi.org/10.17576/JSKM-2019-1702-10>
- Karlsdottir, R. et Stefansson, T. (2002). Problems in developing functional handwriting. *Perceptual and Motor Skills*, 94(2), 623-662. <https://doi.org/10.2466/pms.2002.94.2.623>
- Klein, S., Guiltner, V., Sollereder, P. et Cui, Y. (2011). Relationships between fine-motor, visual-motor, and visual perception scores and handwriting legibility and speed. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(1), 103-114. <https://doi.org/10.3109/01942638.2010.541753>
- Lavoie, N., Morin, M.-F. et Labrecque, A.-M. (2015). Le geste graphique chez le scripteur au début de l'école primaire : profil des pratiques pédagogiques et des performances des élèves. *Repères. Recherches en didactique du français langue maternelle*, 52, 177-198. <https://doi.org/10.4000/reperes.974>
- Maldarelli, J. E., Kahrs, B. A., Hunt, S. C. et Lockman, J. J. (2015). Development of early handwriting: Visual-motor control during letter copying. *Developmental Psychology*, 51(7), 879-888. <https://doi.org/10.1037/a0039424>
- McCloskey, M. et Rapp, B. (2017). Developmental dysgraphia: An overview and framework for research. *Cognitive Neuropsychology*, 34(3-4), 65-82. <https://doi.org/10.1080/02643294.2017.1369016>

- McHale, K. et Cermak, S. A. (1992). Fine motor activities in elementary school: Preliminary findings and provisional implications for children with fine motor problems. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 46(10), 898-903. <https://doi.org/10.5014/ajot.46.10.898>
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2011). *Programme de formation de l'école québécoise - enseignement préscolaire et primaire*. Repéré à : <http://www.education.gouv.qc.ca/references/indicateurs-et-statistiques/indices-de-defavorisation/>
- Morin, M.-F. et Coallier, M. (2011). *Guide de correction d'une copie de phrase* [document inédit]. Chaire de recherche sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture chez le jeune enfant (CREALEC), Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke.
- Morin, M.-F., Lavoie, N. et Montésinos-Gelet (2012). Graphomotor skills, spelling and writing in Grade 2: The effects of teaching practices. *Language and Literacy*, 14(1), 110-124.
- Morin, M.-F., Nootens, P., Labrecque, A. et LeBlanc, I. (2009). *Synthèse de connaissances sur l'enseignement de l'écriture à l'école primaire*. Production réalisée dans le cadre d'un contrat de recherche pour le MELS.
- Overvelde, A. et Hulstijn, W. (2011). Handwriting development in grade 2 and grade 3 primary school children with normal, at risk, or dysgraphic characteristics. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 540-548. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.027>
- Pollock, N., Lockhart, J., Blowes, B., Semple, K., Webster, M., Farhat, L., Brunetti, S. (2009). *The McMaster Handwriting Assessment Protocol*. McMaster University, School of Rehabilitation Science.
- Pollock, N., Lockhart, J., Blowes, B., Semple, K., Webster, M., Farhat, L., Brunetti, S. (2014). *Protocole d'évaluation de l'écriture manuelle* (traduit par P. Archambault, É. Bolduc, É. Chartier, S. Corriveau, D. Giguère, A. Lavigne, K. Liard, J. Santagata, L. St-Denis, A. Trudeau, E. Jasmin, M. Couture et M. Coallier). McMaster University, School of Rehabilitation Science.
- Pontart, V., Bidet-Ildei, C., Lambert, E., Morisset, P., Flouret, L. et Alamargot, D. (2013). Influence of handwriting skills during spelling in primary and lower secondary grades. *Frontiers in Psychology*, 4, 818. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00818>
- Reisman, J. E. (1993). Development and reliability of the research version of the Minnesota Handwriting Test. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 13(2), 41-55. https://doi.org/10.1080/J006v13n02_03
- Reisman, J. E. (1999). *Minnesota Handwriting Assessment*. The Psychological Corporation.
- Reynolds, M. R., Scheiber, C., Hajovsky, D. B., Schwartz, B. et Kaufman, A. S. (2015). Gender differences in academic achievement: Is writing an exception to the gender similarities hypothesis? *The Journal of Genetic Psychology*, 176(4), 211-234. <https://doi.org/10.1080/00221325.2015.1036833>
- Sandler, A. D., Watson, T. E., Footo, M., Levine, M. D., Coleman, W. L. et Hooper, S. R. (1992). Neurodevelopmental study of writing disorders in middle childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 13(1), 17-23.
- Smits-Engelsman, B. C. M. et Van Galen, G. P. (1997). Dysgraphia in children: Lasting psychomotor deficiency or transient developmental delay? *Journal of Experimental Child Psychology*, 67(2), 164-184. <http://doi.org/10.1006/jecp.1997.2400>
- Staats, C., Oakley, G. et Marais, I. (2019). A legibility scale for early primary handwriting: Authentic task and cognitive load influences. *Issues in Educational Research*, 29(2), 537-561.
- Van Hartingsveldt, M. J., De Groot, I. J. M., Aarts, P. B. M. et Nijhuis-Van Der Sanden, M. W. G. (2011). Standardized tests of handwriting readiness: A systematic review of the literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(6), 506-515. <http://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03895>
- Volman, M. J. M., Van Schendel, B. M. et Jongmans, M. J. (2006). Handwriting difficulties in primary school children: A search for underlying mechanisms. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 60(4), 451-460. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.4.451>
- Weintraub, N., Drory-Asayag, A., Dekel, R., Jokobovits, H. et Parush, S. (2007). Developmental trends in handwriting performance among middle school children. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(3), 104-112. doi : 10.1177/153944920702700304

ANNEXE : GUIDE D'ÉVALUATION DE LA LISIBILITÉ DE L'ÉCRITURE MANUELLE : 1^{RE} ET 2^E ANNÉE DU PRIMAIRE

Copie de près : Protocole d'évaluation de l'écriture manuelle (Pollock et al., 2014)

Tableau 3 : Phrase de 1re année (en copie de près)

Lettres	L	é	o	a	r	r	i	v	e	à	l'	é	c	o	l	e	a	v	e	c	s	o	n	a	m	i	e
Lisibilité																											

Note : Cocher lorsque la lettre est lisible, surligner lorsque la lettre est illisible et rayer lorsque la lettre est absente.

Tableau 4 : Phrase de 2e année (en copie de près)

Lettres	M	a	x	i	m	e	v	a	à	l	a	p	l	a	g	e	a	v	e	c	s	a	f	a	m	i	l	l	e	l	l
Lisibilité																															
Lettres	a	i	m	e	c	o	n	s	t	r	u	i	r	e	u	n	c	h	â	t	e	a	u	d	e	s	a	b	l	e	.
Lisibilité																															

Note : Cocher lorsque la lettre est lisible, surligner lorsque la lettre est illisible et rayer lorsque la lettre est absente.

Tableau 5 : Calcul du score

Total de lettres produites :	
	Moins (-)
Nombre de lettres volontairement hachurées ou substituées :	
	Moins (-)
Nombre de lettres illisibles :	
	Égal (=)
Nombre de lettres lisibles :	

Calcul du pourcentage de lisibilité

$$((n \text{ de lettres lisibles}) / (n \text{ de lettres produites} - n \text{ de lettres hachurées})) \times 100 = __%$$

Critères de lisibilité

La lettre est illisible lorsque :

1. Elle n'est pas facilement et rapidement reconnaissable prise hors contexte et à première vue ;
2. Elle est pauvrement formée, déformée, renversée (p. ex. : b ou d) ou considérablement inclinée ;
3. Elle possède une ou des parties additionnelles, supplémentaires ;
4. Elle est retracée, mais ne conserve pas sa lisibilité ;
5. Des parties sont omises ou elle n'est pas correctement fermée (p. ex. : i sans le point) ;
6. Elle partage une partie avec une autre lettre ou est superposée à une autre lettre (deux lettres se touchent en plus d'un point ; le cas échéant, les deux lettres sont pénalisées) ;
7. Elle peut être confondue avec une autre lettre ou un chiffre (ressemble à une autre lettre) ;
8. Elle peut être confondue avec un groupe de lettres ou de chiffres (p. ex. : les lettres « rr » confondues avec la lettre « m ») ;
9. Elle est majuscule lorsqu'elle aurait dû être minuscule ou inversement (à l'exception des lettres pour lesquelles seule la grosseur diffère d'une lettre majuscule à une lettre minuscule (p. ex. : « c », « o », « s », « v »).

Ne pas pénaliser :

- Une séquence inversée (p. ex. « sno » vs « son ») ;
- La lettre est barbouillée ou volontairement hachurée ;
- La lettre est en écriture cursive (attachée) alors qu'elle aurait dû être en script.

Précisions pour uniformiser la correction de la lisibilité des lettres

Lettres majuscules :

I : Le trait le plus long du « I » doit être celui à la verticale. Deux traits horizontaux peuvent être présents à chaque extrémité.

L : L'angle entre les deux traits doit être sensiblement de 90°. Le plus long trait doit être à la verticale et perpendiculaire au trait horizontal.

M : Le « M » doit être formé de 2 traits verticaux reliés par une pointe formée de deux traits diagonaux. Le « M » peut aussi prendre une forme arrondie pour autant qu'il demeure plus grand que les autres lettres minuscules.

Lettres minuscules :

a : Le « a » doit être complètement fermé ou avoir moins de 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un « u ». Le « a » ne doit pas pouvoir être confondu avec la lettre « d » ou la lettre « q ».

b : Une ligne droite verticale (elle ne doit pas être arrondie) et une boule doit être présente : le « b » ne doit pas pouvoir être confondu avec le chiffre « 6 ». La droite verticale doit être plus haute que la boule. La boule doit être complètement fermée ou avoir moins de 1 mm d'ouverture.

c : Le « c » doit être courbe et avoir une ouverture de plus de 1 mm pour ne pas se confondre avec le « o » ou le « e ».

d : Une droite verticale et une boule doivent être présentes. La droite verticale doit être plus haute que la boule. Le « d » doit être complètement fermé ou avoir moins de 1 mm d'ouverture.

e : Le « e » doit être complètement fermé ou avoir au maximum 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un « c ».

f : Le « f » doit être composé d'un trait vertical avec une courbe sur l'extrémité supérieure. Un trait horizontal doit être présent approximativement à la moitié du trait et doit être plus court que le trait vertical.

g : Le « g » doit avoir une queue, qui doit être courbe pour ne pas ressembler à la lettre « q ». La boule du « g » doit être fermée ou avoir moins de 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un y.

h : Une ligne droite verticale et un trait courbé doivent être présents. La droite verticale doit être plus haute que le trait courbé pour ne pas ressembler à un « n ». Le trait courbé ne doit pas former une boule de sorte à ne pas ressembler à un « b ».

i : Le point sur le « i » doit être présent.

l : Sans particularité.

m : La première droite doit être présente pour ne pas ressembler à un « n ».

n : La première droite doit être présente. Par contre, si la droite est trop longue, la lettre sera illisible puisqu'elle pourrait ressembler à un « h ».

o : Le « o » doit être complètement fermé ou avoir moins de 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un c ou un e ou un u.

p : La queue du « p » doit être présente.

r : La courbure du « r » doit être moins longue que la moitié de la ligne verticale pour ne pas ressembler à un « n ». Le trait vertical doit être présent. Le « r » ne doit pas pouvoir être confondu avec un « v ».

s : Le « s » doit avoir deux courbes pour ne pas ressembler à un « z » inversé ou au chiffre « 5 ».

t : Le trait vertical doit être plus long que le trait horizontal. Les traits ne doivent pas être diagonaux pour ne pas se confondre avec un « x ». Les angles doivent être d'environ 90°.

u : Le « u » doit être courbe et avoir une droite pour ne pas ressembler à un « v ». L'angle de la droite doit être de moins de 30°. Le « u » doit avoir plus de 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un « a ».

v : L'angle du « v » doit être pointu pour ne pas ressembler à un « u » et de moins de 90° pour ne pas ressembler à un « L » (majuscule).

x : Le trait vertical et le trait horizontal du « x » doivent être orientés de façon diagonale pour ne pas ressembler à un « t ».

Lettres avec signes diacritiques :

à : Le « a » doit être complètement fermé ou avoir moins de 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un « u ». L'accent sur le « a » doit être présent et avoir un angle de plus de 90° et de moins de 180°.

â : Le « a » doit être complètement fermé ou avoir moins de 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un « u ». L'accent circonflexe du « a » doit être présent et ne doit pas pouvoir être confondu avec un autre accent.

é : Le « e » doit être complètement fermé ou avoir au maximum 1 mm d'ouverture pour ne pas ressembler à un « c ». L'accent sur le « e » doit être présent et avoir un angle plus grand que 0° et moins grand que 90°.

l' : L'apostrophe doit être présente.

Tableau 6 : Aide-mémoire des différents termes

Fluidité Lettres lisibles/min.	Vitesse Lettres/min.
Lisibilité Lettres lisibles/lettres produites	

Figure 1 : Exemples de lettres lisibles et illisibles pour la phrase de 1^{re} année

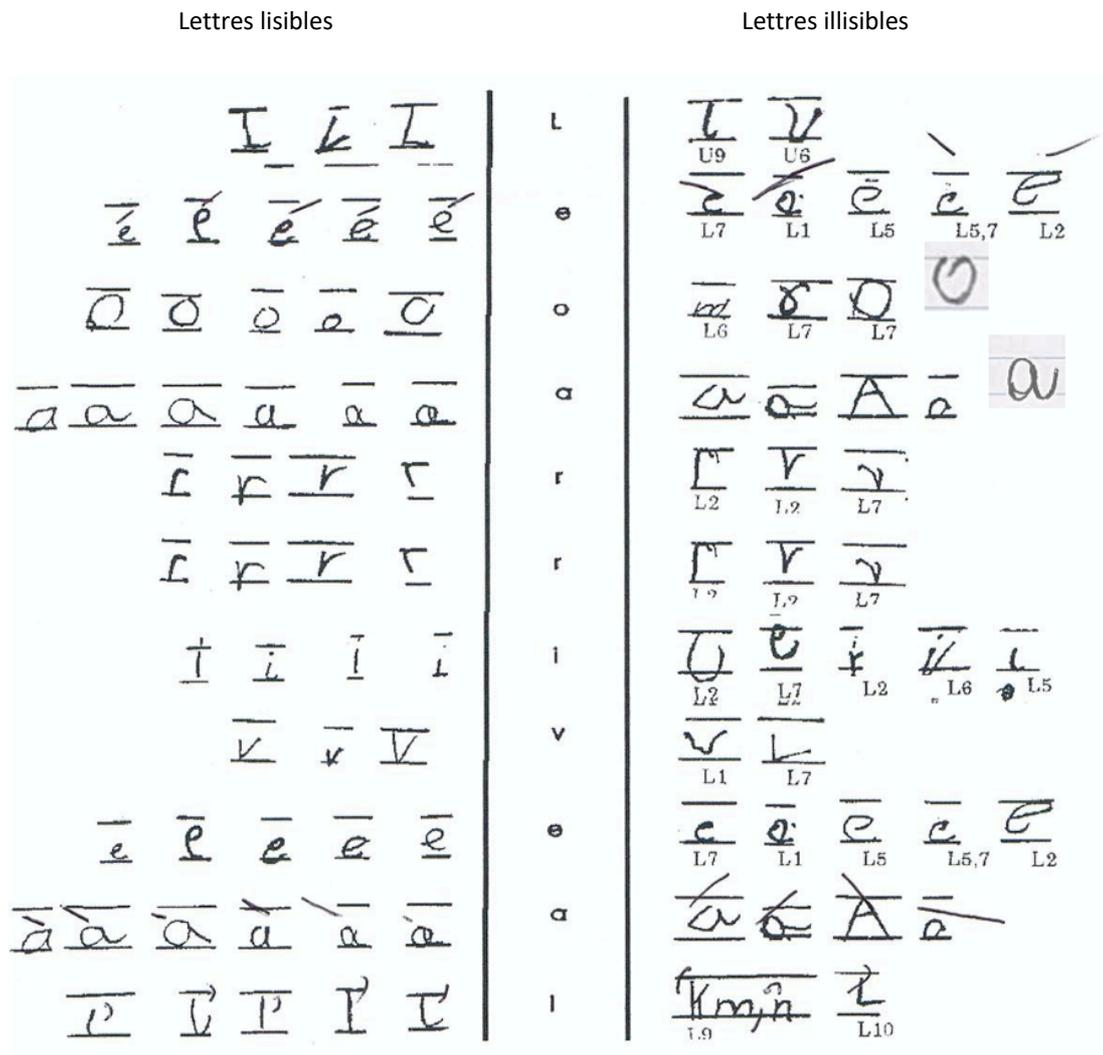


Figure 2 : Exemples de lettres lisibles et illisibles pour la phrase de 1^{re} année (suite)

Lettres lisibles		Lettres illisibles
e e e e e	e	e e e e e L7 L1 L5 L5,7 L2
c c c	c	c c L7 L2
o o o o o	o	o o o o L6 L7 L7
l l l l l	l	l m n l L1,9 L10
e e e e e	e	e e e e e L7 L1 L5 L5,7 L2
a a a a a	a	a a A a a L2 L4 L10 L7
v v v	v	v l L1 L7
e e e e e	e	e e e e e L7 L1 L5 L5,7 L2
c c c	c	c c L7 L2
s s s s s	s	c s e s L1,7 L2 L7 L7,10
o o o o o	o	o o o o L6 L7 L7
n n n n n	n	n n n n n L7 L7 L1 L7 L7
a a a a a	a	a a A a a L7 L4 L10 L7
m m m m m	m	m m m m L1,2 L10 L2,5 L7
i i i i i	i	i e i i i L2 L7 L2 L6 L5
e e e e e	e	e e e e e L7 L1 L5 L5,7 L2

Figure 3 : Exemples de lettres lisibles et illisibles pour la phrase de 2^e année

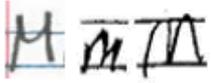
Lettres lisibles					Lettres illisibles					
					M					
					a					
					b					
					c					
					d					
					e					
					f					
					g					
					h					
					i					
					l					
					m					
					n					

Figure 4 : Exemples de lettres lisibles et illisibles pour la phrase de 2^e année (suite)

Lettres lisibles						Lettres illisibles				
o	o	o	e	o	o p q r s t u v x	o	o	o	o	o
p	p	p	p	p		o	o	o	o	o
q	q	q	q	q		p	p	p	p	p
r	r	r	r	r		q	q	q	q	q
s	s	s	s	s		r	r	r	r	r
t	t	t	t	t		s	s	s	s	s
u	u	u	u	u		t	t	t	t	t
v	v	v	v	v		u	u	u	u	u
x	x	x	x	x		v	v	v	v	v
						x	x	x	x	x



FACILITANTS ET OBSTACLES À L'ERGOTHÉRAPIE COMMUNAUTAIRE EN FRANCE : VERS L'ÉLARGISSEMENT DU CHAMP DE PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES

Cédrine Jouve¹, Marie-Hélène Lévesque², Mélanie Levasseur³

¹ Ergothérapeute, Établissement de santé de Quingey, Quingey, France

² Ergothérapeute, M.erg., M.Sc., École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : cedrinejve@gmail.com

Reçu le 15.07.2021 – Accepté le 14.07.2022

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.v8n2.204

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



RÉSUMÉ

Contexte. La réduction des inégalités sociales et de santé constitue une importante priorité de santé publique. Au-delà des conduites individuelles, et en raison de forces systémiques et structurelles plus vastes, certaines communautés présentent un risque accru de situations de précarité susceptibles d'entraver leurs possibilités occupationnelles et leur capacité à maintenir une bonne santé. Afin de réduire ces risques, il importe pour les ergothérapeutes d'utiliser les leviers de la promotion de la santé et de mieux comprendre les facteurs d'influence à la mise en œuvre d'interventions à l'échelle de la communauté.

Objectif. Cette étude visait à identifier les éléments facilitant ou limitant le développement d'une pratique communautaire de l'ergothérapie en France.

Méthode. Une étude qualitative de type recherche clinique a été réalisée auprès de sept ergothérapeutes français intervenant en milieu communautaire au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats. Les éléments favorisant le développement de l'ergothérapie communautaire sont sa nouveauté, sa forte compatibilité de valeurs avec la santé communautaire, les politiques de santé s'orientant davantage vers des principes communautaires, ainsi que les connaissances et les compétences des ergothérapeutes dans cette pratique. Les éléments faisant obstacle au développement de l'ergothérapie communautaire sont la perception de la complexité de la pratique et la façon de la définir, le nombre limité de stages et les lacunes de la formation en ergothérapie, les difficultés de financement ainsi que le nombre restreint d'ergothérapeutes engagés dans ce domaine.

Conclusion. L'engagement envers la pratique communautaire élargirait le champ d'intervention des ergothérapeutes pour répondre aux défis sociaux émergents en France. Dans l'optique d'une éventuelle implantation de l'ergothérapie communautaire, il importe de poursuivre les études en explorant comment ces éléments favorisants peuvent être des leviers et les obstacles être réduits.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie communautaire, Promotion de la santé, Participation occupationnelle

FACILITATORS AND BARRIERS TO COMMUNITY OCCUPATIONAL THERAPY IN FRANCE: TOWARDS BROADENING THE SCOPE OF PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS

ABSTRACT

Context. Reducing social and health inequities is an important public health priority. Beyond individual behaviors, and because of broader systemic and structural forces, residents of some communities are at increased risk of precarious situations that may impede their occupational opportunities and ability to remain healthy. To reduce these risks, occupational therapists need to mobilize the levers of health promotion and better understand the factors influencing the implementation of community-level interventions.

Objective. This study aimed to identify the elements that enable and impede the development of community-based occupational therapy practice in France.

Method. A qualitative clinical research study was conducted with seven French occupational therapists working in community settings using semi-structured individual interviews.

Results. Elements enabling the development of community occupational therapy were its novelty, strong compatibility with values of community health, health policies further moving toward community principles, and occupational therapists' knowledge and skills in this practice. Barriers to the development of community-based occupational therapy include the perceived complexity of the practice and how it is defined, the limited number of internships and gaps in occupational therapy education, funding challenges, and the limited number of occupational therapists involved in this field.

Conclusion. A commitment toward community-based practice would broaden the scope of intervention of occupational therapists to respond to emerging social issues in France. To eventually implement community-based occupational therapy, it is important to continue studies exploring how these enabling elements can be levers and how barriers can be reduced.

KEYWORDS

Community-based occupational therapy, Health promotion, Occupational participation

INTRODUCTION

Mondialement, et la France ne fait pas exception, la lutte contre les inégalités sociales et de santé constitue une importante priorité de santé publique (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Monin, 2019 ; World Health Organisation [WHO], 2019a). En France une personne sur cinq vit en situation de précarité (Mechali, 2018) et certaines communautés sont confrontées à des forces systémiques et structurelles qui créent et maintiennent des disparités d'accès aux ressources de promotion de la santé (De Saint Pol, 2009 ; Raphael, 2016 ; Ridde, 2007 ; Trentham *et al.*, 2022). Désignées sous le terme d'inégalités sociales en santé, ces disparités sont présentes dès le plus jeune âge et affectent la santé (p. ex. : incapacités, mortalité prématurée) des populations vivant dans les zones les plus défavorisées. Elles sont ainsi le produit des inégalités accumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017 ; p. 10). Les inégalités ne découlent ainsi pas uniquement de facteurs individuels, mais aussi de conditions sociales (p. ex. : insécurité alimentaire), politiques (p. ex. : capitalisme) et économiques (p. ex. : inégalités des revenus) défavorables (De Saint Pol, 2009 ; Ridde, 2007 ; Trentham *et al.*, 2022). En plus de leur influence profonde sur la santé des populations, ces inégalités sociales et de santé peuvent entraîner des situations d'injustice occupationnelle, c'est-à-dire des inégalités quant aux possibilités de participer à des occupations significatives (Trentham *et al.*, 2022 ; Townsend et Wilcock, 2004). Puisqu'elles limitent la capacité des personnes à satisfaire les conditions préalables à leur santé (p. ex. : se nourrir, se loger) et à reprendre du pouvoir sur leur vie, ces entraves à la participation occupationnelle peuvent, à leur tour, mener à des conséquences délétères sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités. En reconnaissant les occupations comme un droit humain (Townsend et Wilcock, 2004) et un déterminant de la santé ne relevant pas uniquement de conduites individuelles, mais de forces contextuelles plus vastes (Laliberte Rudman *et al.*, 2022), les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle de premier plan dans la création d'espaces de justice sociale et occupationnelle. Afin d'optimiser les possibilités occupationnelles et de promouvoir la santé, la justice et l'inclusion, les ergothérapeutes sont encouragés à dépasser les interventions traditionnelles à visée restaurative ou compensatoire et à utiliser les leviers de la participation et de la promotion de la santé, notamment dans le champ de la santé communautaire (Letts *et al.*, 2022 ; Turcotte *et al.*, 2015 ; WHO, 2019b). Définie comme :

Toute initiative issue de personnes, d'organismes communautaires, de communautés visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, la santé communautaire poursuit des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples (Lamoureux *et al.*, 2008, p. xii).

S'inscrivant dans ce courant, la pratique de l'ergothérapie communautaire (ou sociale) est en pleine émergence (Delaisse *et al.*, 2022 ; Letts *et al.*, 2022). La profession s'oriente ainsi progressivement vers un changement de paradigme allant au-delà des tendances dominantes axées sur l'individualisation et la biomédicalisation de la santé pour agir sur l'environnement sociétal et lutter contre les injustices occupationnelles à

l'échelle communautaire (Delaisse *et al.*, 2022 ; Trentham *et al.*, 2022). Située à la frontière du social et du sanitaire (Jourdan *et al.*, 2012), l'ergothérapie communautaire est centrée sur la personne et vise à promouvoir la santé et le bien-être des individus à travers les occupations (Fédération mondiale d'ergothérapie, 2020), tant individuelles que collectives. L'ergothérapie reconnaît la nature sociale et contextualisée des occupations (Egan et Restall, 2022) ainsi que leur capacité à refléter une intention collective (p. ex. : favoriser la cohésion, progresser vers un bien commun) (Ramugondo et Kronenberg, 2013). Que ce soit auprès d'individus, de familles, de groupes, de communautés ou de populations (Kronenberg *et al.*, 2005 ; Restall et Egan, 2022), le pouvoir d'agir, la participation ainsi que la gestion autonome du bien-être et de la santé sont au cœur de la pratique communautaire (Banks et Head, 2004 ; WHO, 2019b). Cette pratique permet ainsi de favoriser des possibilités équitables d'engagement occupationnel, d'aider les individus et les communautés à prendre en main leur santé et de rehausser le pouvoir et l'influence des personnes vivant des inégalités (Letts *et al.*, 2022). Par ailleurs, puisqu'elle appartient au domaine médico-social et qu'elle répond ainsi à des problématiques complexes auprès de multiples populations (Carrier et Raymond, 2017), la pratique communautaire de l'ergothérapie comporte des bénéfices à de multiples niveaux (p. ex. : individus, quartier, société), notamment sur le plan financier pour les organismes de santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002). En s'engageant auprès de communautés exclues, l'ergothérapie pourrait, par exemple, contribuer à la diminution de leurs comportements à risque pour la santé. À plus grande échelle, l'ergothérapie communautaire pourrait améliorer la situation socioéconomique d'un quartier (Planète publique, 2011) ou réduire l'âgisme (Godbout *et al.*, 2012). Malgré ses retombées prometteuses et sa capacité de répondre à certains défis sociodémographiques, la pratique de l'ergothérapie dans la communauté n'a pas atteint son plein essor, notamment en raison du manque de ressources humaines (p. ex. : peu d'étudiants formés) et financières (p. ex. : budgets limités alloués) (Carrier et Raymond, 2017). Par ailleurs, il existe peu d'exemples de cette pratique dans le domaine de la santé publique (Lewis *et al.*, 2021 ; Donnelly *et al.*, 2020). Afin de soutenir la pratique de l'ergothérapie auprès des communautés, il importe de mieux comprendre les facilitateurs et les obstacles à sa mise en œuvre ainsi que le contexte historique, géopolitique et professionnel dans lequel elle s'inscrit.

Recension des écrits

Bien qu'elle puisse sembler novatrice, la pratique de l'ergothérapie dans la communauté existe depuis le début du 20^e siècle (Lysack *et al.*, 1995), notamment aux États-Unis, d'où provient le développement de l'approche communautaire en santé (Clavreul, 2020). Développée sous le nom de *community organizing* par le sociologue et organisateur communautaire Saul Alinsky (Balazard, 2013), cette méthode réfère à un processus par lequel des personnes, des organisations et des communautés se mettent ensemble pour atteindre des objectifs communs tels que l'amélioration de la qualité de vie et la justice sociale (Orr, 2007, p. 2). En ergothérapie, la création d'une maison de convalescence par George Edward Barton en 1914 est considérée comme le plus ancien exemple de pratique communautaire aux États-Unis (Scaffa, 2001). Depuis, l'American Occupational Therapy Association a publié plusieurs prises de position officielles sur la

prévention des maladies et la promotion de la santé, dont la première en 1979. Au tournant des années 2000, ces prises de position ont par ailleurs trouvé écho dans les politiques nationales de santé américaines, y compris dans la plus récente version du document *Healthy People 2030* dont les trois priorités portent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et la littératie en santé (Office of Disease Prevention and Health Promotion [ODPHP], s. d.). En accord avec ces priorités contemporaines et la tradition communautaire instaurée par Barton, le programme Remodeler sa vie (*Lifestyle Redesign*) (Clark *et al.*, 2021) continue de s'inscrire comme une importante pratique d'ergothérapie préventive visant le développement de modes de vie sains auprès d'aînés de la communauté.

Au Canada, et particulièrement au Québec, le concept de santé communautaire est utilisé de manière habituelle en référence à la santé publique (Clavreul, 2020). Au Québec, la pratique de l'ergothérapie communautaire s'est surtout concentrée dans les Centres locaux de services communautaires (Trickey, 1993), mais dans la dernière décennie, les tâches et les fonctions des ergothérapeutes dans ces établissements se limitaient généralement aux soins personnels et à la mobilité et portaient rarement sur la promotion de la santé (Turcotte *et al.*, 2015). Afin de transformer les pratiques et d'y inclure plus largement des actions sur les déterminants de la santé (p. ex. : logement, emploi, participation sociale), les ergothérapeutes doivent s'appuyer sur différents leviers systémiques et organisationnels tels que la modification des indicateurs de performance (Turcotte *et al.*, 2020). Par ailleurs, puisqu'elle fournit des pistes d'amélioration de la santé impliquant des actions sur les environnements (p. ex. : création de quartiers plus stimulants), la Charte d'Ottawa demeure un outil d'actualité pour guider la pratique de l'ergothérapie auprès des communautés.

Depuis les années 1970, les chercheurs et les enseignants en ergothérapie du Brésil ont travaillé à développer une pratique socialement pertinente et politiquement engagée, incluant une considération particulière pour les droits humains et les enjeux sociaux (Barros *et al.*, 2011). Bien qu'ils demeurent méconnus (Hammell, 2020), les travaux de Galheigo (2020) défendent l'idée que les ergothérapeutes doivent répondre aux iniquités économiques, sociales, ethniques et de genre et intégrer les interventions communautaires et régionales, et ce, particulièrement auprès de populations en situation d'exclusion ou de précarité. Bien que cette pratique sociale de l'ergothérapie comporte des défis (p. ex. : financement insuffisant), les ergothérapeutes peuvent s'inspirer de plusieurs exemples d'interventions réalisées auprès de différentes populations (p. ex. : jeunes consommateurs de drogues), et ce, à l'extérieur du système de santé (Malfitano *et al.*, 2014).

Au Royaume-Uni, le contexte d'austérité et d'optimisation des ressources professionnelles en santé a mené à l'adoption de plusieurs pratiques préventives novatrices réalisées en milieu communautaire plutôt qu'hospitalier (Freeman *et al.*, 2022). Par exemple, les pratiques de prescription sociale, soit la rédaction d'ordonnances non médicales visant à améliorer la santé et le bien-être de personnes présentant des besoins socio-économiques ou psychosociaux complexes, sont maintenant largement adoptées dans le système de santé et de services sociaux (Bickerdike *et al.*, 2017 ; National Health Service, 2019), y compris par les ergothérapeutes (Royal College of Occupational Therapists, 2021). Dans certaines régions, des modèles de pratique collaborative entre les

ergothérapeutes et les ambulanciers ont par ailleurs été implantés (Preston *et al.*, 2018). En intervenant directement sur place, notamment en cas de chutes chez les aînés, ces collaborations permettent d'éviter certaines hospitalisations, réduisant ainsi la pression sur le système hospitalier (Preston *et al.*, 2018).

En France, le terme « communautaire » est peu utilisé et c'est à travers la citoyenneté que s'exprime l'appartenance à la communauté (ou au territoire) (Clavreul, 2020). Bien qu'elle ait vu le jour dans les années 2000 avec la construction de quelques centres communautaires (Clavreul, 2020), la pratique communautaire (ou citoyenne) n'est toujours pas soumise à un cadre législatif précis (Planète publique, 2011). La loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale place néanmoins la question du droit à l'information et à la participation des usagers comme un enjeu d'accompagnement des individus dans le système de santé français (Langlois et Prévost, 2009). Représentant une évolution des politiques publiques, cette loi représente le début d'un changement de modèle, de prescriptif à davantage participatif, soit des valeurs sous-jacentes faisant écho à celles de la santé et de l'ergothérapie communautaires (Demoustier et Priou, 2013). Pour les ergothérapeutes français, l'année 2020 apparaît comme une année charnière où la crise sanitaire a orienté l'exercice de la profession vers des approches davantage préventives et fondées sur la science de l'occupation (Delaisse *et al.*, 2022). Bien que les ergothérapeutes s'engagent davantage dans des pratiques sociales, certains freins limitent toutefois le développement de l'ergothérapie communautaire en France, dont l'approche biomédicale dans laquelle la profession est exercée (Delaisse *et al.*, 2022). Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2018), plus de la moitié (54,9 %) des ergothérapeutes travaillent en milieu hospitalier. Une majorité d'ergothérapeutes exercent dans des structures soutenant l'approche biomédicale, avec une pratique axée sur une récupération d'aptitudes ou une compensation des situations de handicap. Or, l'ergothérapie communautaire va au-delà de cette pratique et requiert de recentrer la profession sur le pouvoir d'agir, une approche difficile à développer en France en raison de la conception biomédicale de la santé (Poriel, 2014 ; Delaisse *et al.*, 2022). Malgré son potentiel de développement, on connaît peu le contexte de l'ergothérapie communautaire, notamment en France. Cette étude visait donc à identifier les éléments facilitant et limitant le développement d'une pratique communautaire de l'ergothérapie en France.

MÉTHODES

Dispositif et participants

Pour atteindre cet objectif, un dispositif qualitatif de type recherche clinique (Miller et Crabtree, 2003) a été utilisé. Centrée sur la personne et son discours, cette méthode permet d'avoir accès aux connaissances fondées sur l'expérience et sur le fonctionnement global de l'être humain dans un environnement donné. De plus, en s'appliquant directement aux thématiques de terrain (Formarier, 2006), par exemple celles dont s'occupe la pratique communautaire, la recherche clinique permet communément d'établir les bases et l'évolution des pratiques de santé.

Pour ce faire, des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés sous forme téléphonique ou, pour un des entretiens, visiophonique (Skype[®]), selon les disponibilités et la préférence des interrogés. Chaque entretien a été enregistré sur une bande audio-numérique puis retranscrit sous forme de *verbatim*. La collecte de données a été réalisée par une étudiante à la maîtrise en ergothérapie. Considérant les limites de temps imposées par les contraintes scolaires de la première auteure, il n'y a pas eu de second entretien. Au préalable, un formulaire d'information et de consentement a été signé par les participants. Ce travail a aussi été soumis pour validation à un comité d'éthique de l'Unité de formation et de recherche de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand (numéro de référence du dossier : IRB00011540-2019-35).

Le recrutement des participants a été réalisé à l'aide d'un échantillonnage intentionnel par le biais d'une annonce sur un groupe Facebook francophone ainsi que par l'envoi de courriels aux membres de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) et aux ergothérapeutes reconnus pour avoir des connaissances dans le domaine communautaire. Au total, 32 personnes ont été contactées par courriel pour participer à l'étude. Vingt et une d'entre elles n'ont pas donné suite et quatre ne répondaient pas aux critères d'inclusion, soit d'être ergothérapeute avec une expérience clinique ou théorique d'au moins trois mois en ergothérapie communautaire en France. Âgés de 23 à 53 ans (médian = 43 ; intervalle semi-interquartile de 7,5), les sept participants étaient tous ergothérapeutes de formation et la majorité étaient des femmes (N = 6 ; 85,7 %). La majorité de ces professionnels avaient effectué des formations supplémentaires (N = 6 ; 85,7 %) telles qu'une formation en gestion d'organismes à vocation sociale et culturelle, une maîtrise en science de l'occupation en ergothérapie et d'autres diplômes universitaires. Deux participantes avaient aussi réalisé une maîtrise en santé publique avec une spécialisation en promotion et prévention de la santé. Afin d'obtenir une hétérogénéité d'expériences, des participants de tranches d'âge variés ayant suivi des formations différentes et exerçant auprès d'un public diversifié étaient visés. L'objectif de l'étude était d'interroger un nombre d'ergothérapeutes permettant l'atteinte d'un niveau de saturation théorique des données, ce qui, en raison de la pandémie, n'a toutefois pas été possible à l'aide des sept participants, de nouveaux thèmes ayant émergé des derniers entretiens.

Outils

Afin de mieux comprendre la perspective des participants quant aux éléments favorables et à ceux faisant obstacle au développement de l'ergothérapie communautaire en France, un guide semi-structuré a été développé à partir du Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (*Consolidated framework for implementation research* [CFIR]) (Damschroder *et al.*, 2009) et d'autres études similaires portant sur l'implantation d'innovations en promotion de la santé (p. ex. : Piché *et al.*, 2019). Utile pour guider la recherche et adapter les interventions, le CFIR permet aussi d'élaborer des plans de mise en œuvre prenant en considération les facteurs influençant la réussite de l'implantation, et ce, dans un contexte donné. Le guide consistait en des questions ouvertes portant sur les éléments favorables ou faisant obstacle au développement de l'ergothérapie communautaire dans le contexte français et a été validé par trois expertes

en recherche qualitative et en ergothérapie communautaire. Chaque question du guide abordait ainsi un des cinq domaines du CFIR, c'est-à-dire : les caractéristiques de l'intervention, le contexte interne, le contexte externe, les individus impliqués dans le développement et les processus d'implantation.

Analyses

Deux personnes ont participé à l'analyse des données ; l'ensemble des données ont entièrement été codées par la première auteure, ce codage a ensuite été soutenu et révisé par l'auteure sénior. Les données recueillies lors des entretiens ont d'abord été analysées individuellement à l'aide de l'effet miroir, c'est-à-dire que les unités de sens ont été catégorisées, par repérage de mots-clés, en thèmes et en sous-thèmes (Krief et Zardet, 2013). Cette première analyse a été discutée et validée à l'aide d'une double lecture permettant de faire émerger les éléments clés de chaque discussion. Ensuite, selon le même procédé, une seconde analyse a permis de croiser les réponses de tous les entretiens. Soutenue par une grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003), inspirée du CFIR et selon un procédé de repérage systématique (Paillé et Mucchielli, 2003), cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft Office Word 2019*. Tout en s'assurant d'être ouverte aux dimensions potentiellement non couvertes par ce modèle, l'utilisation du CFIR lors de la collecte et de l'analyse des données a permis de mieux comprendre l'ensemble du contexte entourant la pratique de l'ergothérapie communautaire en s'appuyant sur les éléments favorables ou faisant obstacle à sa mise en œuvre.

RÉSULTATS

Définition de l'ergothérapie communautaire

Selon les participants, les définitions de l'ergothérapie communautaire étaient singulières, avec différentes façons de décrire cette pratique, mais aussi de la nommer. Près de la moitié (N = 3 ; 42,9 %) des interviewés ont d'ailleurs émis des interrogations quant à l'emploi du terme « communautaire » en France, notamment en lien avec le communautarisme qui s'inscrirait dans la conscience collective et troublerait la compréhension de la pratique. Certains ont ainsi préféré utiliser d'autres appellations comme ergothérapie « sociale » ou « collective » ou encore, « santé de proximité ». Avec leurs connotations plus nuancées, ces appellations seraient plus adaptées à la France. Trois idées principales ont ainsi été dégagées pour définir l'ergothérapie communautaire. D'abord, l'ergothérapie communautaire nécessiterait de **s'affranchir des institutions**, comme l'illustre une des participantes (P) ayant pratiqué auprès d'aînés :

C'est une ergothérapie qui [cible] des groupes de personnes et la population dans de vrais lieux de vie, contextualisés, autrement dit [dans] la vraie vie. (P5)

La **relation horizontale** de l'ergothérapie communautaire a aussi largement été évoquée, soit cette caractéristique liée à la prise de décision et à l'aspect participatif de la pratique, et ce dans un but d'égalité. Trois participantes ont évoqué l'idée que la position d'expert ne serait pas endossée par les ergothérapeutes, mais par les usagers qui

ont l'expérience de leur propre situation. L'ergothérapeute accompagnerait ainsi les personnes de la communauté dans leurs choix en les aidant à élaborer leurs projets, comme le décrivait une des ergothérapeutes :

Ça induit un changement de posture. On passe plutôt à une posture de facilitateur. (P7)

Enfin, selon les participants, l'ergothérapie communautaire aurait pour assise théorique la **science de l'occupation**. L'occupation humaine guiderait ainsi la pratique des ergothérapeutes et les distinguerait des autres professionnels, comme l'extrait suivant le témoigne :

Ce qui réunit les êtres vivants, c'est de [faire des] activités. En tant qu'ergo notre [attention est sur] les activités humaines. (P4)

Cette caractéristique de l'ergothérapie communautaire s'appliquerait d'autant plus aux populations en situation de vulnérabilité qui sont davantage à risque d'injustices occupationnelles. Dans leurs exemples, la majorité (N = 6 ; 85,7 %) des participants citaient des populations en situation d'exclusion ou de précarité, comme les personnes de Centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Ces centres représentent d'ailleurs un lieu d'intervention riche pour les ergothérapeutes :

[Les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile abordent] des problématiques sociales et donc au bout du compte ces problématiques sociales peuvent être extrêmement variées. (P5)

La dimension sociale de cette pratique est un exemple d'éléments cités moins fréquemment pour définir l'ergothérapie communautaire. Sa vocation serait ainsi d'élargir le champ d'intervention de l'ergothérapie et de ne pas uniquement mettre l'accent sur les situations de handicap, mais sur l'ensemble des défis de santé, qui sont très vastes. Il serait ainsi possible d'intervenir auprès de populations en situation de précarité comme certains demandeurs d'asile, détenus ou sans domicile fixe. L'ergothérapie communautaire impliquerait aussi d'intervenir :

[...] Dans le développement social et local, donc dans les mairies, les centres sociaux, tout ce qui fait vivre un quartier. (P4)

La collaboration avec des mairies ou des collectivités a d'ailleurs été citée à de multiples reprises. Ces nouveaux terrains de pratique impliquent une pluralité d'acteurs, une autre spécificité de l'ergothérapie communautaire.

L'importance de la promotion de la santé

Pour décrire en quoi consistait la promotion de la santé, la majorité (N = 5 ; 71,4 %) des participants citaient la définition de la santé de l'OMS prônant l'atteinte d'un bien-être dans les sphères physique, mentale et sociale (Association des facultés de médecine du Canada, 2017). D'autres mentionnaient également la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Pour ces ergothérapeutes, cette pratique implique un

important changement pour passer d'une approche de soins curatifs à la prévention des maladies et à la promotion de la santé incluant des actions auprès de personnes en pleine santé, comme l'expliquait un des ergothérapeutes interrogés :

La promotion de la santé demande [d'agir auprès d'un] plus grand nombre de personnes. Il faut parler aux gens qui ne sont pas malades qui pourraient un jour peut-être être malades. (P5)

Deux ergothérapeutes abordaient quant à elles la réduction des inégalités en santé, et ce auprès de populations en situation d'exclusion. Selon une d'entre elles, il serait ainsi important d'intervenir et d'agir sur les déterminants de la santé et selon une approche participative :

[...] [Afin de] donner du pouvoir d'agir aux populations. (P2)

Les éléments facilitant ou limitant le développement de l'ergothérapie communautaire

Toujours selon les ergothérapeutes participants, plusieurs éléments favoriseraient le développement de l'ergothérapie communautaire en France et plusieurs autres y feraient obstacle. Globalement, selon les thèmes abordés par les participants, deux des domaines du CFIR (les caractéristiques de l'intervention et les individus impliqués dans le développement) seraient plutôt facilitants, alors que les trois autres domaines (le contexte interne, le contexte externe et les processus d'implantation) présenteraient un nombre équivalent d'éléments favorables et défavorables (Tableau 1).

Tableau 1 : Éléments facilitant ou limitant le développement de l'ergothérapie communautaire en France

	Éléments favorables	Éléments faisant obstacle
Caractéristiques de l'intervention	Possibilité de l'essayer Adaptabilité Force et qualité de <i>la preuve</i> Avantages relatifs	Complexité <i>Difficulté</i> de l'essayer Coût
Contexte interne	Climat d'implantation <i>positif</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Influence pour le changement • Compatibilité • Priorités relatives • Incitatifs organisationnels et récompenses Réseaux et communications : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et stabilité des ressources – accès aux informations 	<i>Culture réfractaire</i> au changement <i>Absence</i> de réseaux et communications Disposition pour l'implantation : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Manque</i> de disponibilité et de stabilité des ressources
Contexte externe	<i>Innovations</i> des politiques externes et <i>financement conséquent</i> <i>Ampleur</i> des besoins des <i>individus et des communautés</i>	<i>Manque de financement</i> des politiques externes et d'incitatifs <i>Non prise en compte</i> des besoins exprimés par les gens de la communauté et <i>manque de ressources</i>
Individus impliqués dans le développement	<i>Existence</i> de connaissances et <i>compatibilité</i> entre les <i>valeurs fondamentales de l'ergothérapie et celles</i> de l'intervention Auto-efficacité Autres attributs personnels : <ul style="list-style-type: none"> • Habilité • Sensibilité 	<i>Manque</i> de connaissances et croyances <i>erronées ou divergentes</i> à propos de l'intervention <i>Manque</i> d'identification individuelle à l'organisation
Processus	Planification Engagement des individus prenant en charge l'intervention	<i>Manque</i> d'engagement des individus prenant en charge l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Absence</i> d'agents de changement externes

Thèmes en italique : ajouts au CFIR.

Caractéristiques de l'intervention

Les participants rapportaient majoritairement quatre caractéristiques de l'ergothérapie communautaire qui favoriserait son développement en France (Tableau 1). Près de la moitié (N = 3 ; 42,9 %) des ergothérapeutes mettaient en avant l'**adaptabilité** de cette pratique nouvelle et flexible, comme l'évoque l'extrait suivant :

L'avantage, c'est une pratique qui s'ouvre, elle peut être mise en œuvre partout. (P1)

Deux autres participants mentionnaient des éléments favorisant liés à **la force et à la qualité** de l'ergothérapie communautaire (Tableau 1). Ainsi, une ergothérapeute soulignait :

On sait maintenant, en termes d'efficacité et de qualité de service, qu'il est beaucoup plus intéressant d'agir en amont, en promotion de la santé et là où les gens vivent, à proximité. (P6)

La **possibilité d'essayer** cette pratique était un autre avantage relatif, comme en témoignent ces propos :

Les étudiants de troisième année font des actions de prévention et promotion de la santé dans les écoles [et] dans différents milieux. Ce sont vraiment des leviers. (P3)

L'acquisition de nouvelles connaissances et compétences serait ainsi facilitante pour exercer dans ce domaine.

Divers obstacles ont aussi été rapportés par les participants ; tous s'accordaient notamment sur la perception de la **complexité** de la pratique (Tableau 1). Puisque la pratique communautaire est nouvelle et encore méconnue du grand public, son développement s'en trouve restreint, contribuant ainsi à la complexité perçue par les ergothérapeutes.

[Malgré la présence de besoins, il y avait] peu de demandes formalisées. (P1)

Peu de lieux de pratique étaient identifiés. Les ergothérapeutes doivent ainsi créer et construire ces espaces, un projet complexe qui nécessite plusieurs compétences et connaissances. Par ailleurs, la **formation initiale d'ergothérapeute** n'offrirait pas toutes les clés pour s'investir dans un tel projet, comme le rapportait une des ergothérapeutes :

Dans la formation en ergothérapie, on n'est pas formé à faire de l'ergothérapie communautaire. (P7)

La complexité est aussi exacerbée par le système de santé français actuel :

Un système hospitalo-centrique où on voit la santé dans les murs et on a une vision très curative du soin. (P2)

Étant opposée à ces prémisses, l'expansion de la pratique communautaire peut ainsi être limitée. D'ailleurs, en France, les ergothérapeutes exerceraient majoritairement dans les institutions et la profession s'ancrerait principalement sur un système hospitalo-centrique, comme le précisait un participant :

L'ergothérapie est une pratique professionnelle extrêmement institutionnalisée, ces murs la contraignent. (P5)

Contexte interne

Deux éléments du contexte interne favoriseraient le développement de l'ergothérapie communautaire en France. La **compatibilité** entre l'ergothérapie et le milieu communautaire a d'abord été évoquée, notamment le fait que ces deux champs partagent

des valeurs communes. De plus, l'expertise médicosociale de l'ergothérapie représenterait une valeur ajoutée importante pour cette pratique, selon une des ergothérapeutes :

Nous sommes repérés comme des professionnels de la santé idéaux, dans le sens où on a cette capacité d'analyser la situation sociale et la situation médicale de la personne. (P6)

La façon de **communiquer** et la vision positive des autres professionnels sur la place de l'ergothérapie en milieu communautaire émergeaient également des entretiens.

Parmi les éléments faisant obstacle, le **climat d'implantation** serait un frein au développement de la pratique communautaire. Comme le relevait un participant :

On associe le communautaire au communautarisme et ça fait un peu peur aux gens, le communautarisme ça fait peur. (P2)

La **disponibilité des ressources**, en particulier le nombre limité de lieux de stage et les lacunes de la formation en ergothérapie, était aussi un obstacle. D'une part, dans les enseignements, la pratique communautaire n'était souvent évoquée que brièvement par le biais de la promotion de la santé, comme le regrettait une ergothérapeute :

Il serait intéressant que [l'ergothérapie communautaire] soit beaucoup plus enseignée en Institut universitaire de formation en ergothérapie (IUFÉ), parce que, pour le moment, il n'y a pas de place pour la santé communautaire. (P4)

D'autre part, les enseignements posaient aussi un défi :

[...] parce que c'est une formation qui est essentiellement sur les pathologies et sur les déficiences, [après l'apparition des problèmes]. (P6)

Le **réseau et les communications** ont eux aussi été cités comme des obstacles au développement de l'ergothérapie communautaire. Une des limites serait :

Le nombre d'ergothérapeutes en France [qui] n'est pas si important pour avoir une [pratique] sur les territoires. (P4)

Contexte externe

Les politiques de santé ont été majoritairement citées comme facilitant le développement de l'ergothérapie communautaire. D'après une des ergothérapeutes :

Ce qui favorise, c'est que les stratégies de santé vont dans ce sens. (P6)

Les financements deviendraient ainsi plus conséquents pour les actions de promotion de santé et pourraient conduire à des emplois stables et permanents. Une autre ergothérapeute précisait :

[Selon] les recommandations de l'OMS, il faut mettre l'accent sur la promotion de la santé, sur la santé communautaire. (P7)

Les stratégies promues par des organismes reconnus tels que l'OMS concorderaient ainsi avec le développement de la pratique communautaire. L'ampleur des besoins des patients a aussi été évoquée. Comme l'affirmait une ergothérapeute :

Il y a d'énormes besoins. (P1)

Certaines politiques externes et incitatives étaient aussi identifiées comme des freins au développement de l'ergothérapie communautaire. Les difficultés de financement étaient rapportées :

Il n'y a pas d'argent, de programme directement fait pour financer l'ergothérapie communautaire. (P7)

Même si les politiques de santé actuelle tendent à s'inscrire dans des démarches et des initiatives communautaires :

Le laissé-pour-compte, pour l'instant, a été la promotion de la santé. On a tout mis dans le curatif et on a peu financé les actions en promotion de la santé. (P6)

Le manque de moyens rend alors complexe le développement de la pratique. En France, les séances d'ergothérapie ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale, ce qui influence aussi le développement de la pratique communautaire. Vu l'intérêt et l'importance de s'affranchir des institutions et d'exercer sur les lieux de vie des usagers, cette pratique se rapprocherait de l'exercice libéral ; or :

On n'est pas remboursé par la sécurité sociale et, forcément, ça restreint énormément les actes que [les ergothérapeutes peuvent] fournir. (P6)

Un autre frein souligné était :

Que le point de vue d'un patient, d'un habitant, soit moins crédible que celui d'un soignant. (P6)

Cette vision s'opposerait au pouvoir d'agir : si les besoins des usagers ne sont pas écoutés et pris en compte, la pratique ne pourra pas se développer.

Individus impliqués dans le développement

Puisqu'ils auraient des **connaissances en pratique communautaire et que leurs croyances (valeurs et conceptions holistiques de la santé) s'accordent avec ce type de pratique**, les ergothérapeutes ont été identifiés comme des acteurs essentiels à son développement. Les ergothérapeutes étaient considérés comme les plus à même de promouvoir cette pratique et, ainsi, de participer à son développement, car :

Plus ils se feront connaître, plus ils feront des écrits et plus ils pourront [former] des stagiaires. (P6)

De plus, leurs **habiletés** à exercer en équipe multidisciplinaire seraient un atout pour les ergothérapeutes, considérant qu'il s'agit d'une pratique engageant de nombreux collaborateurs. Comme l'expliquait une ergothérapeute :

En travaillant avec des assistantes sociales, la combinaison ergothérapie et travailleurs sociaux, une équipe mixte avec un versant social et un versant soins, c'est quelque chose qui pourrait favoriser le développement de ce type de pratique. (P2)

Les **connaissances** et les **croyances** de certains ergothérapeutes à l'égard de cette pratique pourraient toutefois aussi constituer un obstacle. En effet :

Il y a beaucoup d'ergothérapeutes qui n'ont absolument pas conscience des enjeux de justice occupationnelle. (P4)

Au-delà de ces méconnaissances, quelques ergothérapeutes seraient résistants, comme l'affirme une des participantes :

[Plusieurs] ergo vont dire que ce n'est pas de l'ergothérapie, c'est du social, c'est fait pour les [éducateurs]. (P7)

Ces divergences d'opinions dans la pratique freinent son développement, même si elles sont parfois dues à des connaissances et des croyances erronées à propos de l'intervention, comme l'illustre l'extrait suivant :

En général, les ergothérapeutes pensent qu'ils doivent absolument agir sous prescription médicale, ce n'est pas vrai. Une des grandes ressources qu'ont les ergothérapeutes français c'est [que], lorsque ce n'est pas du traitement ou du soin, vous n'avez pas besoin de prescription médicale. (P6)

La prescription médicale assurerait une légitimité pour les ergothérapeutes dans le domaine médical ; or il est possible de s'en affranchir dans un exercice social, ce qui n'est pas toujours connu et compris des ergothérapeutes eux-mêmes.

Processus d'implantation

Si l'ensemble des obstacles précédemment cités contraindraient le développement de l'ergothérapie communautaire, deux d'entre eux qui sont en partie liés, ont principalement été évoqués. Certains témoignages montraient que l'**engagement** des ergothérapeutes dans ce domaine n'était pas optimal, car peu de professionnels étaient impliqués. Par ailleurs, les **agents externes**, tels que les institutions politiques, n'offraient pas les moyens financiers nécessaires pour permettre une implantation d'une pratique communautaire en France. Tout cela à la fois serait cause, mais aussi conséquence de la présence limitée de recherche française dans ce domaine :

C'est toujours difficile de se lancer dans quelque chose [comme l'implantation de l'ergothérapie communautaire], si on ne s'appuie pas sur des [résultats] probants. (P2)

En effet, selon les ergothérapeutes participants, l'implantation de l'ergothérapie communautaire en France en serait à ses balbutiements. Tous s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'un champ d'intervention nouveau et en pleine expansion. Plusieurs solutions ont été avancées pour favoriser le développement de cette pratique, dont deux principales. La première était l'intérêt des ergothérapeutes à s'engager dans des projets de

recherche-action. Puisque peu d'études françaises ont été réalisées dans ce domaine, il s'agirait d'un des meilleurs moyens pour étendre et guider l'implantation de cette pratique en France. Tous les participants ont d'ailleurs cité une recherche-action réalisée à Paris auprès de demandeurs d'asile. La nécessité d'aides à la planification a aussi été soulevée, comme de recenser les lieux, les ergothérapeutes et les autres professionnels pratiquant en milieu communautaire en France, pour créer un réseau, des liens et de l'entraide entre professionnels. Enfin, puisqu'il s'agit d'une pratique émergente, peu d'actions uniformisées ont été mises en place sur le terrain, comme le déclaraient les ergothérapeutes participants, parfois démunis face à la situation.

DISCUSSION

La présente étude visait à identifier les éléments facilitant ou limitant le développement de l'ergothérapie communautaire en France. Selon les propos des participants, l'ergothérapie communautaire pourrait être définie comme une pratique particulière fondée sur la science de l'occupation, se réalisant en dehors des institutions et s'intéressant aux individus de communautés souhaitant prendre part à leur propre santé. L'aspect participatif, l'expertise des usagers et ses liens avec la promotion de la santé en font la spécificité. Dans cette étude, les ergothérapeutes participants ont mis en avant un nombre légèrement supérieur de facteurs favorisant le développement de l'ergothérapie communautaire, par rapport aux facteurs en sa défaveur. Néanmoins, les obstacles identifiés sont des éléments importants, considérablement implantés dans les mentalités et dans le système de santé français, et expliquant le faible développement de cette pratique. Pour les surmonter, un investissement conséquent des ergothérapeutes serait ainsi primordial.

Parmi les obstacles les plus fréquemment cités figure la complexité du terme communauté. Cette complexité est associée aux diverses connotations qu'il reçoit des nombreux domaines où il est utilisé (Jacquier, 2011). En conséquence, le mot « communauté » n'est pas compris par tous de la même façon, ce qui limite la compréhension de l'ergothérapie communautaire et apparaît comme un frein à son développement. Ensuite, sa position particulière entre le social et le médical ne confère pas un avantage pour son financement. Au contraire, cela implique des multi-financements pour obtenir suffisamment de ressources et permettre la mise en place d'un projet, par exemple. La politique de financement à l'acte complique aussi la mise en œuvre de l'ergothérapie communautaire. La tarification à l'activité est le mode de financement majoritairement utilisé par les établissements de santé français (publics et privés). Or, la prévention et les actes de longue durée ne sont pas des activités valorisées par ce mode de financement (Pommiers, 2018). Par ailleurs, la formation en ergothérapie a souvent été identifiée comme un frein au développement, car l'enseignement est effectué selon le spectre des situations de handicap et de la déficience. L'absence de sensibilisation à l'ergothérapie communautaire et à la promotion de la santé a aussi été repérée comme un obstacle. En outre, il est nécessaire que la formation des ergothérapeutes évolue pour espérer un développement futur de la pratique sur le territoire.

Les ergothérapeutes de la présente étude rapportent qu'un des facilitateurs est l'emploi de la science de l'occupation. Ce constat reflète bien le développement des connaissances en science de l'occupation et son influence sur la pratique ergothérapique mondiale. En effet, puisqu'elle constitue aujourd'hui le fondement scientifique de la profession et de la formation en ergothérapie (Meyer, 2018 ; Delaisse *et al.*, 2022), la science de l'occupation contribue au développement de nouvelles interventions (p. ex. : Remodeler sa vie) (Clark *et al.*, 2021) et de nouveaux cadres de référence (p. ex. : Vivez bien votre vie) (Moll *et al.*, 2015) cohérent avec une pratique sociale de l'ergothérapie. De plus, puisqu'ils sont applicables auprès de diverses clientèles, y compris des personnes n'ayant pas de dysfonctionnements occupationnels ou de défis de santé évidents, ces interventions et ces cadres de référence invitent à étendre le champ de pratique des ergothérapeutes et à agir en amont des incapacités. Avec une meilleure compréhension de la nature relationnelle de l'occupation (Egan et Restall, 2022) et des liens qu'elle entretient avec la santé (Delaisse *et al.*, 2022), la science de l'occupation permet aux ergothérapeutes d'envisager l'ensemble des occupations humaines et de prendre en compte des concepts émergents tels que la justice et les droits occupationnels sur lesquels s'appuie l'ergothérapie communautaire (Clavreul, 2020).

Selon la présente étude, les politiques de santé joueraient un rôle clé dans le développement de l'ergothérapie communautaire. D'après les ergothérapeutes interrogés, les politiques de santé adoptent de plus en plus des stratégies communautaires. À l'échelle locale en France, une émergence de centres de santé communautaires est constatée, mais aussi d'habitats participatifs (p. ex. : maison des Babayagas implantée depuis 2011 à Paris) ou de maisons intergénérationnelles (p. ex. : maisons de Marianne) favorisant la participation et l'entraide citoyenne. À plus grande échelle, l'Agence régionale de la santé représente aussi un organisme ressource pour l'initiative et le financement de divers projets communautaires de santé, lesquels pourraient conduire à des emplois stables et permanents dans le domaine de la promotion de la santé. Par ailleurs, en concordance avec les stratégies promues par des organismes reconnus tels que l'OMS, le développement de la pratique communautaire en France reconnaît que la plupart des maladies pourraient être évitées (OMS, 2010) et qu'il est nécessaire d'agir sur les facteurs de risque, tels que les déterminants sociaux et de l'environnement physique qui expliqueraient 80 % des inégalités dans le pays (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013). En proposant des actions collectives répondant aux besoins des communautés et agissant sur les déterminants de la santé afin d'éliminer les obstacles individuels et structurels à la participation occupationnelle, la promotion de la santé peut ainsi accroître le pouvoir d'agir des individus et leur participation aux décisions les concernant. L'action communautaire fait d'ailleurs partie intégrante des axes d'intervention de la promotion de la santé décrits par la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Ce document appuie ainsi la légitimité des interventions ergothérapiques de promotion de la santé auprès de communautés et invite à repenser les indicateurs de performance du système de santé afin qu'ils soient davantage axés sur la santé et la participation sociale plutôt qu'uniquement sur le nombre de personnes présentant des problèmes de santé pris en charge (Turcotte *et al.*, 2020).

Enfin, les résultats de la présente étude convergent avec la littérature française quant à la notion de nouveauté de la pratique communautaire de l'ergothérapie. Cette caractéristique contraste cependant avec les écrits internationaux indiquant que les ergothérapeutes ont voulu s'affranchir des institutions et qu'une tradition de pratique communautaire existe depuis le début du 20^e siècle (Lysack *et al.*, 1995). Ces résultats réaffirment ainsi le fait que la pratique communautaire ne se pense et ne s'actualise pas de la même façon en France que chez les Anglo-Saxons (Clavreul, 2020), mais qu'un virage tend à s'opérer vers une conceptualisation scientifique similaire.

Forces et limites de l'étude

L'application rigoureuse de la méthodologie qualitative de type recherche clinique, et ce, tout au long de la présente étude, constitue un avantage en termes d'exploration en profondeur et de validité interne. Puisque peu d'études sur l'ergothérapie communautaire ont été réalisées jusqu'ici en France, le présent travail contribue à ouvrir de nouvelles perspectives de recherche dans un domaine encore peu étudié. Par ailleurs, de nombreuses réponses similaires ont été obtenues lors des entretiens, ce qui augmente la transférabilité des résultats. Parmi les limites, notons que la petite taille de l'échantillon permet une transférabilité des résultats aux contextes et aux participants similaires, plutôt qu'une généralisation, et que l'atteinte d'une saturation théorique des données n'a pu être confirmée. Les contraintes de temps (durée de la maîtrise professionnelle) et le petit nombre de professionnels exerçant en ergothérapie communautaire ont ainsi restreint les possibilités de cette recherche. Pour ces mêmes raisons et à cause de la crise sanitaire mondiale (COVID-19), il n'a pas été possible d'interviewer des usagers ayant participé à des actions de santé communautaire, d'observer le fonctionnement d'un centre de santé communautaire ni de réaliser un second entretien pour approfondir ou valider la synthèse des propos des participants. Enfin, puisque la communication non verbale n'était pas accessible lors des entretiens téléphoniques, la dynamique des échanges pourrait avoir été perturbée.

CONCLUSION

Cette étude visait à faire l'état des lieux de l'ergothérapie communautaire en France en identifiant les éléments facilitant ou limitant le développement de cette pratique. L'étude a montré que le développement de l'ergothérapie communautaire est favorisé par sa nouveauté, sa grande flexibilité et son adaptabilité, ainsi que par l'orientation des politiques de santé vers des principes communautaires. Sont aussi apparus comme éléments favorisant la forte compatibilité des valeurs entre l'ergothérapie et la santé communautaire, ainsi que les connaissances, compétences et engagements des ergothérapeutes dans cette pratique. Pour les éléments faisant obstacle, ce sont : la complexité de la pratique et la façon de la définir, le nombre limité de stages et d'enseignements de cette pratique, les difficultés de financement ne permettant pas un avenir stable, le clivage au sein de la profession quant à la pratique d'une ergothérapie plus sociale et le petit nombre d'ergothérapeutes engagés dans ce domaine.

Ainsi, pour développer l'ergothérapie communautaire en France comme à l'international, il importe de promouvoir cette pratique et d'informer les professionnels de son existence. L'engagement des ergothérapeutes reste indispensable pour implanter cette pratique. En France, la formation en ergothérapie doit ainsi être élargie et dépasser le spectre de la déficience et des incapacités, notamment en intégrant davantage les notions d'ergothérapie communautaire et de promotion de la santé, en développant les compétences cliniques liées à ces notions et en offrant des possibilités d'application de cette pratique sur le territoire (p. ex. : stages). Aussi, l'ouverture des offres de formations initiales et continues, telles que l'offre de maîtrises en science de la santé ou en promotion de la santé, pourrait contribuer au déploiement de cette pratique sur le territoire français. En 2021, l'université Paris-Est-Créteil a d'ailleurs ouvert, pour la première année en France, un Master santé parcours recherche, gestion de projets et pratiques professionnelles en ergothérapie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Aperçu des mesures canadiennes de 2015*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/declaration-politique-rio-determinants-sociaux-sante-aperçu-mesures-canadiennes-2015.html>
- Association des facultés de médecine du Canada. (2017). *AFMC Notions de santé des populations : Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens*. <https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-i/chapitre-2/>
- Balazard, H. (2013). Community organizing. Dans I. Casillo, R. Barbier, L. Blondiaux, F. Chateauraynaud, J.-M. Fourniau, R. Lefebvre, C. Neveu et D. Salles (Dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. <http://www.dicopart.fr/fr/dico/community-organizing>
- Banks, S., et Head, B. (2004). Établir un partenariat entre l'ergothérapie et le développement communautaire. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(1).
- Barros, D. D., Ghirardi, M., Lopes, R., et Galheigo, S. (2011). Brazilian experiences in social occupational therapy. Dans F. Kronenberg, N. Pollard et D. Sakellariou (Dir.), *Occupational therapies without borders. Vol. 2: Towards an ecology of occupation-based practices* (pp. 209-216). Churchill Livingstone.
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., et Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Breton, É. (2016). La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, 28, 721-727. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0721>
- Carrier, A., et Raymond, M.-H. (2017). L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution. *Actualités ergothérapeutiques*, 19(4). <https://www.caot.ca/document/5739/Lergotherapie%20communautaire%20au%20Canada.pdf>
- Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Floríndez, L., Gleason, S., Heymann, R., Hill, V., Holden, A., Murphy, M., Proffitt, R., Schepens Niemiec, S., et Vigen, C. (2021). *Remodeler sa vie® | Version canadienne-française du manuel Lifestyle Redesign® : The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies* (Trad. M. Levasseur, M.-H. Lévesque, M. Beaudry, F.-H. Therrien, N. Larivière, J. Filiatrault, M. Parisien, V. Provencher, M. Cauchon, H. Corriveau, N. Champoux, G. Mercier, H. Carbonneau et Y. Couturier). CAOT Publications ACE.
- Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. *Ergothérapies*, 79, 7-10.

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), art. 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- De Saint Pol, T. (2009). Les inégalités sociales face à la santé en France. *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 65-70. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0065>
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France. Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Delest, C. (2019). *Création des centres de santé communautaire en France : freins et leviers* (Thèse de doctorat, Université Claude Bernard – Lyon 1). Institut Renaudot. <http://www.institut-renaudot.fr/download/these.pdf>
- Demoustier, S., et Priou, J. (2013). Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après. *Contraste*, 37(1), 73-92. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0073>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2018). *Effectifs d'ergothérapeutes par mode d'exercice global, zone d'activité, sexe et tranche d'âge*. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3699>
- Donnelly, C., Leclair, L., Hand, C., Wener, P., et Letts, L. (2020). *The role of occupational therapy in primary care: A scoping review*. Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes.
- Egan, M., et Restall, G. (2022). Modèle canadien de la participation occupationnelle. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 81-106). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Fédération mondiale d'ergothérapie. (2020). *Client-centredness in occupational therapy*. <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>
- Formarier, M. (2006). La démarche et la recherche clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 3. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0003>
- Freeman, A., McKinstry, C. E., et Ledgerd, R. (2022). Le contexte de l'ergothérapie à l'échelle internationale. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 63-77). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Galheigo, S. M. (2020). Social occupational therapy in Brazil: A historical synthesis of the constitution of a field of knowledge and practice. Dans R. E. Lopes et A. P. S. Malfitano (Dir.), *Social occupational therapy: Theoretical and practical designs* (pp. 11-21). Elsevier.
- Godbout, E., Filiatrault, J., et Plante, M. (2012). La participation des aînés à des activités de bénévolat : Une revue systématique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 23-32. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.4>
- Hammell, K. (2020). *Engagement in living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Jacquier, C. (2011). Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui ? *Vie sociale*, 2(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/vsoc.112.0033>
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., et Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*, 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Kielhofner, G. (2004). Chap. 7: the Canadian model of occupational performance. Dans G. Kielhofner (Dir.), *Conceptual foundations of occupational therapy* (3^e éd., pp. 94-109). F. A. Davis Company.
- Krief, N., et Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Kronenberg, F., Fransen, H., et Pollard, N. (2005). The WFOT position paper on community-based rehabilitation: A call upon the profession to engage with people affected by occupational apartheid. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 51(1), 5-13. <https://doi.org/10.1179/otb.2005.51.1.002>
- Labiberte Rudman, D., Aldrich, R. M., et Kiepek, N. (2022). Évolution des connaissances sur l'occupation. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 13-34). Association canadienne des ergothérapeutes.

- Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R., et Panet-Raymond, J. (2008). *La pratique de l'action communautaire* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Langlois, G., et Prévost, M. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*. <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>
- Letts, L., Donnelly, C., Hand, C., Leclair, L., et Wener, P. (2022). Promouvoir la participation occupationnelle auprès des communautés. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 217-238). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Lewis, K. E., Lehman, M. J., et Cockburn, L. (2021). Looking back to move forward: Canadian occupational therapy in public health, 1914-2019. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(1), 48-58.
- Lysack, C., Stadnyk, R., Paterson, M., McLeod, K., et Krefling, L. (1995). professional expertise of occupational therapists in community practice: Results of an Ontario survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 138-147. <https://doi.org/10.1177/000841749506200305>
- Malfitano, A. P. S., Lopes, R. E., Magalhães, L., et Townsend, E. A. (2014). Social occupational therapy: Conversations about a Brazilian experience. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 298-307.
- Mechali, D. (2018). Christophe Adam, Vincent Faucherre, Pierre Micheletti, Gérard Pascal (dir.), La santé des population vulnérables. *Revue Projet*, 362(1), 90-91. <https://doi.org/10.3917/pro.362.0090>
- Meyer, S. (2018). Vue de quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Miles, M., et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). De Boeck.
- Miller, W. L., et Crabtree, B. F. (2003). Clinical research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (2^e éd., pp. 397-434). Sage Publications Inc.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, République française. (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., et Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well" : A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being: « Vivez-Bien-Votre Vie » : un cadre de référence canadien pour promouvoir l'occupation, la santé et le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>
- Monin, M. (2019). *L'approche communautaire en ergothérapie. Projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics*. ANFE éditions.
- Morel-Bracq, M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- National Health Service. (2019). *The NHS long-term plan*. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s. d.). *Priority areas*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas>
- Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités*. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>
- Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. http://coreps.npdc.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf

- Orr, M. (2007). Community organizing and the changing ecology of civic engagement. Dans M. Orr (Dir.), *Transforming the city: Community organizing and the challenge of political change* (pp. 1-27). University Press of Kansas.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Piché, L., Arsenault, S., Leblanc, M., Croteau, N., et Levasseur, M. (2019). Pré-implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : adaptabilité, collaboration et financement, les déterminants d'une implantation réussie. *Revue canadienne du vieillissement*, 38(3), 315-327.
- Planète publique. (2011). *Fiche 5 : La santé communautaire (Études sur les différents modes de participation)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
- Pommiers, E. (2018). *Qu'est-ce que la T2A, qui cristallise les tensions à l'hôpital ?* https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2aqui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html
- Poriel, G. (2014). *L'ergothérapie comme levier de la participation sociale des personnes en situations de handicap*. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/shps/poriel.pdf>
- Preston, J., Galloway, M., Wilson, R., McNamee, L., Deans, Y., et McGhee, G. (2018). Occupational therapists and paramedics form a mutually beneficial alliance to reduce the pressure on hospitals: A practice analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(6), 358-362. <https://doi.org/10.1177/0308022618757412>
- Programmes recherche en sciences de la santé – Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. (s. d.). *Mener un projet de recherche pour répondre à des questions liées aux aspects préventifs, évaluatifs ou curatifs du domaine de la santé*. <https://www.usherbrooke.ca/medecine/programmes-detudes/programmes-recherche-en-sciences-de-la-sante>
- Ramugondo, E. L., et Kronenberg, F. (2013). Explaining collective occupations from a human relations perspective: Bridging the individual-collective dichotomy. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.781920>
- Raphael, D. (2016). Social determinants of health: Key issues and themes. Dans D. Raphael (Dir.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3^e éd., pp. 3-31). Canadian Scholars.
- Restall, G., et Egan, M. (2022). L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 107-129). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion et Éducation*, 14(2), 111-114. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>
- Royal College of Occupational Therapists et Royal College of Psychiatrists. (2021). *Social prescribing: Position statement*. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/position-statement-ps01-21---social-prescribing---2021.pdf?sfvrsn=2b240ce4_2
- Scaffa, M. E. (2001). Community-based practice: Occupation in context. Dans M. E. Scaffa (Dir.), *Occupational therapy in community-based settings* (pp. 3-18). Davis Company.
- Scaffa, M., et Reitz, M. (2013). Chapter 2: Community and population health concepts. Dans M. Scaffa (Dir.), *Occupational therapy in community-based practice settings* (3^e éd., pp. 22-35). F. A. Davis Co.
- Thibeault, R., et Hébert, M. (1997). A congruent model for health promotion in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 4(4), 271-293. <https://doi.org/10.1002/oti.60>
- Townsend, E., et Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87.
- Trentham, B., Laliberte Rudman, D., Smith, H., et Phenix, A. (2022). Le contexte historique et sociopolitique de l'ergothérapie au Canada. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 35-62). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Trickey, F. (1993). Regard sur la pratique en milieu communautaire et sur l'approche particulière en santé communautaire. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 2, 86-90.

- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., et Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12174>
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., et Levasseur, M. (2020). Levers for change and unexpected outcomes of a participatory research partnership: Toward fostering older adults' social participation to promote health equity. *American Journal of Community Psychology*, 66(3-4), 417-426. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12444>
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (2019a). *Driving forward health equity – The role of accountability, policy coherence, social participation, and empowerment*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324901>
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (2019b). *Participation as a driver of health equity*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324909>



QU'EST-CE QUE LE PROFESSIONNALISME EN ERGOTHÉRAPIE ? ÉTUDE DES REPRÉSENTATIONS D'ÉTUDIANTS ET DE SUPERVISEURS DE STAGIAIRES FRANCOPHONES DU QUÉBEC

Julie-Pier Boudreault¹, Catherine Madon¹, Chloé Rioux¹, Paméla Rousseau¹, Marie-Josée Drolet², Nancy Baril³, Alexandra Lecours⁴

¹ *Étudiante à la maîtrise professionnelle en ergothérapie, Département de réadaptation, Université Laval, Québec, Canada*

² *Ergothérapeute, Professeure, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Québec, Canada ; Institut d'éthique appliquée, Université Laval, Québec, Canada ; Centre de recherche en éthique, Université de Montréal, Québec, Canada*

³ *Ergothérapeute, Professeure, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Québec, Canada*

⁴ *Ergothérapeute, Professeure, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Québec, Canada ; Chercheuse, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada*

Adresse de contact : alexandra.lecours@uqtr.ca

Reçu le 01.12.2021 – Accepté le 20.07.2022

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.v8n2.217

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



RÉSUMÉ

Le professionnalisme est une compétence-clé pour les ergothérapeutes, mais des enjeux d'ambiguïté concernant sa définition ont été soulevés par le passé. Une récente étude a permis de proposer une définition contemporaine du professionnalisme en ergothérapie. Or, cette définition est générique et ne tient pas compte des spécificités de la population particulière que sont les étudiants en ergothérapie. Le but de cette étude était d'explorer les représentations sociales qu'ont du professionnalisme des étudiants et des superviseurs de stagiaires en ergothérapie dans le contexte universitaire francophone québécois. Selon un devis descriptif interprétatif, des groupes de discussion ont été menés auprès de 16 étudiants universitaires et des entrevues individuelles ont été conduites avec 16 superviseurs de stagiaires. Les données qualitatives recueillies ont été traitées à l'aide d'une stratégie d'analyse thématique. Les résultats suggèrent que les antécédents (p. ex. : parcours éducatif), attributs (p. ex. : attitude de juste confiance en soi ou comportement consistant à considérer tous les membres de l'équipe de façon égalitaire) et conséquents (p. ex. : identité professionnelle) forment le professionnalisme des étudiants et des superviseurs francophones en ergothérapie au Québec. Il ressort des résultats que le professionnalisme s'inscrit dans un paradigme développemental complexe, que les valeurs propres à la profession sont peu présentes dans les représentations sociales des étudiants et superviseurs de stagiaires rencontrés et que l'organisation du travail peut être une menace pour le professionnalisme en ergothérapie. Enfin, cette étude offre des leviers sur lesquels agir pour faciliter et bonifier l'enseignement et le développement du professionnalisme, notamment en suggérant de miser sur les activités réflexives (p. ex. : portfolio) et d'échange (p. ex. : communauté de pratique) et de bonifier la formation en éthique que reçoivent les étudiants.

MOTS-CLÉS

Professionnalisme, Ergothérapie, Compétences, Étudiants, Stagiaires, Antécédents, Attributs, Conséquents, Représentations sociales

STUDY OF THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALISM IN OCCUPATIONAL THERAPY BY FRENCH-SPEAKING STUDENTS AND SUPERVISORS OF INTERNS IN QUEBEC

Professionalism is a key competency for occupational therapists, but issues of ambiguity regarding its definition have arisen in the past. A recent study proposed a contemporary definition of professionalism in occupational therapy. However, this definition is generic and does not consider the specifics of the singular population of occupational therapy students. The purpose of this study was to explore the social representations of professionalism of students and supervisors of occupational therapy interns in the francophone university context in Quebec. According to an interpretative descriptive research design, focus groups were conducted with 16 university students and individual interviews were conducted with 16 supervisors of interns. The qualitative data collected was processed using a thematic analysis strategy. Results suggest antecedents (e.g.: academic background), attributes (e.g.: attitude of fair self-confidence or behavior of considering all team members equally) and consequences (e.g.: professional identity) of professionalism in occupational therapy that are unique to the population of French-speaking occupational therapy students and intern supervisors in Quebec. The interpretation of the results suggests that professionalism is part of a complex developmental paradigm, that the values specific to the profession are not very present in the social representations of the students and intern supervisors we met, and that the work organization may be a threat to professionalism in occupational therapy. Finally, this study offers levers to facilitate and improve the teaching and development of professionalism, notably by suggesting that reflective activities (e.g.: portfolios), exchange activities (e.g.: community of practice) and ethics training for students be enhanced.

KEYWORDS

Professionalism, Occupational therapy, Competencies, Students, Interns, Antecedents, Attributes, Consequences, Social representations

INTRODUCTION

Le professionnalisme est une compétence-clé pour maints professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, lesquels s’y intéressent depuis les années 1950 (De-Beer, 1987). La manière dont cette compétence est comprise en ergothérapie a évolué au fil du temps. D’abord étudié par l’entremise de la manifestation concrète de comportements observables (p. ex. : code vestimentaire) (Parham, 1987), le professionnalisme a fait l’objet de travaux de recherche qui ont permis de comprendre que cette compétence inclut également des éléments intrinsèques et moins visibles, comme la motivation ou les valeurs (Kanny, 1993). En dépit de cette évolution, plusieurs auteurs s’entendent pour affirmer que le professionnalisme en ergothérapie demeure une compétence ambiguë et complexe (Aguilar *et al.*, 2011 ; Birden *et al.*, 2014 ; Drolet et Sauvageau, 2016 ; Hordichuk *et al.*, 2015), ce qui peut compromettre son développement chez les étudiants en ergothérapie. Pour pallier cette brèche dans l’état des connaissances, des travaux de recherche ont été menés par notre équipe pour conceptualiser ce qu’est le professionnalisme en ergothérapie, par l’entremise d’une analyse de concept (Lecours *et al.*, 2021). Cette démarche a permis d’identifier des attitudes (p. ex. : fiabilité) et des comportements (p. ex. : manifester son jugement clinique) qui définissent le professionnalisme en ergothérapie, de même que des antécédents préalables à sa manifestation (p. ex. : valeur de la justice occupationnelle) et des conséquents qui en découlent (p. ex. : crédibilité de la profession) (Lecours *et al.*, 2021). Les résultats de cette analyse de concept permettent d’avancer que le professionnalisme est une compétence complexe qui se manifeste par des attitudes et des comportements qui favorisent l’excellence dans la pratique de la profession et qui se développe à partir des caractéristiques de la personne et de son environnement. Sa manifestation en pratique peut avoir des conséquents positifs à la fois pour l’ergothérapeute, le client et la profession (Lecours *et al.*, 2021).

Cette définition générique a été développée de façon à ce qu’elle puisse s’appliquer à la majorité des ergothérapeutes. Ce choix peut toutefois faire que la définition proposée puisse manquer de spécificité, en ne tenant notamment pas compte des particularités liées au développement du professionnalisme à travers l’apprentissage de la profession ou encore des singularités des différents groupes culturels ou générations d’ergothérapeutes. Les écrits reconnaissent d’ailleurs l’aspect développemental du professionnalisme, en ceci que son développement est influencé par la culture générationnelle de l’étudiant, ses expériences personnelles et en milieux cliniques, ainsi que les contextes organisationnels, culturels et sociaux dans lesquels il évolue (Brown *et al.*, 2020 ; Reiter *et al.*, 2018 ; Sullivan et Thiessen, 2015). Afin d’assurer un développement optimal du professionnalisme chez les futures générations d’ergothérapeutes, il importe de s’intéresser aux représentations sociales de la compétence qu’est le professionnalisme chez les étudiants en ergothérapie et ceux qui les accompagnent dans leurs expériences cliniques, soit les superviseurs de stagiaires. En effet, les écrits sur les représentations sociales montrent que celles-ci influencent les pratiques des professionnels (Morant, 1996), notamment parce qu’elles leur permettent de comprendre les situations, de forger leur identité professionnelle, d’orienter leurs actions et de les justifier (Walmsley, 2004). L’étude des représentations sociales du professionnalisme chez les étudiants et superviseurs de stagiaires en ergothérapie permettrait ainsi de nourrir la

réflexion sur la compétence du professionnalisme en ergothérapie afin de la nuancer en considérant son aspect développemental, de façon qu'elle tienne compte des réalités de la population particulière que représentent les étudiants en ergothérapie.

Certains écrits ont abordé des concepts apparentés aux représentations sociales du professionnalisme en ergothérapie, comme les perceptions. En effet, des articles récents documentant les perceptions du professionnalisme qu'ont des étudiants et des superviseurs de stagiaires en ergothérapie ont suggéré que celles-ci sont en constante évolution (Sullivan et Thiessen, 2015). Les expériences vécues en stage par les étudiants seraient essentielles à l'évolution de leur perception et au développement du professionnalisme, en ceci que les étudiants qui ont peu d'expérience de stage en ergothérapie peuvent rencontrer des difficultés à percevoir ce qu'est le professionnalisme dans leur profession (Birden *et al.*, 2014 ; Robinson *et al.*, 2012). Sullivan et Thiessen (2015), dans leur étude réalisée dans l'Ouest canadien, ont rapporté que les étudiants de première année en ergothérapie (dans le cursus de formation anglophone au Canada, la première année d'ergothérapie fait référence à la première année de maîtrise) construisent leur perception du professionnalisme par ses aspects visibles, comme les exemples concrets auxquels ils sont exposés, en stage notamment. Pour ce qui est des étudiants de deuxième année, leur perception porterait davantage sur l'éthique et les aspects intrinsèques du professionnalisme, comme les valeurs. Ces idées appuient la prémisse stipulant que le développement du professionnalisme est un processus dynamique, évolutif et complexe (Brown *et al.*, 2020) qui se centre d'abord sur ses aspects visibles pour ensuite appréhender ses aspects moins visibles.

Campbell et collaborateurs (2015) abordent, pour leur part, les attentes de superviseurs de stagiaires concernant le professionnalisme chez les étudiants en ergothérapie. Tous les superviseurs sollicités dans leur étude ont rapporté que l'adaptabilité, la compétence clinique, l'éthique et une bonne gestion du temps sont des attributs essentiels à la manifestation concrète du professionnalisme. Plusieurs superviseurs mentionnent aussi l'importance pour l'étudiant d'avoir un bon esprit d'initiative et d'être ouvert à la critique (Campbell *et al.*, 2015). Brown et collaborateurs (2020) se sont attachés à comprendre la relation entre le professionnalisme et la performance en stage. Ce faisant, ils ont identifié des attributs du professionnalisme comme l'équité ou l'altruisme, qui sont prédictifs de la réussite des étudiants dans leurs stages. Cela dit, les superviseurs de stagiaires rencontrent des défis lors de l'enseignement et de l'évaluation de la compétence qu'est le professionnalisme, notamment en raison de sa complexité et parce que sa manifestation est influencée par le contexte du cheminement de l'étudiant en ergothérapie. En effet, la perception qu'a un stagiaire du professionnalisme est influencée par les normes sociales qui sont propres au contexte dans lequel il évolue (Sullivan et Thiessen, 2015). De plus, les comportements attendus qui font montre du professionnalisme peuvent différer en fonction du type de clientèle (p. ex. : enfants, adultes ou personnes âgées) avec lequel les ergothérapeutes travaillent (Campbell *et al.*, 2015). La culture, notamment générationnelle, a aussi un impact sur la perception qu'a un étudiant de ce qu'implique le professionnalisme en ergothérapie (Brown *et al.*, 2020 ; Reiter *et al.*, 2018).

Bien que ces écrits soient pertinents et aident à comprendre les éléments qui influencent le développement et les représentations sociales du professionnalisme chez les étudiants en ergothérapie, ils découlent d'études qui ont été menées dans des contextes distincts de ceux des universités québécoises francophones (p. ex. : Australie, Canada anglais et États-Unis). De ce fait, leurs résultats sont difficilement transférables à la réalité québécoise. Au Québec, les cursus de formation francophone menant à l'exercice de la profession comprennent un baccalauréat et une maîtrise en ergothérapie, totalisant au moins quatre années d'études universitaires spécifiquement en ergothérapie. Cette réalité diffère de celle de nombreux autres cursus universitaires qui sont souvent d'une durée de deux années à la maîtrise en ergothérapie, précédées d'un baccalauréat dans un programme connexe. Ces différences importantes dans le parcours universitaire et les expériences d'apprentissage qui y sont associées peuvent influencer le développement du professionnalisme chez les étudiants en ergothérapie qui font leurs études dans une université francophone au Québec. Cette différence pourrait amener des perceptions et des représentations sociales du professionnalisme distinctes de ce qui a été recensé dans les écrits ; d'où l'importance de nuancer les données présentées dans ces derniers en fonction du contexte québécois.

Objectif

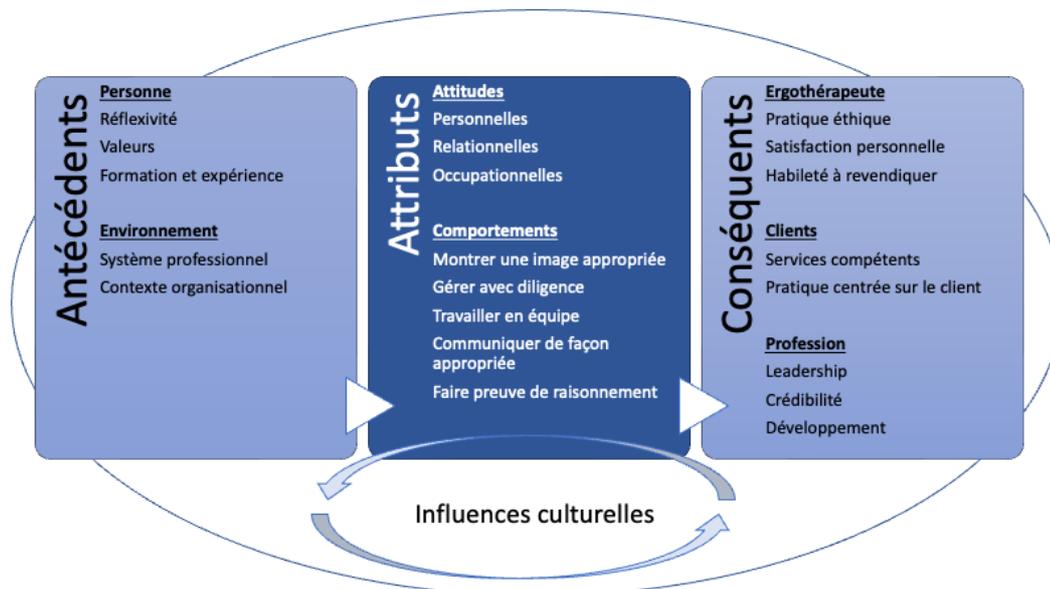
L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations sociales du professionnalisme d'étudiants et de superviseurs de stagiaires en ergothérapie dans le contexte universitaire francophone québécois. Plus précisément, cette étude visait à identifier les représentations sociales individuelles du professionnalisme des étudiants et aussi de documenter ces représentations sociales en extériorité, via le regard des superviseurs de stagiaires. Elle visait aussi à mettre en lumière des nuances dans les représentations sociales comparées des étudiants de la première et de la quatrième année, et d'éclairer ainsi le processus de développement du professionnalisme.

Cadre théorique

Conceptualisation du professionnalisme

L'étude de Lecours et collaboratrices (2021) offre une conceptualisation contemporaine du professionnalisme schématisée à la Figure 1. Les résultats de cette analyse de concept montrent que les ergothérapeutes doivent présenter certains antécédents personnels et environnementaux afin que le professionnalisme puisse s'exprimer à travers des attributs qui engendrent, quant à eux, des conséquents pour l'ergothérapeute, le client et la profession. La culture vient influencer les trois composantes du concept, soit les antécédents, les attributs et les conséquents.

Figure 1 : Conceptualisation du professionnalisme.



Note : traduction libre de Lecours et collaboratrices (2021)

Les antécédents, c’est-à-dire les éléments qui doivent préalablement être présents pour que le professionnalisme se manifeste, peuvent être attribuables à la personne ; on pense ici à la réflexivité (p. ex. : reconnaissance de ses limites), aux valeurs propres à la profession (p. ex. : engagement occupationnel) ou partagées avec d’autres professions de la santé (p. ex. : empathie), ainsi qu’aux formations et aux expériences, dont celles vécues lors des stages. Les antécédents peuvent aussi être attribuables à l’environnement qui comprend le système professionnel (p. ex. : lois) et le contexte organisationnel (p. ex. : fonctionnement du service ou du programme) dans lequel évoluent les ergothérapeutes.

Selon ces auteures (Lecours *et al.*, 2021), les attributs sont les attitudes personnelles, relationnelles et occupationnelles ainsi que les comportements permettant de reconnaître le professionnalisme dans la réalité. Les attitudes représentent les manifestations des habiletés d’une personne et sont divisées en trois catégories, soit les attitudes personnelles (p. ex. : être positif), relationnelles (p. ex. : être attentif) et occupationnelles (p. ex. : être organisé). Les comportements sont les actions observables des ergothérapeutes et se divisent en cinq catégories, soit 1) montrer une image appropriée, 2) gérer avec diligence, 3) travailler en équipe, 4) communiquer de façon appropriée et 5) faire preuve de raisonnement (c’est-à-dire faire montre d’une pensée critique et manifester un jugement clinique).

La manifestation du professionnalisme peut entraîner des effets positifs (ce sont ses « conséquents ») pour l’ergothérapeute, les clients et la profession (Lecours *et al.*, 2021). Pour ce qui est de l’ergothérapeute, le professionnalisme peut mener à une plus grande satisfaction personnelle, à une pratique éthique ainsi qu’au développement

d'habiletés utiles pour la revendication. Il permet également aux clients de recevoir des services de qualité, qui sont centrés sur les valeurs, intérêts et préférences. Finalement, le professionnalisme permet d'augmenter le leadership, d'améliorer la crédibilité et de favoriser le développement continu de la profession de l'ergothérapie.

Enfin, les auteures mentionnent que la culture est un élément lié à l'individu, la société, l'organisation ou la génération, qui peut influencer l'ensemble des caractéristiques définissant le professionnalisme (Lecours *et al.*, 2021). Ainsi, la culture peut mener à des variations et des spécificités dans le développement, les manifestations et les conséquents du professionnalisme. Ces informations restent à explorer pour la population des étudiants en ergothérapie au Québec.

Représentations sociales

Les représentations sociales concernent la représentation de quelque chose, soit l'objet, par quelqu'un, soit le sujet (Abric, 1994 ; Jodelet, 1984, 2003). Les représentations sociales permettent de donner un sens à la réalité d'un sujet, lui permettant aussi de comprendre et d'expliquer cette réalité dans son environnement (Jodelet, 1984). Les représentations sociales ne se reproduisent pas, mais se construisent selon les valeurs propres aux groupes sociaux (Jodelet, 2003). Elles sont influencées par plusieurs éléments, comme les images, opinions, attitudes et croyances des groupes sociaux (Jodelet, 2003). L'intégration de ces éléments permet aux membres d'un groupe, comme les ergothérapeutes, de se construire une vision commune de la réalité (Jodelet, 1984, 2003). Ainsi, bien qu'elles soient construites à un niveau individuel, les représentations sociales sont aussi partagées à un niveau collectif (Sauvezon, 2017). Les représentations sociales ne sont pas statiques ; elles sont dynamiques et peuvent évoluer dans le temps (Walmsley, 2004).

Les représentations sociales ont quatre fonctions principales pour les professionnels, et donc pour les ergothérapeutes : 1) la fonction de savoir, 2) la fonction d'orientation, 3) la fonction de justification, et 4) la fonction identitaire (Jodelet, 2003 ; Salime *et al.*, 2021 ; Sauvezon, 2017 ; Walmsley, 2004).

La fonction de savoir représente ce qui permet de comprendre et d'expliquer la réalité sociale à laquelle les individus sont confrontés (Abric, 1994 ; Walmsley, 2004). Elle permet aux individus d'intégrer et d'assimiler les connaissances en concordance avec leur système cognitif et leurs valeurs. Cette fonction facilite la diffusion d'un savoir de sens commun entre les membres d'un groupe (Abric, 1994 ; Walmsley, 2004).

Les représentations sociales ont aussi la fonction d'orientation (Abric, 1994 ; Breakwell, 1993 ; Jeoffrion *et al.*, 2016 ; McIntyre *et al.*, 2004 ; Walmsley, 2004). Les représentations sociales servent à filtrer les informations d'une situation pour permettre à une personne de décider de ses actions, ainsi que guider ses comportements et ses pratiques (Abric, 1994 ; Jeoffrion *et al.*, 2016 ; Salime *et al.*, 2021).

La fonction de justification permet de justifier a posteriori les positions et les comportements (Abric, 1994 ; Sauvezon, 2017 ; Walmsley, 2004). Lorsqu'il s'agit de représentations sociales professionnelles, les connaissances théoriques découlant de la

formation jouent un rôle de justification et servent d'outil pour légitimer les pratiques des professionnels comme les ergothérapeutes (Morant, 1996).

La fonction identitaire permet de situer les individus et les groupes dans un champ social (Abric, 1994 ; Sauvezon, 2017 ; Walmsley, 2004). Les représentations sociales participent à l'élaboration d'une identité compatible avec les normes et valeurs sociales (Sauvezon, 2017 ; Walmsley, 2004). En partageant des représentations sociales, les membres d'un groupe développent une identité commune puisqu'ils ont une vision commune de la réalité (Moscovici et Hewstone, 1983).

Développement du professionnalisme en ergothérapie

Selon Colley et collaborateurs (2007), deux paradigmes cohabiteraient dans le développement du professionnalisme. Premièrement, il y a le paradigme axé sur les tâches, qui repose sur une liste de caractéristiques sélectionnées que les professionnels sont censés appliquer (Colley *et al.*, 2007). Par exemple, les manifestations du professionnalisme prenant la forme de comportements observables, comme la formation continue ou l'auto-évaluation (Parham, 1987), permettraient aux individus de développer le professionnalisme via ce paradigme. Ce paradigme permet aux étudiants en ergothérapie et aux nouveaux diplômés de comprendre le professionnalisme grâce aux attentes concrètes qu'il propose (Reiter *et al.*, 2018). Cependant, les ergothérapeutes expérimentés, comme les superviseurs de stagiaires, peuvent le trouver superficiel parce qu'ils ont une compréhension plus profonde du professionnalisme, ayant eu l'occasion de l'intérioriser (Robinson *et al.*, 2012).

Selon Colley et collaborateurs (2007), un autre paradigme de développement du professionnalisme est présent. Au lieu d'être orienté vers la tâche, il est orienté vers la personne. Ce second paradigme s'appuie sur une manière plus intrinsèque de comprendre le professionnalisme. Sans prescrire de comportements, valeurs ou attitudes spécifiques, il réfère à la manière dont les ergothérapeutes les mobilisent et les gèrent pour résoudre les situations conflictuelles ou les dilemmes qu'ils rencontrent au quotidien (Colley *et al.*, 2007). Ce paradigme se manifesterait davantage chez les ergothérapeutes expérimentés et pourrait être trop abstrait pour les étudiants ou les nouveaux diplômés (Robinson *et al.*, 2012).

MÉTHODES

Devis

Un devis descriptif interprétatif a été utilisé pour structurer l'étude (Gallagher et Marceau, 2020). Ce devis a été choisi parce qu'il permet d'avoir une compréhension contextuelle et en profondeur de la signification d'un phénomène humain – dans ce cas-ci, du professionnalisme en ergothérapie.

Participants

Des participants « étudiants » volontaires ont été recrutés s'ils répondaient aux critères d'inclusion suivants : être inscrits dans le programme d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ou à l'Université Laval (UL) et être dans la première ou la quatrième année de leur parcours universitaire pendant l'année académique 2018-2019. Étant donné l'importance des expériences et de la formation clinique dans le développement du professionnalisme, des participants « superviseurs de stagiaires » ont aussi été recrutés s'ils avaient supervisé au moins cinq stagiaires en ergothérapie provenant de l'UQTR ou de l'UL. Puisque le cadre théorique de cette étude pose la coexistence de deux paradigmes de développement du professionnalisme, celui axé sur la tâche et celui axé sur la personne, l'inclusion de ces trois types de population (c'est-à-dire des étudiants de première année, des étudiants de quatrième année et des superviseurs de stagiaires) visait à mettre en lumière des nuances dans les représentations sociales selon l'avancement du développement du professionnalisme. De plus, alors que les étudiants évoquent leurs représentations individuelles du professionnalisme, les superviseurs de stagiaires se basent sur leur expérience vécue auprès de plusieurs étudiants, amenant un point de vue extérieur et offrant une richesse dans les idées émises et des nuances concernant le développement du professionnalisme et ses représentations sociales.

Procédures

Deux procédures ont été utilisées. Premièrement, des groupes de discussion ont été menés auprès des étudiants. Puisque les représentations sociales se construisent individuellement, mais sont également partagées collectivement (Sauvezon, 2017), la tenue de groupes de discussion favorise l'émergence de perspectives individuelles, mais aussi partagées collectivement (Desrosiers et Larivière, 2014). Quatre groupes de discussion d'une durée approximative de 90 minutes ont été animés par deux membres de l'équipe de recherche à l'aide d'un guide d'entretien validé lors d'un prétest auprès de deux étudiants respectant les mêmes critères que les participants. Le guide d'entretien a été construit à partir des informations disponibles dans la littérature et en se basant sur le cadre théorique. Les deux premiers groupes étaient constitués des étudiants de l'UQTR ; un premier composé d'étudiants de la première année et un second formé d'étudiants de la quatrième année. Les deux autres groupes étaient formés des étudiants de l'UL et suivaient la même composition selon l'année d'études des étudiants.

Deuxièmement, des entrevues individuelles ont été privilégiées avec les superviseurs de stagiaires étant donné la difficulté à trouver un moment où tous les participants étaient disponibles pour réaliser un groupe de discussion. Celles-ci avaient une durée d'environ 60 minutes et ont été menées avec un guide d'entretien similaire à celui utilisé avec les étudiants, et qui a aussi fait l'objet d'un prétest.

Analyse

Après que les enregistrements eurent été intégralement transcrits en verbatim, une stratégie d'analyse thématique a été appliquée au corpus de données selon un processus systématique en cinq étapes (Paillé et Mucchielli, 2016) : 1) des lectures répétées du corpus de données ont permis aux analystes de développer un sentiment d'immersion ; 2) le codage initial a été amorcé, c'est-à-dire que des codes descriptifs ont été assignés aux unités de signification trouvées dans le corpus ; 3) les unités de signification ont ensuite été transformées en expressions révélatrices des représentations sociales des participants ; 4) la synthèse des expressions a permis d'organiser les données dans une structure générale, en regroupant les codes en catégories plus larges. Pour cette étape, trois thèmes a priori (c'est-à-dire les antécédents, les attributs et les conséquents) ont été retenus, en accord avec le cadre théorique qui sous-tend l'étude ; 5) des allers-retours entre les données brutes et la structure générale ont permis de clarifier et d'interpréter les données en respectant les représentations sociales des participants. Le logiciel *QDA Miner 5* a été utilisé en soutien aux analyses. Étant donné les postulats théoriques sur les paradigmes de développement du professionnalisme et les trois populations à l'étude, les membres de l'équipe de recherche ont usé d'une sensibilité théorique pour faire ressortir les nuances dans les représentations sociales des étudiants de première année, de quatrième année et des superviseurs de stagiaires.

Chacun des groupes de discussion et chacune des entrevues ont été analysés individuellement par deux personnes, lesquelles se sont rencontrées après chaque analyse pour comparer leur codification. Cette étape a permis de diminuer le risque de biais en assurant que le codage ne reflète pas la perception d'une seule personne. Un journal de bord a été tenu et des rencontres périodiques de discussion ont aussi eu lieu entre les membres de l'équipe de recherche. Ce processus itératif permettant de créer des versions successives des représentations sociales des participants a été mené jusqu'à ce que les membres de l'équipe de recherche conviennent que l'analyse produite représentait les données le plus fidèlement possible.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (CER-18-248-07.05) et le Comité d'éthique de la recherche de l'UL (2018-279).

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Trente-deux (N = 32) participants ont pris part à l'étude, soit 16 étudiants et 16 superviseurs de stagiaires en ergothérapie. Parmi les participants étudiants, dix provenaient de l'UQTR, soit quatre en première année et six en quatrième année. Six étudiants provenaient de l'UL, soit deux en première année et quatre en quatrième année. Tous les étudiants se sont identifiés comme des femmes, âgées de 19 à 25 ans (M = 21,9,

ET = 1,9). Les participants superviseurs de stagiaires étaient huit ergothérapeutes ayant supervisé des étudiants de l'UQTR et huit ergothérapeutes ayant supervisé des étudiants de l'UL. Les membres de ce groupe étaient majoritairement des femmes (N = 15), ils étaient âgés de 29 à 66 ans (M = 43,5, ET = 10,4), avaient entre 3 et 36 ans d'expérience en supervision de stagiaires (M = 16,4, ET = 10,1) et exerçaient l'ergothérapie dans des milieux variés (p. ex. : centre de réadaptation, clinique privée).

Description des représentations sociales du professionnalisme

Les résultats sont présentés à partir du cadre théorique proposé par Lecours et collaboratrices (2021) et sont divisés selon les trois thèmes principaux, soit les antécédents, les attributs et les conséquents du professionnalisme. Les extraits de verbatims retenus pour illustrer les résultats sont accompagnés d'un numéro de participant, précédé d'un identifiant : S = superviseur de stagiaires, ÉD = étudiant débutant (première année) et ÉF = étudiant finissant (quatrième année).

Antécédents

Comme on le voit dans le Tableau 1, les antécédents, soit les préalables du professionnalisme, se divisent en deux catégories : ceux attribuables à la personne et ceux attribuables à l'environnement.

Tableau 1 : Antécédents du professionnalisme

Personne		Environnement	
Valeurs	Altruisme	Système professionnel	Codes éthiques et déontologiques
	Bienveillance		
	Empathie		
	Intégrité		
	Justice		
	Pratique centrée sur la personne		
	Pratique centrée sur les occupations		
	Respect		
Réflexivité	Introspection	Contexte organisationnel	Attentes du milieu clinique
	Reconnaissance de ses limites		
	Reconnaissance de ses erreurs		
	Reconnaissance de ses forces		
Formations et expériences	Connaissances disciplinaires		
	Expériences concrètes		
	Parcours éducatif		
	Formation continue		

Personne

Huit valeurs ont été identifiées par les participants comme étant des antécédents du professionnalisme en ergothérapie. Parmi celles-ci figure la pratique centrée sur la personne :

[...] C'est au centre des valeurs de l'ergothérapeute d'être centré sur le client, donc si tu n'es pas centré sur ton client, tu passes à côté de quelque chose. Et puis, ça va immanquablement paraître dans l'attitude et le comportement. (S3)

Les participants ont aussi noté l'importance :

[...] d'être bienveillant avec les patients ; d'agir pour le bien des autres. (ÉD11)

[De valoriser la] justice [pour] donner les mêmes chances [à tous] les patients. (ÉD2)

L'analyse des données a aussi permis de faire émerger quatre catégories liées à l'antécédent de la réflexivité. Les participants ont notamment soulevé la nécessité pour les ergothérapeutes de :

[...] se remettre en question. (S11)

Respecter ses limites personnelles et professionnelles parce qu'aller au-delà de [ses] limites brime [le] professionnalisme. (ÉF5)

Savoir revenir sur ses erreurs [pour ne pas les reproduire par la suite]. (ÉF13)

La formation et l'expérience figurent également parmi les antécédents du professionnalisme en ergothérapie. Les participants ont noté l'influence du parcours universitaire et diverses occasions d'apprentissage qu'il offre :

Apprendre le vouvoiement et apprendre à avoir des notes qui sont claires et propres, [...] ce sont des [éléments] qu'on va apprendre à l'école. (ÉD12)

L'observation des comportements de nos superviseurs de stage. (ÉF13)

[La] préparation par les lectures [...] et les connaissances de [la] discipline. (S5)

Environnement

Le premier antécédent en lien avec l'environnement se rapporte au système professionnel comprenant le code éthique et déontologique. Un participant explique :

La déontologie et les règles écrites peuvent guider [la pratique professionnelle]. (ÉF5)

Il y a aussi le contexte organisationnel qui est considéré comme un antécédent du professionnalisme en ergothérapie. Par exemple, les exigences du milieu de pratique peuvent influencer la façon dont le professionnalisme se manifeste, comme l'explique un participant de l'étude :

Je pense que le milieu dans lequel on travaille exige un professionnalisme qui peut être un peu différent d'un endroit à l'autre. (S14)

Attributs

Il ressort des résultats de l'étude que les attributs du professionnalisme peuvent se diviser en deux catégories principales, soit les attitudes et les comportements.

Attitudes

Les attitudes requises pour faire montre de professionnalisme se regroupent à leur tour en trois catégories, soit les attitudes personnelles, relationnelles et occupationnelles. Le Tableau 2 en présente la liste détaillée.

Tableau 2 : Attributs du professionnalisme

Attitudes		Comportements	
Attitudes personnelles	<p>Agir avec rigueur</p> <p>Avoir une juste confiance en soi</p>	Communiquer de façon appropriée	<p>Communiquer à l'écrit adéquatement</p> <p>Communiquer non verbalement adéquatement</p> <p>Communiquer verbalement adéquatement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le client est disposé à communiquer • S'exprimer en respectant le degré de littératie de la personne • Communiquer des informations véridiques <p>S'assurer de la compréhension de l'interlocuteur</p>
Attitudes relationnelles	<p>Relation d'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir une juste frontière émotionnelle • Établir une relation égalitaire avec le client • Être à l'écoute • Être empathique • Faire preuve d'ouverture <p>Savoir-être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être authentique • Être transparent • Savoir prendre sa place 	Gérer avec diligence	<p>Être organisé dans son travail</p> <p>Gérer l'horaire de travail</p> <p>Gérer efficacement la tenue de dossier</p> <p>Respecter l'offre de service</p> <p>Respecter ses engagements</p> <p>Savoir prioriser les clients</p>
Attitudes occupationnelles	<p>Démontrer une capacité d'adaptation</p> <p>Être disposé à travailler</p> <p>Respecter les règles du milieu</p>	<p>Montrer une image appropriée</p> <p>Manifester des raisonnements</p> <p>Travailler en équipe</p>	<p>Adopter le code vestimentaire</p> <p>Adopter une posture adéquate</p> <p>Avoir une bonne hygiène</p> <p>Respecter les conventions sociales</p> <p>Utiliser un jugement clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la confidentialité • Gérer les conflits d'intérêts • Être responsable et comptable <p>Appliquer les recommandations des autres</p> <p>Considérer tous les membres de l'équipe de façon égalitaire</p> <p>Être respectueux envers les collègues</p> <p>Impliquer le client et ses proches</p> <p>Savoir référer au bon professionnel</p> <p>Être présent pour ses collègues</p>

La première attitude personnelle consiste à agir avec rigueur. Un participant la décrit comme étant :

[...] de bien faire les choses. Donc, de ne pas [...] bâcler. (S3)

La deuxième consiste à avoir une juste confiance en soi et est décrite comme :

[La capacité] de se faire confiance et de savoir que nous avons notre place. (S9)

Selon les participants, il importe que les étudiants en ergothérapie développent une confiance en eux-mêmes pour manifester du professionnalisme, tout en restant empreints d'humilité :

[...] la confiance en soi ne doit pas permettre [d'agir en étant] au-dessus des autres. (S16)

Les attitudes relationnelles sont divisées en deux catégories qui sont la relation d'aide et le savoir-être. La catégorie de la relation d'aide comprend notamment l'établissement d'une juste frontière émotionnelle, soit la capacité du professionnel à maintenir l'équilibre entre, d'une part, l'utilisation thérapeutique de soi pour bâtir la relation, et d'autre part la capacité :

De se détacher [émotionnellement] de la situation [difficile]. (ÉF14)

[Et] de garder son sang-froid [pour mieux réfléchir]. (ÉD1)

Les participants ont aussi souligné l'importance d'être égalitaire dans la relation avec le client :

Ne pas montrer qu'on est supérieur. (ÉF14)

Être à l'écoute de la personne. (ÉD4)

En ce qui a trait au savoir-être, il se divise en trois catégories : être authentique, être transparent et savoir prendre sa place. Cette dernière catégorie d'attitudes relationnelles est décrite par les participants comme :

[Le fait] d'être capable de prendre sa place au bon moment dans une équipe. (S11)

[Le fait] de s'introduire dans des discussions quand nous pensons que cela est pertinent. (S15)

Tout en laissant de l'espace aux clients et aux autres membres de l'équipe.

Démontrer une capacité d'adaptation, être disposé à travailler et respecter des règles du milieu font partie des attributs liés aux attitudes relationnelles. Les participants expliquent ainsi la capacité d'adaptation :

[C'est] d'être capable de faire face aux imprévus et d'être capable d'y répondre rapidement. (S14)

Adapter la façon dont on se présente au patient ou à l'équipe [en fonction de leurs caractéristiques propres]. (S13)

Pour les participants, être disposé à travailler signifie ne pas laisser des événements de sa vie personnelle « interférer avec le travail » (ÉD1). Enfin, un professionnel doit respecter les règles du milieu :

[...] en ne fumant pas dans son bureau parce que c'est interdit [par exemple]. (S4)

Comportements

Comme l'indique le Tableau 2, cinq comportements font partie des attributs du professionnalisme en ergothérapie : 1) communiquer de façon appropriée, 2) gérer avec diligence, 3) montrer une image appropriée, 4) manifester des raisonnements et 5) travailler en équipe.

Pour ce qui est de communiquer de façon appropriée, un participant explique :

La communication, c'est être capable de s'exprimer verbalement dans un vocabulaire qui est compréhensible tant pour la famille que pour un médecin ; c'est d'utiliser le bon vocabulaire au bon moment. (S14)

Communiquer de façon professionnelle, c'est aussi :

[...] s'assurer que nos interlocuteurs nous comprennent bien. (S11)

Ensuite, les participants ont fait ressortir que pour démontrer du professionnalisme, un comportement essentiel est de gérer avec diligence. À cette fin, il est nécessaire d'être organisé dans son travail :

Arriver préparé [aux rencontres et] avoir bien lu le dossier. (S11)

Montrer une image appropriée réfère au fait d'adopter un code vestimentaire adapté au contexte. Pour les participants, le fait de projeter une image appropriée est une manifestation du professionnalisme qui passe notamment par l'adoption d'une posture adéquate et d'une bonne hygiène. Le dernier point soulevé dans cette sous-catégorie est le respect des conventions sociales :

Cogner à la porte avant d'entrer [...] et dire bonjour. (ÉF7)

[Utiliser] le vouvoiement, à moins que la personne dise qu'elle préfère être tutoyée. (ÉD11)

Pour ce qui est de manifester des raisonnements, ce comportement consiste à utiliser son jugement clinique. Un des éléments saillants dans ce comportement est la reconnaissance de l'importance de la confidentialité :

[Juger] ce qui est nécessaire d'être discuté avec les collègues, [...] dire juste ce qu'il [est requis] de dire. (S10)

Il faut user de son jugement clinique pour respecter la confidentialité :

[...] parce que [la] brimer peut avoir des impacts sur les patients. (ÉF15)

Le comportement du raisonnement comprend aussi le fait de gérer les conflits d'intérêts, d'assumer ses responsabilités :

Être imputable [comptable] de ses actions. (ÉF16)

Le dernier comportement qui a émergé de l'analyse des données est celui de travailler en équipe. Pour démontrer du professionnalisme et être en mesure de bien travailler en équipe, les participants relèvent que :

[Il est nécessaire] de considérer tout le monde sur le même piédestal. (ÉF8)

[Il est nécessaire d'avoir une] relation égalitaire. (S8)

[Il est nécessaire de faire preuve de respect, notamment] en faisant part de son opinion et en considérant celles des collègues. (S9)

Travailler en équipe requiert aussi d'impliquer le client et ses proches :

Leur faire de la place [dans l'équipe]. (S7)

C'est aussi savoir orienter vers le bon professionnel lorsque nécessaire :

Ne pas avoir peur de [...] référer à quelqu'un qui est vraiment spécialisé. (ÉD12)

Conséquents

L'analyse des données de cette étude montre que le professionnalisme engendre des conséquents pour les ergothérapeutes, les clients et la profession, antécédents que nous présentons au Tableau 3.

Tableau 3 : Conséquents du professionnalisme

Clients	Ergothérapeutes	Profession
Services de qualité Pratique centrée sur le client	Pratique éthique Habilité à revendiquer : • Défense du droit des clients Satisfaction professionnelle	Crédibilité : • Réputation de la profession Développement : • Identité professionnelle Leadership : • Prise de pouvoir

Clients

Pour les clients, le professionnalisme des ergothérapeutes permet de recevoir des services de qualité qui « comblent [leurs] besoins » (ÉD1), il permet une « pratique centrée sur leurs besoins et leur réalité » (ÉF5).

Ergothérapeutes

Pour les ergothérapeutes, en plus de favoriser une satisfaction professionnelle et de contribuer à faire « aimer son travail » (ÉF8), le professionnalisme permettrait d'adopter une pratique éthique, et ainsi notamment de :

Réduire le risque de conflits [ou d'enjeux] entre professionnels. (ÉF10)

Le professionnalisme permettrait aussi de développer l'habileté à revendiquer. En effet, une étudiante rapporte :

[Être professionnelle permet de mieux] défendre les droits du client. (ÉF5)

Profession

Des conséquents pour la profession d'ergothérapeute ont également été relevés, notamment relativement à la crédibilité professionnelle parce que le professionnalisme permettrait de « rehausser la réputation » (ÉF6) de la profession :

L'ergothérapie est [une] profession qui est encore méconnue. [Alors] on a avantage à la prôner sous son meilleur jour ! (S12)

Le professionnalisme permettrait aussi de « favoriser le développement de l'identité professionnelle » (ÉF15) et de rehausser le leadership des ergothérapeutes. Selon les participants, les ergothérapeutes qui démontrent du professionnalisme ont la possibilité « d'aller chercher [plus de] pouvoir » (ÉF16), c'est-à-dire d'avoir un effet positif auprès des membres de l'équipe, des clients et des autres collaborateurs.

DISCUSSION

Cette étude visait à explorer les représentations sociales qu'ont du professionnalisme des étudiants et des superviseurs de stagiaires en ergothérapie dans le contexte universitaire francophone québécois. Reflétant une conceptualisation contemporaine du professionnalisme en ergothérapie, les résultats de cette étude permettent de mettre en lumière des antécédents, des attributs et des conséquents du professionnalisme correspondant plus spécifiquement aux réalités et à la culture d'étudiants et de superviseurs québécois francophones. Les résultats sont discutés selon trois idées maîtresses : 1) les paradigmes de développement du professionnalisme ; 2) la faible représentation des valeurs propres à la profession ; et 3) la menace de l'influence de l'organisation du travail sur le professionnalisme en ergothérapie.

Le développement du professionnalisme en ergothérapie : un cheminement entre deux paradigmes

Des différences ont été notées entre les représentations sociales du professionnalisme des étudiants de première année et celles des étudiants de quatrième année ; les étudiants qui sont au début de leur formation universitaire ont des représentations générales du professionnalisme et citent par exemple le vouvoiement et le contrôle de ses émotions comme étant des caractéristiques du professionnalisme. Les étudiants qui sont à la dernière année de leur parcours ont, pour leur part, des représentations qui sont plus spécifiques aux professions de la santé, faisant référence aux notions déontologiques ou à la nécessité d'être à l'écoute du patient comme étant liées au professionnalisme. Selon nos résultats, des représentations sociales du professionnalisme plus précises en regard de l'ergothérapie ne sont perceptibles que chez les superviseurs de

stagiaires, qui mentionnent par exemple les connaissances disciplinaires et la valeur de la pratique centrée sur les occupations. Ces constats mettent en lumière l'aspect développemental du professionnalisme en ergothérapie. Si l'on approfondit la réflexion sur cet aspect, on remarque également que les étudiants ayant participé à l'étude accordent beaucoup d'importance aux manifestations empiriques du professionnalisme. En effet, les manifestations observables du professionnalisme sont très détaillées, comparative-ment aux éléments plus abstraits comme les valeurs et les conséquents. Une comparaison des trois tableaux en donne une bonne illustration : le Tableau 2 qui présente les manifestations observables du professionnalisme est pourvu de plus de contenu que les Tableaux 1 et 3 qui présentent les antécédents et les conséquents. Cette importance accordée aux éléments visibles peut s'inscrire dans le paradigme de développement du professionnalisme orienté vers la tâche, qui se base essentiellement sur une liste de caractéristiques qui sont attendues de la part des professionnels (Colley *et al.*, 2007). Ce paradigme facilite la compréhension du professionnalisme par les étudiants en ergothérapie et les nouveaux diplômés en raison des attentes concrètes qu'il propose (Reiter *et al.*, 2018). Cependant, les ergothérapeutes expérimentés peuvent le trouver superficiel et réducteur parce qu'ils ont une compréhension plus profonde du professionnalisme, ayant eu l'occasion de l'intérioriser (Robinson *et al.*, 2012). Ce constat a aussi été fait lors de l'analyse des données de cette étude, où ce sont principalement les superviseurs de stagiaires, avec plus d'expérience professionnelle, qui ont abordé la question de la pratique réflexive ou celle des dimensions éthiques, en évoquant par exemple l'importance de se remettre en question et de considérer la diversité des opinions, qui sont des caractéristiques plus abstraites, mais essentielles du professionnalisme. Cette représentation sociale du professionnalisme, plus intériorisée, pourrait s'ancrer dans le paradigme de développement du professionnalisme orienté vers la personne de Colley et collaborateurs (2007), qui soutiennent que le professionnalisme se développe à travers les ressources des personnes et les façons dont elles sont mobilisées pour aborder les situations. Cette progression dans les représentations sociales du professionnalisme, qui montre que l'on accorde d'abord de l'importance à ce qui est visible pour ensuite se concentrer sur les éléments plus intériorisés, appuie les écrits qui soulignent l'aspect développemental de la compétence qu'est le professionnalisme, laquelle évolue et se construit au fil des apprentissages et des expériences (Drolet et Sauvageau, 2016 ; Sullivan et Thiessen, 2015). Ainsi, nos résultats permettent d'émettre l'hypothèse que le développement du professionnalisme débiterait par des représentations générales du professionnalisme à l'entrée dans le cursus de formation pour évoluer vers des représentations liées aux professions de la santé vers la fin de la formation. Ce ne serait que sur le marché du travail que des représentations du professionnalisme spécifiques à l'ergothérapie se forgeraient. Bien que cette construction évolutive du professionnalisme soit une piste intéressante, d'autres études sont requises pour mieux la saisir.

L'enjeu de la faible représentation des valeurs propres à la profession

Selon les résultats de cette étude, peu de valeurs spécifiques à l'ergothérapie feraient partie des représentations sociales du professionnalisme que se forgent des étudiants et superviseurs de stagiaires québécois. En effet, comparativement à la conception théorique du professionnalisme de Lecours et collaboratrices (2021) où diverses

valeurs spécifiques à la profession sont représentées (p. ex. : engagement occupationnel, justice occupationnelle, signifiante occupationnelle), les résultats de cette étude ne font état que de la pratique centrée sur les occupations, valeur essentiellement mentionnée par les superviseurs de stagiaires et bien peu par les étudiants. Sur la base de ce constat, une réflexion intéressante serait à mener sur la place des valeurs dans le développement du professionnalisme en ergothérapie et les représentations sociales que s'en forgent les étudiants. En effet, bien que les connaissances théoriques puissent avoir un effet sur les représentations sociales dans leur fonction de justification (Abric, 1994 ; Sauvezon, 2017 ; Walmsley, 2004), et donc ici sur les valeurs dans leur rôle justificatif, il semble que d'autres mécanismes que la transmission de connaissances théoriques soient requis pour que les valeurs soient bien ancrées dans les autres fonctions des représentations sociales, soit de savoir, d'orientation et identitaire. Étant donné leur caractère abstrait, les valeurs professionnelles s'intégreraient au développement du professionnalisme via le paradigme orienté vers la personne. Mais il est possible que de nommer ou d'enseigner les valeurs propres à l'ergothérapie ne soit pas suffisant pour que les étudiants les intègrent à leurs propres systèmes de valeurs, et qu'ils aient besoin d'expérimenter concrètement le lien entre les valeurs et les actions professionnelles pour en comprendre le sens et la portée. Puisque les expériences concrètes vécues en cours de stage influencent le développement du professionnalisme (Drolet et Sauvageau, 2016), il serait pertinent que les superviseurs de stagiaires explicitent à l'intention des étudiants les valeurs qui sous-tendent leurs actions en les nommant spécifiquement. Ce processus permettrait aux étudiants de mieux comprendre comment les valeurs ergothérapeutiques guident les actions, afin de mieux soutenir le professionnalisme en ergothérapie. Prendre un moment pour réfléchir aux valeurs qui sous-tendent les actions à travers un exercice réflexif, à l'aide d'un portfolio professionnel par exemple, pourrait même permettre aux superviseurs de stagiaires de prendre conscience des valeurs qui orientent et justifient leur pratique professionnelle et de les formaliser. Cet exercice peut assurément être mené de façon individuelle, mais réfléchir aux valeurs professionnelles en groupe, dans une communauté de pratique par exemple, pourrait permettre aux superviseurs de stagiaires de comprendre collectivement comment les valeurs spécifiques à l'ergothérapie influencent le professionnalisme. Cette construction collective d'un savoir influencerait les représentations sociales qu'ils se forgent du professionnalisme et qu'ils partagent ensuite avec les étudiants.

La menace de l'influence de l'organisation du travail sur le professionnalisme en ergothérapie

Les résultats de cette étude semblent indiquer que des étudiants et superviseurs de stagiaires du Québec accordent un rôle important à l'organisation dans laquelle ils œuvrent dans leurs représentations sociales du professionnalisme. En effet, « les attentes du milieu » figurent parmi les antécédents du professionnalisme énoncés, alors que « respecter les règles du milieu » et « respecter l'offre de service » font partie des attributs qui lui sont reconnus. Le respect du cadre de l'organisation de travail peut être rassurant, puisqu'il se base sur des attentes claires, et il s'accorde avec le paradigme de développement du professionnalisme orienté vers la tâche (Colley *et al.*, 2007). Ce

résultat concorde aussi avec la culture des indicateurs de performance qui prévaut dans plusieurs milieux de soins de santé au Québec (Bourque, 2007). Or, des auteurs ont émis l'idée que certains éléments de la culture de l'organisation (p. ex. : politiques et règles institutionnelles) représentent les principales barrières à l'actualisation des valeurs professionnelles des ergothérapeutes québécois (Drolet et Goulet, 2017), ce qui peut représenter un enjeu pour la manifestation du professionnalisme, sachant que les valeurs sont des antécédents de celui-ci. Qui plus est, la culture de l'organisation pourrait même amener les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, à modifier leurs valeurs (Drolet *et al.*, 2020), ce qui est préoccupant pour le développement et l'actualisation du professionnalisme (p. ex. : valoriser la performance au détriment de l'empathie et l'écoute). Ainsi, il pourrait être suggéré aux étudiants en ergothérapie d'utiliser de la pratique réflexive pour analyser les situations auxquelles ils font face et trouver les moyens d'agir en accord avec leurs valeurs. Cette idée met aussi en avant l'importance de l'éducation à l'éthique pendant et après la formation universitaire afin que les ergothérapeutes soient des agents de changement positifs dans leur milieu et soient aussi mieux outillés pour surmonter de manière efficace les défis qu'ils rencontrent dans leur organisation (Drolet et Goulet, 2017). Cette recommandation est renforcée par les résultats de notre étude qui montrent que la compréhension de l'éthique rapportée par certains des participants est grossière et quelque peu réductrice. Améliorer la formation à l'éthique des étudiants et superviseurs de stagiaires en ergothérapie permettrait de mieux soutenir le développement du professionnalisme. Enfin, puisque les représentations sociales se forment à un niveau individuel, mais sont aussi influencées à un niveau collectif, notamment par les opinions, images et pratiques, il serait intéressant d'examiner, dans de futures études, le développement du professionnalisme individuel dans un contexte organisationnel complexe où d'autres professions se croisent et s'influencent.

Forces et limites de l'étude

L'étude actuelle comporte plusieurs forces méthodologiques qui témoignent de sa rigueur. D'abord, les participants sont diversifiés et représentatifs de la population étudiée en ce qui concerne l'âge des étudiants inclus dans l'étude ainsi que la diversité des milieux de pratique des superviseurs de stagiaires. Ensuite, l'analyse des verbatims a été réalisée de façon rigoureuse par les analystes afin d'éviter, le plus possible, les biais liés à la validité interne de l'étude. Une triangulation théorique et une triangulation des analystes ont été effectuées afin d'assurer la crédibilité et la pertinence des résultats de l'étude. L'étude présente toutefois certaines limites. D'abord, la provenance des participants à l'étude se restreint à deux universités, ce qui limite la transférabilité des résultats. De plus, les groupes de discussion ne comportaient pas tous le même nombre de participants, ce qui pourrait conduire à accorder un poids inégal aux idées émises par les participants selon qu'ils faisaient partie d'un groupe plus nombreux ou moins nombreux. Enfin, cette étude est ancrée dans un cadre théorique décrit exhaustivement. Bien que cela puisse rehausser la contribution théorique de l'étude, il faut reconnaître que cette posture théorique a teinté l'interprétation des résultats et les recommandations qui découlent de cette étude.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude permettent de mettre en lumière les représentations sociales et le développement du professionnalisme tels qu'ils s'expriment spécifiquement dans la population des étudiants en ergothérapie francophones au Québec. Ils offrent des leviers sur lesquels agir pour faciliter et bonifier l'enseignement et le développement du professionnalisme, notamment à travers l'explicitation des valeurs qui sous-tendent les actions, des exercices réflexifs et une bonification de la formation à l'éthique. Enfin, les résultats de cette étude pourront ultimement être intégrés à la conceptualisation du professionnalisme de Lecours et ses collaboratrices (2021) afin de l'actualiser et de la maintenir à jour.

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier les participants à cette étude. Votre générosité et votre engagement en faveur du développement de nouvelles connaissances en ergothérapie sont remarquables. Les auteures remercient également les auxiliaires de recherche Jade Charpentier et Louise Tremblay pour leur soutien à la collecte et à l'analyse des données.

FINANCEMENTS

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à un soutien financier du Fonds pour la recherche clinique de l'UQTR.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric, J.-C. (1994). Les représentations sociales : aspects théoriques. Dans J.-C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p. 11-35). Presses universitaires de France.
- Aguilar, A. E., Stupans, L. et Scutter, S. (2011). Assessing students' professionalism: Considering professionalism's diverging definitions. *Education for Health, 24*(3), 599.
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T. et Nass, D. (2014). Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Medical Teacher, 36*(1), 47-61. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.850154>
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue gouvernance, 4*(1).
- Breakwell, G. (1993). Social Representations and Social Identity. *Papers on Social Representations, 2*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139136983.010>
- Brown, T., Yu, M.-I., Hewitt, A. et Etherington, J. (2020). Professionalism as a predictor of fieldwork performance in undergraduate occupational therapy students: An exploratory study. *Occupational Therapy in Health Care, 34*(2), 131-154. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07380577.2020.1737896>
- Campbell, M. K., Corpus, K., Wussow, T. M., Plummer, T., Gibbs, D. et Hix, S. (2015). Fieldwork educators' perspectives: Professional behavior attributes of level II fieldwork students. *Open Journal of Occupational Therapy, 3*(4), 7. <https://doi.org/https://doi.org/10.15453/2168-6408.1146>
- Colley, H., James, D. et Diment, K. (2007). Unbecoming teachers: Towards a more dynamic notion of professional participation. *Journal of Education Policy, 22*(2), 173-193. <https://doi.org/10.1080/02680930601158927>

- DeBeer, F. (1987). Major themes in occupational therapy: A content analysis of the Eleanor Clarke Slagle Lectures, 1955-1985. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(8), 527-531. <https://doi.org/10.5014/ajot.41.8.527>
- Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisé. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (p. 257-281). Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. et Goulet, M. (2017). Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 9, 7-42.
- Drolet, M.-J. et Sauvageau, A. (2016). Developing professional values: Perceptions of francophone occupational therapists in Quebec, Canada. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 286-296. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1130168>
- Drolet, M.-J., Lalancette, M. et Caty, M.-È. (2020). « Brisées par leur travail ! OU Au bout du rouleau » : réflexion critique sur les modes managériaux en santé. *Revue canadienne de bioéthique*, 3(1), 103-107. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1070230ar>
- Gallagher, F. et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 5-32). Presses de l'Université du Québec.
- Hordichuk, C. J., Robinson, A. J. et Sullivan, T. M. (2015). Conceptualising professionalism in occupational therapy through a Western lens. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 150-159. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12204>
- Jeoffrion, C., Dupont, P., Tripodi, D. et Roland-Levy, C. (2016). Social representations of illness: Comparison of “expert” knowledge and “naive” knowledge. *Encephale*, 42(3), 226-233. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.007>
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici (dir.), *Psychologie sociale* (p. 357-378). Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 45-78). Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>
- Kanny, E. (1993). *Core values and attitudes of occupational-therapy practice*. American Occupational Therapy Association.
- Lecours, A., Baril, N. et Drolet, M.-J. (2021). What is professionalism in occupational therapy? A concept analysis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 117-130. <https://doi.org/10.1177/0008417421994377>
- McIntyre, R. B., Paulson, R. M., Lord, C. G. et Lepper, M. R. (2004). Effects of attitude action identification on congruence between attitudes and behavioral intentions toward social groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(9), 1151-1164. <https://doi.org/10.1177/0146167204263772>
- Morant, N. (1996). Social representations of mental illness: A study of British and French mental health professionals. *London School of Economics and Political Science*.
- Moscovici, S. et Hewstone, M. (1983). Social representations and social explanations: From the “naive” to the “amateur” scientist. Dans M. Hewstone (dir.), *Attribution theory: Social and functional extensions* (p. 98-125). Basil Blackwell.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin. <http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a2601173>
- Parham, D. (1987). Toward professionalism: The reflective therapist. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(9), 555-561. <https://doi.org/https://doi.org/10.5014/ajot.41.9.555>
- Reiter, K., Helgeson, L. et Lee, S. C. (2018). Enhancing professionalism among OT students: The culture of professionalism. *Journal of Occupational Therapy Education*, 2(3), 8. <https://doi.org/https://doi.org/10.26681/jote.2018.020308>

- Robinson, A. J., Tanchuk, C. J. et Sullivan, T. M. (2012). Professionalism and occupational therapy: An exploration of faculty and students' perspectives. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79*(5), 275-284. <https://doi.org/10.2182/CJOT.2012.79.5.3>
- Salime, S., Clesse, C. et Batt, M. (2021, fév.). Health professional's social representation about elderly subject with mental health disorders: A pilot study on 790 health professionals. *Aging & Mental Health, 25*(2), 350-359. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1671318>
- Sauvezon, C. (2017). Structure sociale et cultures organisationnelles : une application du modèle des représentations sociales. *Psychologie du travail et des organisations, 23*(1), 43-61. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.01.005>
- Sullivan, T. M. et Thiessen, A. K. (2015). Occupational therapy students' perspectives of professionalism: An exploratory study. *Open Journal of Occupational Therapy, 3*(4). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1154>
- Walmsley, C. (2004). Social representations and the study of professional practice. *International Journal of Qualitative Methods, 3*(4), 40-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/160940690400300404>



SYNTHÈSE DES FACTEURS EXTERNES QUI INFLUENCENT LA CAPACITÉ DES ERGOTHÉRAPEUTES À AGIR EN TANT QU'AGENTS DE CHANGEMENT

Corinne Valiquette¹, Laura-Maude Houle², Kathryne Chamberland-Deschênes², Anaïs Métivier-Francis², Alice Dionne-Oseciuc², Caroline Beaulne², Annie Carrier³

¹ Ergothérapeute, M.erg. (cand.), étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

² Ergothérapeute, M.erg., Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, BA, LLM, M.Sc. PhD, professeure agrégée au programme d'ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Chercheuse régulière au Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Québec, Canada

Adresse de contact : annie.carrier@usherbrooke.ca

Reçu le 23.04.2022 – Accepté le 01.09.2022

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.v8.n2.221

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



RÉSUMÉ

Introduction. Afin de stimuler, voire réaliser des changements favorisant le bien-être, la santé et la justice occupationnelle, on sollicite de plus en plus le rôle d'agent de changement (AC) en ergothérapie. Les facteurs internes essentiels à ce rôle ont déjà été identifiés. Cependant, aucun portrait complet des facteurs externes pouvant influencer son actualisation n'est à ce jour disponible. Un tel portrait pourrait pourtant appuyer les ergothérapeutes désirant agir comme AC. Cette étude vise donc à documenter les facteurs externes influençant la capacité des ergothérapeutes d'agir en tant qu'AC.

Méthode. Reposant sur une stratégie validée et inspirée des études de portée d'Arksey et O'Malley (2005), une recension des écrits a été effectuée dans quatre banques de données jusqu'au 1^{er} février 2021. Une cote de niveau de preuve scientifique a été attribuée à chaque écrit retenu. Les données contextuelles et qualitatives ont été extraites et analysées par statistiques descriptives et par thèmes.

Résultats. Des 739 articles repérés, 26 ont été sélectionnés, dont la plupart étaient théoriques. Trois facteurs sociaux et deux facteurs institutionnels ont été identifiés, respectivement : les regroupements professionnels, la position hiérarchique et les relations avec les acteurs du milieu ; et la formation universitaire et les caractéristiques du système de santé. La culture organisationnelle et les modèles conceptuels ont été reconnus comme facteurs culturels et les outils et les ressources, comme facteur physique.

Conclusion. Par sa synthèse des facteurs externes, cet article peut soutenir la formation des futurs professionnels et contribuer ainsi à une optimisation de la pratique du rôle d'AC en ergothérapie.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Agent de changement, Compétence professionnelle, Professionnel de la santé, Expertise, Environnement

SYNTHESIS OF EXTERNAL FACTORS INFLUENCING OCCUPATIONAL THERAPISTS' ABILITY TO ACT AS A CHANGE AGENT

ABSTRACT

Introduction. To stimulate and even achieve changes that promote well-being, health and occupational justice, the role of change agent (CA) in occupational therapy is increasingly being called upon. The internal factors essential to this role have already been identified. However, no complete picture of the external factors that may influence its actualization is available to date. Such a picture could support occupational therapists who wish to act as CAs. The purpose of this study is therefore to document the external factors influencing the ability of occupational therapists to act as CAs.

Method. Based on a validated strategy inspired by the scoping studies of Arksey and O'Malley (2005), a literature review was conducted in four databases through February 1, 2021. A rating of level of scientific evidence was assigned to each selected literature. Contextual and qualitative data were extracted and analyzed using descriptive statistics and thematic analysis.

Results. Of the 739 articles identified, 26 were selected, most of which were theoretical. Three social and two institutional factors were identified, respectively: professional groups, hierarchical position, and relationships with stakeholders; and academic background and health system characteristics. Organizational culture and conceptual models were identified as cultural factors and tools and resources as a physical factor.

Conclusion. Through its synthesis of external factors, this article can support the education of future professionals and thus contribute to an optimization of the practice of the CA role in occupational therapy.

KEYWORDS

Occupational therapy, Change agent, Professional competence, Health professional, Expertise, Environment

INTRODUCTION

Lorsqu'on vise à favoriser la justice occupationnelle, le rôle d'agent de changement (AC) de l'ergothérapeute est crucial (Picotin *et al.*, 2021). Par ce rôle, l'ergothérapeute utilise ses compétences et son influence pour stimuler des changements afin de promouvoir les possibilités, le rendement et la participation occupationnels des usagers (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Ainsi, les compétences inhérentes au rôle d'AC demeurent un élément attendu de la pratique ergothérapique dans le nouveau référentiel canadien de compétences (Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie [ACORE] *et al.*, 2021). Ce rôle fait donc partie de l'expertise des ergothérapeutes, sans toutefois être complètement endossé par ceux-ci (Picotin *et al.*, 2021). En fait, la capacité des ergothérapeutes à endosser leur rôle d'AC et leur engagement dans ce rôle sont susceptibles d'être modulés par des facteurs internes et externes (Carrier *et al.*, 2021). Les facteurs internes sont propres à l'individu agissant comme AC, tandis que les facteurs externes réfèrent aux éléments environnementaux (Picotin *et al.*, 2021).

Des recherches se sont intéressées à la nature de ces facteurs et à leur influence sur la capacité d'agir en tant qu'AC en ergothérapie. D'abord, une étude de portée (Blondin-Nadeau *et al.*, 2021) a synthétisé les facteurs internes essentiels à l'AC, à savoir les déterminants personnels, les habiletés relationnelles et les aptitudes à diriger. Quoiqu'utile pour soutenir la pratique réflexive des ergothérapeutes, ce portrait ne comprenait pas les facteurs issus de l'environnement. Ainsi, une étude qualitative à visée descriptive et interprétative (Picotin *et al.*, 2021) a été réalisée auprès de 18 ergothérapeutes québécois avec pour objectif de décrire les facteurs personnels et environnementaux influençant la capacité des ergothérapeutes à agir efficacement en tant qu'AC. Cette étude a rapporté six facteurs externes pouvant affecter la réalisation de projets de changement : le développement de la profession, le macrosystème, le mésosystème, le microsystème, la culture de l'organisation et les ressources disponibles. Bien qu'innovante, cette étude comportait des limites méthodologiques : le petit échantillon, qui peut influencer la transférabilité des résultats, et l'utilisation d'un modèle orienté vers les facteurs internes, au détriment des facteurs externes. Ainsi, ces études ne fournissent pas un portrait exhaustif des facteurs externes potentiellement impliqués.

Pourtant, un tel portrait permettrait de guider les ergothérapeutes dans l'analyse rigoureuse de leur environnement et l'identification des facteurs susceptibles de constituer un levier ou un obstacle. Cette analyse pourrait ensuite soutenir la détermination des actions à mener pour conduire leur projet de changement. Par exemple, une des actions pouvant être entreprises est de communiquer, informer et collaborer (Carrier et Beaudoin, 2020). Or, face à certains obstacles externes (p. ex. : manque d'ouverture d'une partie prenante), l'ergothérapeute AC pourrait adapter sa stratégie de communication (p. ex. : utiliser la persuasion ou l'argumentation). Les programmes de formation et de mentorat pourraient bénéficier de ces connaissances pour mieux préparer les futurs ergothérapeutes dans l'actualisation du rôle d'AC (Choi *et al.*, 2014) et favoriser leur sentiment d'auto-efficacité (Carrier *et al.*, 2021). Enfin, une synthèse des facteurs externes pourrait compléter le portrait des facteurs internes identifiés par

Blondin-Nadeau et collaborateurs (2021) et mener au développement d'un outil pour guider la pratique d'AC des ergothérapeutes. L'objectif était donc de réaliser une synthèse exhaustive et intégrée des facteurs externes pouvant influencer la capacité de l'ergothérapeute à agir en tant qu'AC.

MÉTHODES

Pour synthétiser rigoureusement les connaissances recherchées, une recension rapide de la littérature (Tricco *et al.*, 2017) inspirée des cinq étapes des études de portée d'Arksey et O'Malley (2005) a été effectuée. Le choix de ce processus accéléré s'explique principalement par l'utilisation rapide des résultats dans un projet de transfert de connaissances (délai de six mois) et l'absence de financement. La question de recherche (étape 1) a été formulée ainsi : « Quels sont les facteurs externes qui influencent la capacité de l'ergothérapeute à agir en tant qu'AC » ?

Étape 1. Identification des écrits pertinents

Validée par une bibliothécaire spécialisée en sciences de la santé, la stratégie de recherche impliquait d'explorer quatre banques de données avec une combinaison de mots-clés (Tableau 1), jusqu'au 1^{er} février 2021, en circonscrivant la recherche aux revues révisées par les pairs. La recherche par les *Medical Subjects Headings* a été exclue puisque le mot-clé « agent de changement » n'y était pas inclus. Puisqu'il est régulièrement implicite dans d'autres mots-clés plus précis (p. ex. : politique organisationnelle) et est rarement rapporté dans le titre et les résumés, le mot-clé « facteurs externes » a été exclu. En raison du nombre faramineux d'articles repérés (N = 7979), le mot-clé « *advocacy* » a uniquement été utilisé en association avec les mots « agent » ou « rôle ». De plus, le mot « *leadership* », c'est-à-dire l'utilisation des capacités à diriger, coordonner ou enseigner chez les ergothérapeutes (Craik *et al.*, 2013), a été exclu, car il faisait bifurquer les résultats vers les facteurs internes. Par ailleurs, considérant le peu d'articles scientifiques portant spécifiquement sur le rôle des ergothérapeutes, la recherche a été élargie à d'autres professionnels de la santé.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans les banques de données

Bases de données (N = 4)	Combinaisons de mots-clés	
MEDline, CINAHL, Academic Search Complete, AMED	S1	TI ("occupational therap*" OR physiotherap* OR "physical therap*" OR rehabilitation OR nurs* OR physician* OR doctor OR doctors OR "health professional*" OR "health care professional*" OR "healthcare professional*" OR "general practitioner*") OR AB ("occupational therap*" OR physiotherap* OR "physical therap*" OR rehabilitation OR nurs* OR physician* OR doctor OR doctors OR "health professional*" OR "health care professional*" OR "healthcare professional*" OR "general practitioner*")
	S2	TI ((change N1 agent*) OR (innovation N2 agent*) OR "advocacy role" OR "advocacy agent") OR AB ((change N1 agent*) OR (innovation N2 agent*) OR "advocacy role" OR "advocacy agent")
	Recherche	S1 N6 S2

S1 : Représente les mots ou les combinaisons de mots se référant au terme Professionnel de la santé.

S2 : Représente les mots ou les combinaisons de mots se référant au terme AC.

TI : Signifie que les mots-clés ont été recherchés dans les titres.

AB : Signifie que les mots-clés ont été recherchés dans les résumés des articles.

N6 : Signifie que les mots-clés de S1 et de S2 ne devaient pas être espacés de plus de 6 mots.

Étape 2. Sélection et évaluation des écrits pertinents

Après le retrait des doublons, les titres et les résumés ont été examinés par tous les membres de l'équipe. Les études quantitatives et qualitatives, les recensions des écrits et les opinions d'experts (p. ex. : lettre à l'éditeur) ont été retenues si elles étaient rédigées en langue française ou anglaise, publiées dans une revue scientifique révisée par les pairs, accessibles électroniquement (par souci de rapidité, en raison du délai alloué au projet) et concernaient au moins un facteur externe influençant la capacité d'agir en tant qu'AC des professionnels de la santé. Les recensions d'écrits ont été incluses telles quelles, c'est-à-dire que les études qu'elles incluaient n'ont pas été consultées. Les articles étaient exclus s'ils comportaient un coût d'accès, avaient pour objectif de décrire un protocole de recherche et portaient sur un champ d'expertise très spécifique et non généralisable aux autres domaines de la santé. À titre d'exemple, un article portant sur le rôle d'AC des infirmières pour déterminer le dosage de l'héparine dans les dispositifs vasculaires pédiatriques (Marshall *et al.*, 2011) a été rejeté. Ensuite, les membres de l'équipe ont validé les critères de sélection des écrits, puis trois dyades ont effectué un arrimage décisionnel sur 20 articles, afin de valider l'uniformité de la sélection. Les décisions ont été comparées et discutées entre les membres de chaque dyade et entre chaque dyade, avec un taux d'accord de 95 %. Chaque membre de la dyade a ensuite évalué les articles lui étant attribués et, dans les cas d'incertitude, a comparé sa décision avec sa partenaire. Tout désaccord non résolu dans la dyade a été soumis aux auteurs principales (CV et LMH) et résolu par consensus.

Les revues rapides comportent généralement une évaluation des écrits sélectionnés (Tricco *et al.*, 2017). Pour ce faire, à l'instar de Carrier et Morin (2015), le niveau de preuve des écrits a été évalué à l'aide de deux scores : le type de devis et la qualité des méthodes. Le score lié au type de devis a été déterminé selon les critères de Harbour et Miller (2001). Un chiffre de 1 à 6 était associé à chaque critère selon le niveau de preuve (1 = fort et 6 = faible) (Carrier et Morin, 2015). Le score pour la qualité des méthodes a été évalué à l'aide de deux grilles : une pour les études quantitatives et une pour les études qualitatives et les recensions des écrits. En effet, puisqu'elles impliquaient toutes une synthèse qualitative des résultats des études colligées, les recensions ont été évaluées avec la grille des études qualitatives. Ces grilles ont été développées à partir de celles de Lamarche et collaborateurs (2003) et modifiées, respectivement, en fonction des critères quantitatifs de Law et collaborateurs (1998) et qualitatifs de Letts et collaborateurs (2007). Les études quantitatives étaient évaluées en fonction de : la force du devis-contrôle des biais, la puissance statistique, la population à l'étude et le type d'échantillonnage. Les études qualitatives et les recensions des écrits étaient évaluées selon : la pertinence et la cohérence des choix méthodologiques, la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité. Le score attribué pour la qualité des méthodes allait de 1 à 4 (pour les détails, voir Carrier et Morin, 2015). En additionnant les deux scores (type de devis et qualité des méthodes), puis en faisant le quotient arrondi de cette somme et du nombre de scores ($N = 2$), une cote de niveau de preuve scientifique a été attribuée à chaque écrit.

Étape 3. Extraction des données

Les données contextuelles des articles (année et pays de publication, type de devis et de professionnel) ont d'abord été extraites et colligées dans un fichier Excel. Les données qualitatives (facteurs externes) ont été extraites dans un document Word à l'aide d'une grille inspirée de la classification du contexte du Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Craik *et al.*, 2013). L'extraction des données a été effectuée en cascade par les deux premières auteures ; chaque article a été révisé deux fois afin d'en extraire toutes les données et une validation par la dernière auteure (AC) a été effectuée à la fin du processus.

Étape 4. Analyse des données

Des statistiques descriptives (fréquence et pourcentage) ont permis d'analyser les données contextuelles. Les données relatives aux facteurs externes propres à chaque contexte, sociétal et de pratique, ont d'abord été respectivement regroupées selon les quatre dimensions contextuelles du MCP : sociale, institutionnelle, culturelle et physique (Craik *et al.*, 2013).

Les deux premières auteures (CV et LMH) ont procédé à l'analyse thématique en appliquant la méthode de Braun et Clarke (2014). Afin de se familiariser avec les données, une première lecture complète des articles sélectionnés a été faite. Ensuite, les deux auteures ont relevé les thèmes émergents dans les dimensions contextuelles du MCP (étapes 2 et 3) (Braun et Clarke, 2014). Puis elles ont discuté des thèmes recueillis,

de leurs différences et de leurs similitudes, et, par consensus, élaboré les thèmes significatifs dans chaque dimension du MCPP (étape 4). Par la suite, elles ont rédigé la définition de chaque thème et sous-thème et ont catégorisé en dyade les données recueillies (étape 5). Afin de s'assurer de la concordance entre les définitions et les données extraites des articles, le processus d'analyse des données et le choix des thèmes ont été validés par la dernière auteure (AC).

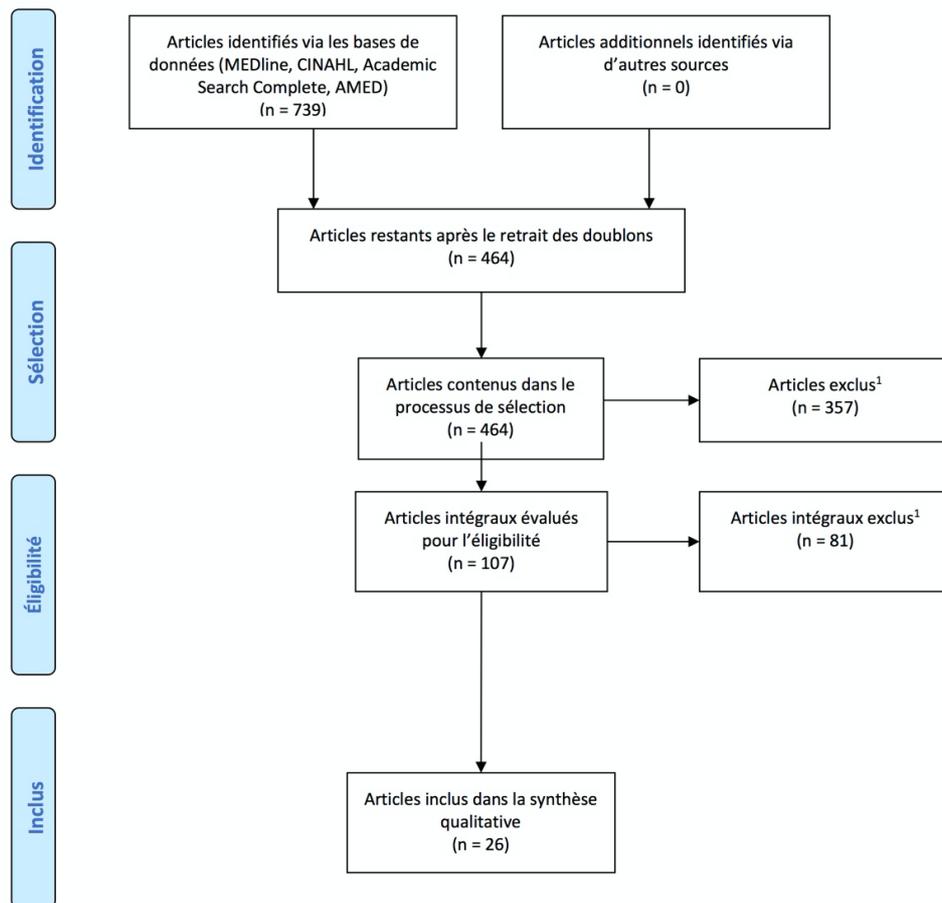
Enfin, toujours en fonction des quatre dimensions du MCPP, les thèmes ont été regroupés dans un graphique synthèse. Pour dresser un portrait juste de l'importance des thèmes soulevés, une analyse de fréquence a été effectuée et seuls les thèmes présents dans un minimum de deux articles ont été retenus. De plus, en concordance avec le MCPP et dans le but d'en faciliter la compréhension et de limiter les redondances, les thèmes ont été regroupés par dimension sur un continuum allant du contexte de pratique au contexte sociétal.

RÉSULTATS

Description des écrits

Tout d'abord, 739 articles ont été repérés, desquels 275 doublons ont été retirés (Figure 1). La lecture des titres et des résumés a permis d'exclure 357 articles. Des 107 articles retenus pour une lecture approfondie, 26 articles répondaient aux critères de sélection. Ces articles étaient majoritairement théoriques (N = 15 ; 57,7 %). Parmi les études empiriques (N = 11 ; 42,3 %), neuf étaient qualitatives (81,8 %), une quantitative (9,1 %) et une mixte (9,1 %).

Figure 1 : Organigramme PRISMA



Dix-sept articles (N = 17 ; 65,4 %) portaient sur le personnel infirmier (Tableau 2), tandis que les ergothérapeutes n'étaient représentés que dans cinq articles (19,2 %). La majorité des articles avaient été publiés aux États-Unis (N = 14 ; 53,9 %), et ce, dans les dix dernières années (N = 17 ; 65,4 %). Une grande proportion des articles (N = 21 ; 80,8 %) abordait autant les facteurs internes qu'externes. Aucune étude ne considérait l'ensemble des facteurs externes pouvant influencer la capacité d'agir comme AC.

Tableau 2 : Années de publication, pays et professions concernées des écrits retenus

Années	N	%	Pays	N	%	Professions concernées	N	%
[1981-1990]	3	11,5	États-Unis	14	53,9	Soins infirmiers	17	65,4
[1991-2000]	1	3,9	Royaume-Uni	4	15,4	Médecine	8	30,8
[2001-2010]	5	19,2	Canada	3	11,5	Ergothérapie	5	19,2
[2011-2020]	17	65,4	Plusieurs pays	3	11,5	Plusieurs professions	5	19,2
			Italie	1	3,9	Physiothérapie	1	3,9
			Nouvelle-Zélande	1	3,9			

L'étendue des scores des niveaux de preuve des 26 articles se situait entre 3 et 5, ce qui représente un niveau de preuve globalement faible (Tableau 3).

Tableau 3 : Écrits scientifiques : niveau de preuve et dimensions abordées

Écrits				Dimension sociale				Dimension institutionnelle			Dimension culturelle	Dimension physique
	Score type de devis	Score qualité	Niveau de preuve	Regroupements professionnels	Position hiérarchique et dans la sphère politique	Relations avec les acteurs du milieu	Formation universitaire	Caractéristiques du système de santé	Culture organisationnelle	Modèles conceptuels	Outils et ressources	
Andrews et Crisp (2017)	6	3,75	5				X		X			
Brooks (2020)	6	4	5		X	X						
Coleman (2015)	6	3,75	5							X	X	
Elser <i>et al.</i> (1996)	6	4	5		X	X		X			X	
Eskin (1980)	5	4	5		X	X	X		X	X		
Gerlach et Smith (2015)	6	4	5			X						
Guptill et Perry (2015)	6	4	5				X					
Hobbie (2004)	6	4	5			X	X					
Jeffreys (2005)	6	4	5			X	X	X				
Keller (1987)	6	4	5				X					
Reed (2016)	6	4	5		X	X	X	X			X	
Scott et Scott (2020)	6	4	5		X	X	X	X				
Thomas <i>et al.</i> (2016)	6	4	5					X	X			
Towle (2000)	5	4	5			X						
Choi <i>et al.</i> (2014)	5	2	4	X		X		X				

- Les écrits sont présentés en ordre croissant de preuve, soit du plus bas (5) au plus haut (3) et, lors d'égalité, par ordre alphabétique.
- Le score « type de devis » est établi en fonction du type d'étude, allant du score le plus faible (6) pour une recension des écrits sans méthodologie reconnue/opinion d'expert au score le plus élevé (4) pour des devis observationnels.
- Le score « qualité » est le quotient du score total qualité et du nombre de catégories évaluées (N = 4 pour les deux grilles).
- Le niveau de preuve est le quotient arrondi de la somme des scores « type de devis » et « qualité » et du nombre de scores (N = 2).

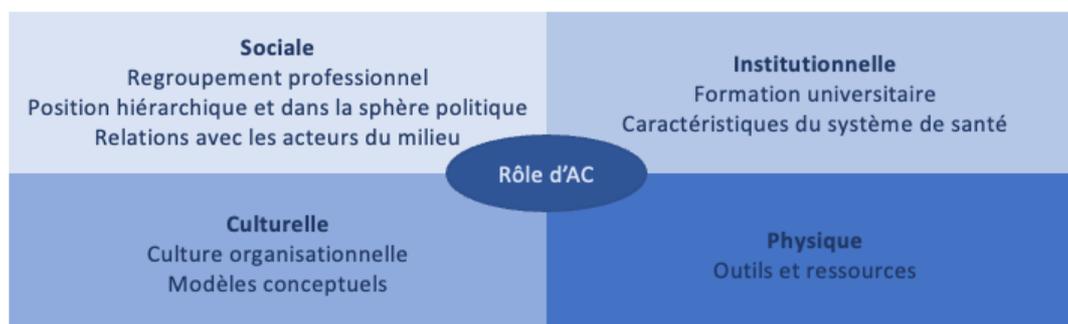
Tableau 3 : Écrits scientifiques : niveau de preuve et dimensions abordées (suite)

Écrits				Dimension sociale				Dimension institutionnelle			Dimension culturelle			Dimension physique
	Score type de devis	Score qualité	Niveau de preuve	Regroupements professionnels	Position hiérarchique et dans la sphère politique	Relations avec les acteurs du milieu	Formation universitaire	Caractéristiques du système de santé	Culture organisationnelle	Modèles conceptuels	Outils et ressources			
Klinger et Bossers (2009)	5	2	4		X	X	X							
Logrippo <i>et al.</i> (2018)	5	3	4			X								X
Menkin <i>et al.</i> (2020)	4	44	4			X		X						
Noone (1987)	5	3,5	4		X	X				X				
Reimers et Miller (2014)	5	3,25	4			X		X						X
Wall (2014)	5	2,75	4	X		X		X	X					
Akin et Kurşun (2020)	5	1	3		X	X	X	X	X	X				
Brian <i>et al.</i> (2015)	5	1	3			X		X		X				
Naccarella <i>et al.</i> (2016)	5	1,5	3			X	X	X		X				X
Nowill (2011)	5	1	3			X	X		X					
Tingle (2002)	5	1,75	3		X	X		X	X					X

- Les écrits sont présentés en ordre croissant de preuve, soit du plus bas (5) au plus haut (3) et, lors d'égalité, par ordre alphabétique.
- Le score « type de devis » est établi en fonction du type d'étude, allant du score le plus faible (6) pour une recension des écrits sans méthodologie reconnue/opinion d'expert au score le plus élevé (4) pour des devis observationnels.
- Le score « qualité » est le quotient du score total qualité et du nombre de catégories évaluées (N = 4 pour les deux grilles).
- Le niveau de preuve est le quotient arrondi de la somme des scores « type de devis » et « qualité » et du nombre de scores (N = 2).

Les facteurs externes propres à chaque dimension du MCPP (Figure 2) sont décrits plus bas.

Figure 2 : Facteurs externes selon les dimensions



Dimension sociale

Trois grands thèmes sociaux ont émergé : les regroupements professionnels, la position hiérarchique et la relation avec les acteurs du milieu. Les regroupements professionnels ont la possibilité d'influencer positivement la capacité d'agir de l'AC, notamment en incorporant explicitement ce rôle dans leur code d'éthique (Choi *et al.*, 2014). Toutefois, leur tendance à faire preuve de conservatisme réglementaire (p. ex. : un ordre professionnel canadien des infirmières qui ne reconnaît pas certains rôles d'AC comme faisant partie de leur champ d'activité) et la lourdeur de leur processus de réglementation peuvent mener ces regroupements à entrevoir difficilement d'autres possibilités dans la façon d'organiser les services de santé, nuisant ainsi au changement (Wall, 2014).

La position hiérarchique et dans la sphère politique réfère à la position de l'AC déterminée par son statut et son pouvoir dans le milieu. Elle réfère également à la reconnaissance et au pouvoir dont sa profession dispose au sein du secteur de la santé et des services sociaux. Cette position influencerait directement la capacité d'agir de l'AC (Reed, 2016 ; Tingle, 2002). En effet, pour mener des changements, les AC novices seraient désavantagés par leur position inférieure, tandis que leurs collègues plus expérimentés seraient favorisés (Tingle, 2002). Par ailleurs, une profession positionnée à un niveau politique supérieur, comme la médecine ou la physiothérapie, générerait plus de latitude d'action pour les AC de ladite profession (Reed, 2016).

Enfin, les relations avec les acteurs du milieu et leur nature ont aussi un effet sur la capacité d'agir de l'AC. En effet, une partie importante de la réussite des projets de changement repose sur la mise en place d'alliances formelles dans les milieux (Elser *et al.*, 1996 ; Gerlach et Smith, 2015 ; Jeffreys, 2005 ; Reimers et Miller, 2014). Ces alliances peuvent mener à des collaborations intra-milieu (Hobbie, 2004 ; Menkin *et al.*, 2020 ; Scott et Scott, 2020) et inter-milieux (Jeffreys, 2005 ; Klinger et Bossers, 2009 ; Menkin *et al.*, 2020 ; Naccarella *et al.*, 2016 ; Noone, 1987 ; Reed, 2016 ; Reimers et Miller, 2014) et nécessitent l'inclusion du personnel, tous rôles confondus (Noone, 1987). Une

communication efficace entre les professionnels de la santé, ou entre un professionnel et un usager, est également identifiée comme favorisant la réussite d'un projet (Brooks, 2020 ; Menkin *et al.*, 2020). Tant dans la planification que dans l'évaluation, intégrer la voix des acteurs concernés pour s'assurer que le changement est porteur de sens pour eux est crucial (Menkin *et al.*, 2020).

En contraste, le manque de soutien et d'engagement de la part de l'équipe interdisciplinaire (Brian *et al.*, 2015) ainsi que la résistance des parties prenantes au projet peuvent nuire à son développement (Noone, 1987). Par exemple, en milieu hospitalier, plusieurs professionnels de la santé perçoivent les médecins comme un facteur limitant (Akin et Kurşun, 2020 ; Towle, 2000). Le manque d'appui des gestionnaires et l'absence d'un environnement permissif peuvent aussi constituer des obstacles à la capacité d'agir de l'AC (Naccarella *et al.*, 2016 ; Reimers et Miller, 2014). À l'inverse, certains professionnels n'ayant pas à se soumettre à une autorité hiérarchique (p. ex. : médecins de famille) jouissent d'une liberté d'action favorable au rôle d'AC (Eskin, 1980). Lors d'un processus politique, les conflits d'intérêts entre les parties prenantes induisent une résistance et ralentissent aussi le changement (Klingers et Bossers, 2009). S'ils obtiennent le soutien des principaux acteurs, les professionnels peuvent stimuler un changement systémique (Menkin *et al.*, 2020).

Le mentorat, sous différentes formes, facilite le développement des AC. Celui-ci peut se déployer informellement, par exemple lorsqu'on reçoit des conseils et une rétroaction d'AC plus expérimentés ou qu'on peut les observer en action (Choi *et al.*, 2014 ; Nowill, 2011). L'observation est d'ailleurs considérée comme la façon la plus efficace de développer les compétences de leadership (Nowill, 2011). Le mentorat de type formel comprend les mises en situation d'apprentissage ou la mise en relation d'apprenants et de « modèles » par des structures organisationnelles (Brian *et al.*, 2015 ; Brooks, 2020 ; Logrippio *et al.*, 2018 ; Nowill, 2011 ; Thomas *et al.* 2016).

Dimension institutionnelle

Deux facteurs institutionnels ont été identifiés : la formation universitaire des professionnels et les caractéristiques du système de santé dans lequel ils évoluent. Les professionnels jugent que leur formation universitaire les prépare mal aux défis liés au rôle d'AC (Klinger et Bossers, 2009). Parmi les lacunes identifiées se trouve la capacité à influencer les autres et à prendre des décisions (Noone, 1987). En contrepartie, une formation intégrant l'expérience réelle sur le terrain (Klinger et Bossers, 2009) et l'apprentissage transformateur, par son approche critique et réfléchie (Naccarella *et al.*, 2016), stimulerait l'acquisition de compétences-clés nécessaires au rôle d'AC. Une telle formation sensibiliserait aussi les étudiants aux déterminants sociaux de la santé et leur permettrait d'agir sur ceux-ci, tout en favorisant le développement d'attitudes positives à l'égard de la justice sociale (Akin et Kurşun, 2020). De plus, le développement de compétences non techniques, telles que l'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel, pourrait s'avérer crucial pour les professionnels dans leur rôle d'AC (Nowill, 2011 ; Thomas *et al.*, 2016). Pour ce faire, un système éducatif réactif aux contextes

systémiques changeants et encourageant la pratique réflexive, la pensée créative, le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle est essentiel (Towle, 2000).

Le deuxième facteur institutionnel, soit les caractéristiques du système de santé, se décline en trois aspects : le manque de reconnaissance formelle du rôle d'AC, les politiques institutionnelles des établissements et les ressources limitées. D'abord, comme dans le cas des regroupements professionnels, une reconnaissance claire et précise du rôle d'AC au niveau des établissements de santé, notamment dans leurs codes d'éthique, en faciliterait l'émergence (Wall, 2014). Ensuite, les politiques institutionnelles modulent les inspirations innovatrices des AC et la réalisation du changement (Tingle, 2002). En effet, des politiques qui favorisent l'autonomie, l'accessibilité organisationnelle et le partage du pouvoir créent un environnement propice au progrès organisationnel et à l'*empowerment* des professionnels et, ainsi, peuvent servir de tremplin aux actions d'AC (Brian *et al.*, 2015 ; Naccarella *et al.*, 2016). Cependant, lorsqu'elles limitent leur flexibilité et leur autodétermination (Naccarella *et al.*, 2016), les règles institutionnelles peuvent être perçues comme des barrières par les AC (Scott et Scott, 2020). De plus, la mise en œuvre d'innovations peut se complexifier lorsque les procédures décisionnelles sont bureaucratiques, c'est-à-dire impliquent plusieurs niveaux organisationnels de prise de décision (Thomas *et al.*, 2016).

Les ressources octroyées par le milieu de travail pour des projets novateurs, tant en ce qui concerne le financement et le temps que les ressources humaines, sont au cœur de la capacité d'action des AC. Un financement et une main-d'œuvre suffisants (Menkin *et al.*, 2020) soutiennent la capacité d'agir des AC (Scott et Scott, 2020). Un financement insuffisant entrave l'innovation et les projets (Naccarella *et al.*, 2016). Souvent perçu comme « non productif », le temps de réflexion encourage pourtant la créativité et l'innovation et favorise la résolution de problèmes (Thomas *et al.*, 2016), qualités cruciales de l'AC. De surcroît, si le temps disponible est restreint ou que le nombre d'usagers attribué au professionnel est élevé, l'évaluation des déterminants sociaux de santé peut être affectée, influençant ainsi leur rôle d'AC (Akin et Kurşun, 2020). Ainsi, Nowill (2011) recommande des procédures pour garantir aux professionnels la possibilité et le temps leur permettant de participer aux projets de développement, sans sacrifier leurs responsabilités quotidiennes.

Toujours en matière de ressources, le roulement de personnel et les horaires irréguliers impliquent l'arrivée de nouveaux partenaires, ce qui amène souvent les AC à revenir à des étapes antérieures du projet (Elser *et al.*, 1996 ; Reimers et Miller, 2014). Un environnement où la gestion inefficace mène à une surutilisation des employés ou à un manque de personnel peut contribuer à l'apathie des professionnels (Scott et Scott, 2020), en dissonance avec le rôle d'AC dans lequel l'engagement et la prise de position sont requis. Puisqu'il ne fait pas face aux mêmes contraintes de gestion et, de ce fait, gagne une certaine flexibilité, un travailleur autonome ou à forfait dans un milieu peut être mieux positionné pour mettre un changement en œuvre (Wall, 2014).

Dimension culturelle

Deux facteurs culturels ont été identifiés : la culture organisationnelle et les modèles conceptuels. La culture organisationnelle comprend les valeurs de l'organisation et leurs manifestations concrètes pouvant favoriser et promouvoir le rôle d'AC (Akin et Kurşun, 2020). En effet, un milieu accordant une valeur importante aux changements ou à l'innovation risque d'être plus enclin à soutenir les AC dans leur cheminement (Eskin, 1980). Un tel milieu pourrait mettre sur pied des programmes de développement du leadership de ses employés et, ainsi, les outiller pour agir en AC (Nowill, 2011). D'autre part, plus un environnement tolère un haut niveau d'acceptation des risques (inconnu, imprévu), plus il sera facile pour l'AC d'agir (Akin et Kurşun, 2020 ; Thomas *et al.*, 2016). La culture organisationnelle influence aussi plus largement l'accueil réservé au changement par le fait qu'on y trouve ou non une posture d'ouverture prédisposant à l'innovation (Thomas *et al.*, 2016). Une culture qui valorise le bien-être des usagers et leur inclusion favorise également chez le professionnel l'adoption d'un rôle de leader et d'actions d'AC (Andrews et Crisp, 2017). À l'inverse, un milieu enraciné dans une mentalité de prestations de services (Tingle, 2002) perpétue une perspective traditionnelle des rôles professionnels, c'est-à-dire biomédicale et hospitalocentriste (Wall, 2014) et, ce faisant, nuit au rôle d'AC.

Les modèles conceptuels, issus des fondements théoriques, influencent la capacité d'agir de l'AC en structurant sa pensée et ses actions et en guidant les interventions. Plusieurs modèles (p. ex. : *PRECEDE-PROCEED*, Modèle de Kohnke) et théories (p. ex. : *Theory of Planned Change*, Théorie du changement) existent pour soutenir ce rôle et favorisent l'implantation de changements organisationnels (Akin et Kurşun, 2020 ; Brian *et al.*, 2015 ; Coleman, 2015 ; Noone, 1987).

Dimension physique

Avoir à sa disposition des outils et des ressources conçus pour appuyer le rôle d'AC constitue un facilitateur (Logrippo *et al.*, 2018). Par exemple, une plateforme organisationnelle de collaboration facilite l'implantation d'une approche de santé populationnelle et contribue à la capacité d'agir de l'AC (Naccarella *et al.*, 2016). On constate aussi que l'accès à des outils organisationnels permet le développement de plans d'action ciblés et favorise à court terme la réussite d'un changement (Coleman, 2015). À l'inverse, l'accès limité aux technologies de l'information peut être une barrière à l'implantation d'un changement (Brian *et al.*, 2015). De plus, comme leur utilisation est nécessaire pour soutenir un changement, l'accès aux données probantes influence la capacité d'agir de l'AC (Elser *et al.*, 1996 ; Reed, 2016). En effet, plus les milieux de pratique sont enclins à fournir les ressources pour soutenir une pratique fondée sur les données probantes (Naccarella *et al.*, 2016), plus ils facilitent l'adhésion aux changements qui s'appuient sur elles (Reimers et Miller, 2014).

DISCUSSION

La présente étude visait à synthétiser les facteurs externes influençant la capacité d'agir en tant qu'AC. Les 26 articles sélectionnés étaient majoritairement théoriques et de faible qualité. Trois facteurs sociaux, deux facteurs institutionnels, deux facteurs culturels et un facteur physique ont été identifiés. Ces résultats seront discutés sous trois angles : les caractéristiques des écrits recensés, les facteurs externes au regard des études empiriques récentes en ergothérapie et le rôle de la formation et du mentorat.

Écrits recensés

Surtout publiés depuis 2011, les écrits recensés montrent que les dernières années ont été particulièrement fertiles en études portant sur les actions de changement. Cette effervescence n'est pas étonnante. En effet, l'évolution constante des systèmes de santé occidentaux, notamment en matière de pratiques émergentes (Domènech, 2016), et les modifications structurelles nécessaires face à la croissance des demandes (Bergman *et al.*, 2015) appellent à la mobilisation du rôle d'AC des professionnels dans leur quotidien. Par ailleurs, la prépondérance des écrits anglo-saxons peut s'expliquer par les banques de données utilisées. À titre d'exemple, Academic Search Complete est constituée à 56 % de revues en provenance des États-Unis, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni (Academic Search Complete, s.d.).

Dans les écrits recensés, les sciences infirmières sont surreprésentées, ce qui s'accorde avec le fait qu'une majorité des professionnels occupant des postes dans les systèmes de santé (59 %) sont issus des soins infirmiers (Organisation mondiale de la santé, 2020). Ce résultat peut aussi être lié aux responsabilités accrues des infirmières dans ces systèmes depuis les années 1990 (McPhail, 1997). Les positions variées qu'elles occupent, par exemple de gestionnaires, de superviseuses ou de consultantes en soins infirmiers, font que les infirmières mobilisent plus fréquemment leurs compétences d'AC (Gouvernement du Québec, s. d.).

Enfin, les écrits recensés demeurent peu nombreux, présentent un faible niveau de preuve, sont généralement théoriques ou, lorsqu'empiriques, utilisent des devis qualitatifs. Ainsi, la recherche s'intéressant au rôle d'AC des professionnels apparaît comme encore émergente et, à ce jour, les connaissances demeurent peu développées quant à l'influence des facteurs externes sur ce rôle. Toutefois, avec la croissance récente des pratiques émergentes où plusieurs professionnels, dont les ergothérapeutes, exercent à l'extérieur du cadre clinique traditionnel (ACORE, 2011), l'intérêt pour le rôle d'AC augmente tant en pratique qu'en recherche.

Facteurs externes

Comme nous l'avons mentionné précédemment, peu d'études en ergothérapie se sont intéressées exclusivement ou exhaustivement aux facteurs externes influençant l'actualisation du rôle d'AC. Néanmoins, les présents résultats rejoignent plusieurs des

constats de l'étude descriptive interprétative de Picotin et collaborateurs (2021) réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois. Cette étude rapporte 11 facteurs externes facilitant ou entravant les actions d'AC des ergothérapeutes. Or 8 de ces 11 facteurs correspondent en tout ou en partie à 7 de nos facteurs (Tableau 4).

Tableau 4 : Correspondance entre les facteurs externes de la présente étude et ceux de Picotin et collaborateurs (2021)

Dimensions	Facteurs de la présente étude	Facteurs de Picotin et collaborateurs (2021)
Dimension sociale	Position hiérarchique et dans la sphère politique	Macrosystème avantageux
	Regroupements professionnels	
	Relations avec les acteurs du milieu	Résistance au changement Microsystème collaboratif Expertise accessible
Dimension institutionnelle	Caractéristiques du système de santé	Mésosystème accommodant Disponibilité des ressources
	Formation universitaire des professionnels de santé	Émergence du rôle d'AC
Dimension culturelle	Culture organisationnelle	Mésosystème accommodant Culture organisationnelle facilitante
	Modèles conceptuels	
Dimension physique	Outils et ressources	Expertise accessible
		Disponibilité des ressources

Picotin et collaborateurs (2021) ont rapporté deux facteurs externes qui n'ont pas été identifiés dans la présente étude de portée : la proactivité du groupe d'utilisateurs et les moyens de communication diversifiés. Puisque leur étude portait spécifiquement sur les ergothérapeutes et que ceux-ci adhèrent fortement à l'approche centrée sur l'utilisateur (ACE, 2012), il est possible que la participation de l'utilisateur soit un facilitateur prédominant chez les ergothérapeutes. Quant au facteur des moyens de communication, l'étude étant très récente, celui-ci peut être le reflet de leur rôle prépondérant dans le quotidien d'une majorité (p. ex. : médias sociaux ; Jensen *et al.*, 2019). Picotin et collaborateurs (2021) ont aussi rapporté le manque de connaissance sur l'ergothérapie comme étant un obstacle, ce qui peut être typique de cette profession qui peine parfois à se définir clairement.

Par ailleurs, un résultat des deux études est carrément divergent. En effet, la formation universitaire des professionnels de la santé est ici rapportée comme pouvant être un obstacle au rôle d'AC alors que Picotin et collaborateurs (2021) rapportent que la formation initiale et continue des ergothérapeutes est propulsée par l'émergence du rôle et constitue un facilitateur. Cette divergence peut refléter un intérêt de plus en plus marqué pour le rôle d'AC au Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2021). La présente étude met donc en évidence les lacunes qui pourraient persister dans la formation des professionnels, dont celle des ergothérapeutes, et offre des pistes de solution afin de s'assurer que ceux-ci soient mieux outillés pour agir en tant qu'AC.

Formation et mentorat

Parmi tous les facteurs externes, le plus fréquemment rapporté dans les écrits recensés est la formation universitaire insuffisante. Ces lacunes dans la formation pourraient faire que les professionnels se sentent moins en confiance et moins habilités à occuper leur rôle d'AC (Xuan Shi *et al.*, 2017). Ainsi, un AC novice, généralement dans une position hiérarchique inférieure (dimension sociale), a aussi un raisonnement professionnel moins optimal qu'un AC expert. Ceci couplé avec des lacunes dans la formation, il est possible que son sentiment d'auto-efficacité soit plus faible que celui d'un AC expert, contribuant à freiner davantage ses actions de changement. En y accordant plus d'importance et de temps dans le cursus universitaire, le rôle d'AC pourrait être mis en pratique dans les milieux cliniques et communautaires, plutôt qu'abordé uniquement de façon théorique, ce qui en favoriserait l'actualisation par les jeunes professionnels pendant leur formation (Akin et Kurşun, 2020). Ainsi, exposer les étudiants à des situations d'apprentissage où ils devront agir comme AC leur permettra de développer des compétences associées au rôle. Un tel apport dans le cursus doit cependant s'accompagner d'un changement de culture et d'approche pédagogique. En effet, le système d'éducation actuel favorise principalement la discrétion et l'obéissance aux consignes, ce qui peut être contraire au rôle d'AC. Ce rôle nécessite une capacité de réflexion critique, de remise en question des façons traditionnelles de faire et d'innovation. Le recours aux disciplines sociales (Akin et Kurşun, 2020) et la tenue d'activités pédagogiques reposant sur l'apprentissage transformationnel (Mezirow, 2000, 2003) sont d'autres éléments essentiels. Par exemple, avant la fin de la formation universitaire, des activités de collaboration à l'intérieur d'un projet de changement pourraient agir comme précurseurs au développement de relations bénéfiques avec les acteurs concernés dans le futur contexte de pratique. Finalement, le mentorat formel et informel permettrait de mieux accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de changements, dès le début de leur pratique (Brian *et al.*, 2015), et de favoriser son développement.

Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude offrant une synthèse des facteurs externes influençant le rôle d'AC. En raison du faible niveau de preuve des écrits recensés, une prudence est néanmoins de mise dans l'interprétation des résultats. Il est possible que certains facteurs identifiés détiennent une importance moindre par rapport à d'autres. À cet égard, une analyse de saillance aurait pu être utile. En restreignant la recherche aux sources accessibles électroniquement, la recension d'articles a pu s'en trouver limitée. De même, cibler des bases de données établies dans les pays anglo-saxons et dans le domaine de la santé a pu influencer la provenance des écrits. De plus, des concepts associés au rôle d'AC, tels que les repréailles et l'obligation de loyauté retrouvée dans le *Code civil du Québec* (Lampron, 2021), ont pu être omis.

Pistes de recherche futures et recommandations pour la pratique

L'élaboration d'un modèle de pratique axé sur ce rôle, intégrant les facteurs internes et externes, pourrait faciliter la compréhension et l'actualisation du rôle d'AC. Des recherches plus approfondies pourraient aussi être menées en lien avec des facteurs externes encore peu connus, tels que les représailles ou l'obligation de loyauté. Enfin, les programmes de formation pourraient être davantage axés sur des composantes essentielles au rôle d'AC et du mentorat dans le milieu professionnel les intégrant pourrait être développé.

CONCLUSION

Afin de soutenir les ergothérapeutes dans leur action en tant qu'AC, la présente étude fait une synthèse des facteurs externes impliqués dans l'actualisation de ce rôle. D'abord, la formation est un facteur externe important. Ainsi, la place de ce rôle dans le cursus universitaire devrait être accrue et l'offre de formation dans les milieux de pratique devrait être bonifiée, entre autres, par des activités de mentorat. Ensuite, les relations que l'AC entretient avec les acteurs du milieu sont cruciales dans l'actualisation de son rôle. Il importe donc de les cultiver. Enfin, avant de se lancer dans un projet de changement, l'AC a intérêt à analyser et à agir selon les facteurs externes impliqués. Comme une situation doit être analysée dans son ensemble, les facteurs internes doivent également être considérés. Ayant eux aussi fait l'objet d'une étude de portée, il serait pertinent d'enrichir la conceptualisation du rôle d'AC en intégrant l'ensemble des facteurs. Ainsi, la création d'un modèle tangible permettrait d'optimiser la pratique d'AC des ergothérapeutes novices et expérimentés, menant vers un bien-être, une santé et une justice occupationnelle accrues pour la population.

REMERCIEMENTS

Les autrices tiennent à remercier Josée Toulouse, bibliothécaire à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke pour son aide dans la validation de la stratégie de recherche.

FINANCEMENTS

Annie Carrier est chercheuse boursière Junior 1 du Fonds de recherche du Québec – Santé (#296437).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Academic Search Complete. (s. d.). *Full-text data base: Academic Search Complete*.
<https://www.ebsco.com/fr-fr/products/research-databases/academic-search-complete>
- Akin, B., et Kurşun, S. (2020). Perception and opinion of nursing faculties regarding advocacy role: A qualitative research. *Nursing Forum*, 55(4), 637-644. <https://doi.org/10.1111/nuf.12480>
- Andrews, R. J., et Crisp, N. (2017). The healthcare landscape: Are doctors agents of change or impediments to change? *World Neurosurgery*, 105, 997-1000.
<https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.06.099>

- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012*. <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE). (2011). *Les compétences essentielles à la pratique pour les ergothérapeutes au Canada*. Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. https://www.coto.org/docs/default-source/standards/essen_comp_fr_2011.pdf?sfvrsn=2
- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE), Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE) et Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada*. <https://www.caot.ca/document/7678/Competencies%20for%20Occupational%20Therapists%20in%20Canada%202021%20-%20Final%20FR%20HiRes.pdf>
- Bergman, B., Hellström, A., Lifvergren, S., et Gustavsson, S. M. (2015). An emerging science of improvement in health care. *Quality Engineering*, 27(1), 17-34. <https://doi.org/10.1080/08982112.2015.968042>
- Blondin-Nadeau, P., Audet, J., Chenard, É., Joly, A. A., Pétrin, L., Ruest, J., et Carrier, A. (2021). Synthèse des facteurs internes essentiels aux ergothérapeutes pour agir en tant qu'agent de changement. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 7(1), 33-53. <https://doi.org/10.13096/rfre.v7n1.180>
- Braun, V., et Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 261-52. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Brian, H., Cook, S., Taylor, D., Freeman, L., Mundy, T., et Killaspy, H. (2015). Occupational therapists as change agents in multidisciplinary teams. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 547-555. <https://doi.org/10.1177/0308022615586785>
- Brooks, E. (2020). From shadow to change agent: Revitalization of the clinical nurse specialist role. *Nursing Forum*, 55(2), 297-300. <https://doi.org/10.1111/nuf.12429>
- Carrier, A., et Beaudoin, M. (2020). Conceptualizing occupational therapists' change agent role to support entry-level pedagogical activities: Results from a scoping study. *Journal of Occupational Therapy Education*, 4(3), 1. <https://encompass.eku.edu/jote/vol4/iss3/3/>
- Carrier, A., Ethier, A., Beaudoin, M., Hudon, A., Bedard, D., Jasmin, E., et Verville, F. (2021). Acting as change agents: Insight into Québec occupational therapists' current practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 173-181. <https://doi.org/10.1177/0008417421994367>
- Choi, S. P. P., Cheung, K., et Pang, S. M. C. (2014). A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1584-1593. <https://doi.org/10.1111/jan.12316>
- Coleman, D. N. P. (2015). Stimulating a culture of improvement: Introducing an integrated quality tool for organizational self-assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 261. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.261-264>
- Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (p. 229-246). CAOT Publications ACE.
- Domènech, M. (2016). *New technologies and emerging spaces of care*. Routledge.
- Elser, A., McClanahan, M., et Green, T. J. (1996). Advanced practice nurses: Change agents for clinical practice. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 10(1), 72-78. <https://doi.org/10.1097/00005237-199606000-00010>
- Eskin, F. (1980). The community physician as change agent. *Public Health*, 94(1), 44-51. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(80\)80103-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(80)80103-X)

- Gerlach, A. J., et Smith M. G. (2015). "Walking side by side": Being an occupational therapy change agent in partnership with Indigenous clients and communities. *Occupational Therapy Now*, 17(5), 7-9.
- Gouvernement du Québec. (s. d.). *Infirmiers/infirmières*. <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/3012-infirmiers-infirmieres>
- Green, C. A. (2019). Workplace incivility: Nurse leaders as change agents. *Nursing Management*, 50(1), 51-53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000550455.99449.6b>
- Guptill, C., et Perry, A. (2015). Snapshots of occupational therapists as change agents: Poverty. *Occupational Therapy Now*, 17(5), 16-17.
- Harbour, R., et Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence-based guidelines. *British Medical Journal*, 323(7308), 334-336. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7308.334>
- Hobbie, W. L. (2004). Nurses as agents of change. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(1), 7-8. <https://doi.org/10.1177/1043454203259954>
- Jeffreys, M. R. (2005). Clinical nurse specialists as cultural brokers, change agents, and partners in meeting the needs of culturally diverse populations. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(2), 41-48.
- Jensen, J. L., Bruns, A., Graham, T., Angus, D., Larsson, A. O., Stromer-Galley, J., Zhang, F., Rossini, P., et Hemsley, J. (2019). A decade of social media elections – A cross-national perspective. *AoIR Selected Papers of Internet Research*. <https://doi.org/10.5210/spir.v2019i0.10976>
- Keller, K. L. (1987). The international nurse consultant as change agent. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 3(5), 266-321. [https://doi.org/10.1016/s8755-7223\(87\)80036-4](https://doi.org/10.1016/s8755-7223(87)80036-4)
- Klinger, L., et Bossers, A. (2009). Contributing to operations of community agencies through integrated fieldwork experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 171-179. <https://doi.org/10.1177/000841740907600306>
- Lamarche, P.-A., Chauvette, M., Larouche, D., et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2003). *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Annexes*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Lampron, L. (2021). *L'obligation de loyauté : un obstacle à la capacité des acteur/trices terrains de jouer un rôle « d'AC » ?* (communication, 88^e congrès de l'ACFAS, QC, Canada). ACFAS. <https://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/88/100/109/c>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., et Westmorland, M. (1998). *Guidelines for critical review form: Quantitative studies*. McMaster University.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., et Westmorland, M. (2007). *Guidelines for critical review form: Qualitative studies (version 2.0)*. McMaster University.
- Logrippo, M., Kelly, S., Sardinias, N., et Naft, M. (2018). A partnership to assess clinical nurse leadership skills. *Nursing Management*, 49(4), 40-47. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000531169.77846.48>
- Marshall, C., Boldt-MacDonald, K., McLenon, R., Rennie, E., Faraon, M., Conoff, S., Lesnek, J., Becker, C., et Chu, R. (2011). A multidisciplinary approach to determine heparin dosing in pediatric vascular devices. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1), 53-57. <https://doi.org/10.1177/1043454210377330>
- McPhail, G. (1997). Management of change: An essential skill for nursing in the 1990s. *Journal of Nursing Management*, 5(4), 199-205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1997.00017.x>
- Menkin, D., Tice, D., et Flores, D. (2020). Implementing inclusive strategies to deliver high-quality LGBTQ+ care in health care systems. *Journal of Nursing Management*, 1-6. <https://doi.org/10.1111/jonm.13142>
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress. The Jossey-Bass higher and adult education series*. Jossey-Bass Publishers.
- Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of Transformative Education*, 1(1), 58-63. <https://doi.org/10.1177/1541344603252172>

- Naccarella, L., Butterworth, I., et Moore, T. (2016). Transforming health professionals into population health change agents. *Journal of Public Health Research*, 5(1), 643. <https://doi.org/10.4081/jphr.2016.643>
- Noone, J. (1987). Planned change: Putting theory into practice... Utilizing Lippitt's theory. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 1(1), 25-29.
- Nowill, D. P. (2011). Lessons of experience: Key events and lessons learned of effective chief medical officers at freestanding children's hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 56(1), 63-80. <https://doi.org/10.1097/00115514-201101000-00010>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2021). Un 10^e colloque annuel 100 % en virtuel : l'ergothérapie dans un monde en changement. *Occupation : ergothérapeute – La revue de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*, 2(4), 5-6. <https://www.oeq.org/DATA/ERGOEXPRESS/116~v~automne-2021.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332163>
- Picotin, J., Beaudoin, M., Hélie, S., Martin, A. É., et Carrier, A. (2021). Occupational therapists as social change agents: Exploring factors that influence their actions. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 231-243. <https://doi.org/10.1177/00084174211022891>
- Proulx, S. (2016). *La complémentarité du rôle de l'ergothérapeute en milieu scolaire avec celui de l'ergothérapeute en centre de réadaptation* (mémoire de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Reed, K. (2016). Frances Rutherford Lecture 2015: Possibilities for the future: Doing well together as agents of change. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 4-13.
- Reimers, M., et Miller, C. (2014). Clinical nurse specialist as change agent: Delirium prevention and assessment project. *Clinical Nurse Specialist*, 28(4), 224-230. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000063>
- Scott, S. M., et Scott, P. A. (2020). Nursing, advocacy and public policy. *Nursing Ethics*, 28(5), 723-733. <https://doi.org/10.1177/0969733020961823>
- Thomas, T. W., Seifert, P. C., et Joyner, J. C. (2016). Registered nurses leading innovative changes. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No03Man03>
- Tingle, A. (2002). Mental health nurses: Changing practice? *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 657-663. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00647.x>
- Towle, A. (2000). Shifting the culture of continuing medical education: What needs to happen and why is it so difficult? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 20(4), 208-218. <https://doi.org/10.1002/chp.1340200404>
- Tricco, A. C., Langlois, E., Straus, S. E., et World Health Organization. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide*. World Health Organization.
- Wall, S. (2014). Self-employed nurses as change agents in healthcare: Strategies, consequences, and possibilities. *Journal of Health Organization and Management*, 28(4), 511-531. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0049>
- Xuan Shi, D., Rochette, A., et Thomas, A. (2017). *Descriptive study of the current practice of occupational therapists with a professional master's degree*. Student Research Day, McGill University, Montréal.



VU POUR VOUS

**R-ÉVOLUTION OCCUPATIONNELLE : 18^{ÈME} CONGRÈS INTERNATIONAL
DE LA WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS
(WFOT), AOÛT 2022, PARIS, FRANCE**

Camille Guerin¹, Marion Darve²

¹ *Ergothérapeute, Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Puget Corderie et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH TCCL, 13, Marseille, France*

² *Ergothérapeute, Services d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) Ménilmontant, LADAPT, Paris, France*

Adresse de contact : camille.guerin1999@laposte.net

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.v8n2.239

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



Présentation du congrès

Du 28 au 31 août dernier avait lieu à Paris le 18e congrès de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Au total, c'est plus de 2 500 participants venant d'une centaine de pays différents que la capitale française s'est vue accueillir. Le thème de cette année était : la R-Évolution occupationnelle. Ayant eu la chance d'y participer, nous revenons pour vous sur ces quatre jours, afin de vous partager notre vécu de jeunes ergothérapeutes ainsi que les temps forts qui ont marqués cet événement.

Retour sur les plénières

Le congrès s'est ouvert sur une session plénière présentée par Ana Malfitano, ergothérapeute au Brésil. Son allocution s'est portée sur comment mener la révolution de l'ergothérapie que nous vivons actuellement. Le fil conducteur de son discours prenait appui sur le mouvement anthropophagique, mouvement d'art brésilien des années 1920, qui met en lumière à la fois le besoin de contextualiser la pensée des ergothérapeutes dans une réalité locale et le besoin d'explorer les différences socio-culturelles présentes dans nos sociétés pour créer quelque chose de nouveau dans les interventions en ergothérapie. Elle a ainsi proposé de s'inspirer de l'anthropophagie afin de diriger nos actions en ergothérapie vers la vie sociale. Elle est donc revenue sur les concepts de notre profession qui délimitent notre espace de travail et la finalité de notre action. Pour elle, l'activité humaine, l'occupation, la vie quotidienne et les modes de vie sont, au-delà d'instruments thérapeutiques, notre mission première en tant qu'ergothérapeutes. Pour nous, le « faire » est constitutif de l'être humain. La finalité de notre action vise donc l'engagement occupationnel, l'insertion sociale, l'émancipation, l'autonomie et la participation sociale. Pour atteindre cette finalité, il est nécessaire, selon Malfitano, d'aller au-delà de l'occupation, de laisser place à une dialectique entre l'individu et la société. Sa proposition de révolution viendrait de l'ergothérapie sociale. Ainsi, pour elle « les ergothérapeutes doivent se consacrer à des actions qui permettent, créent et facilitent des formes d'inclusion sociale et de participation à la vie sociale ». Ce mouvement d'ergothérapie sociale va au-delà de la santé et interroge la place et la finalité de notre profession dans le monde actuel. Sa présentation s'est terminée en soulignant que l'élargissement de nos concepts et des actions centrées sur la vie sociale pourraient contribuer à atteindre une plus grande justice sociale dont la société a besoin.

Parmi les acteurs majeurs de ce congrès, il est incontournable de parler de la présentation de Jean-Michel Caire, Eric Sorita et Samuel Pouplin qui ont proposé un historique de l'ergothérapie, de la construction de notre identité professionnelle et du diagnostic en ergothérapie. Ils ont également fait un retour sur les avancées politiques, académiques, et technologiques récentes qui soulèvent de nouvelles questions éthiques. Ils ont conclu que la Révolution occupationnelle devait passer par la recherche et l'avancement de la profession, tout en respectant les principes et les perspectives propres à l'ergothérapie.

Le congrès s'est terminé par une présentation de Priscille Deborah. La française de 48 ans a été amputée de ses deux jambes et de son bras droit suite à un accident. Elle a témoigné de son parcours de sportive, de son épanouissement artistique jusqu'à devenir la première

femme bionique française. Sa grande capacité de résilience a clôturé avec espoir, puissance et empathie ce congrès.

Retour sur les différents types de présentation

Différents types de présentation étaient proposés pour que de nombreux professionnels puissent présenter leurs interventions cliniques et leurs projets de recherche. Dans le hall, des affiches papiers et électroniques étaient à disposition (<http://bit.ly/3h9CFh9>). Les congressistes pouvaient ainsi lire celles publiées par les orateurs écoutés plus tôt et récupérer leurs contacts. Des présentations flash permettaient à différents intervenants de présenter leurs travaux en 3 minutes. Ce format donnait à parole à de multiples interlocuteurs et facilitait les échanges avec l'audience. Le format de présentation le plus répandu était celui des oraux courts de 7 minutes suivi d'une minute de question sur des créneaux de 1h30. Les présentations étaient regroupées par thématique en fonction de la population : nourrissons, enfants, jeunes et famille / vieillissement / migration, déplacements de population et emploi. Il y eut aussi des présentations sur les pratiques classiques : santé mentale / rééducation-réadaptation / technologie, ainsi que sur les pratiques nouvelles et innovantes : développement communautaire / formation à l'ergothérapie transformationnelle / gestion des catastrophes. Et il y a eu des interventions sur les concepts de notre profession : justice occupationnelle / développement professionnel / transfert des connaissances / leadership et management / évaluation de la qualité / théories et modèles d'ergothérapie / expériences des utilisateurs. Finalement, il y a eu diverses sessions de la WFOT, présentant des outils créés par la WFOT, comme l'outil de stratégie d'évaluation de la qualité (QUEST) ou son projet de base de données narrative sur les occupations.

Notre expérience en tant que jeunes professionnelles

Ce congrès nous a donné un aperçu de l'étendue et de la diversité des pratiques des ergothérapeutes. Il nous a également permis de nous rendre compte du rayonnement de notre profession dans tant de pays, de cultures et de langues différentes, mais unis par une même discipline conceptualisée différemment en fonction des cultures et des histoires. Nous avons beaucoup apprécié les rencontres informelles qui ont suivi les présentations orales, personnifiant les noms qui ponctuent habituellement nos lectures. Ces temps d'échange et de partage, nous ont donné le sentiment de faire partie d'une communauté forte et dynamique. La participation à un congrès international a renforcé notre identité professionnelle qui peut parfois être difficile à affirmer dans les petites équipes d'ergothérapeutes.

Durant ce congrès, plusieurs des ergothérapeutes que nous avons rencontrés ont exprimé une vision holistique de la personne en cherchant à la prendre en compte dans sa globalité. Nous avons ainsi pu constater que la profession est aujourd'hui face à un changement de paradigme, passant de la « prise en charge d'un patient » à un « accompagnement vers l'autodétermination d'une personne ». Ce constat nous a amenées à remettre en question le rôle de l'ergothérapie en France, où la vision biomédicale prédomine souvent, contrairement à d'autres pays qui ont plutôt une vision sociale de la pratique.

Cet événement nous a rappelé que l'occupation est au cœur de la vie humaine. Il nous a également permis de confronter notre pratique à ce qu'il se fait ailleurs, de questionner notre identité professionnelle, d'explorer différents concepts qui nous accompagnent dans notre pratique, de comprendre comment les collègues non ergothérapeutes voient l'ergothérapie et de constater comment la société perçoit notre profession. Ces quatre jours ont été riches en réflexion et questionnements. Le seul ombre au tableau que nous pourrions soulever est la densité des informations sur quatre jours, alors que le nombre de présentations était considérable. Le rythme des présentations était soutenu, laissant peu de place à l'intégration des informations. Nous en sommes néanmoins ressorties enrichies grâce aux échanges avec les autres participants et aux sessions plénières.

Au final, ces journées nous ont donné envie de nous investir dans des projets de recherche et de trouver des partenaires pour partager autour de notre pratique. Nous gardons un excellent souvenir de ce congrès et nous ne pouvons que recommander de participer à ce type d'événement. Nous tenons d'ailleurs à remercier l'équipe organisatrice et toutes les personnes qui ont permis à ce bel événement d'avoir lieu.

Ouverture sur les prochains congrès

Le prochain congrès de la WFOT aura lieu en 2026. La ville hôte sera annoncée dans les mois à venir. En attendant, le premier congrès des ergothérapeutes européens, organisé conjointement par l'association des ergothérapeutes polonais et OT Europe, qui regroupe le réseau européen d'étude supérieur en ergothérapie (ENOTHE), le conseil des ergothérapeutes des pays européens (COTEC) et la recherche en ergothérapie et en science de l'occupation (ROTOS), aura lieu du 15 au 19 octobre 2024 à Cracovie (<https://ot-europe2024.com/>). Au plaisir de peut-être vous y croiser !



LES BENEFICES DE PARTICIPER A DES HACKATHONS EN TANT QU'ERGOTHERAPEUTE : DESCRIPTION DE MON EXPERIENCE AU SEIN DE L'ASSOCIATION HACKAHEALTH

Ariane Travers¹, Thibault Blumé²

¹ Ergothérapeute, master Sciences de la santé orientation ergothérapie, Ergorbe

² Ergothérapeute, master Santé Publique finalité Promotion de la santé, RéCI-Bruxelles

Adresse de contact : ariane.travers@club-internet.fr

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.v8n2.234

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



Ergothérapeute, et alors étudiante au master en sciences de la santé, j'ai eu l'occasion de participer à un hackathon avec l'association HackaHealth à l'automne 2021. Mais tout d'abord : que signifie le terme « hackathon » ? Ce mot-valise permettait initialement de désigner un événement visant à réunir des personnes autour de projets de développement de programmes informatiques en un temps record (Briscoe & Mulligan, 2014). Actuellement, le terme de hackathon a largement dépassé le monde de l'informatique et peut être considéré comme un mouvement qui consiste à rassembler des personnes invitées à s'organiser en équipe autour d'un projet commun dans le but de développer un prototype ou de tester une idée en quelques heures. Il y a alors souvent une équipe gagnante désignée par un jury. L'événement a souvent lieu les week-ends pour permettre aux travailleur·euse·s de s'investir. Il est organisé par des écoles, des sociétés ou des administrations.

La spécificité du hackathon auquel j'ai participé était de rassembler des personnes autour d'une problématique liée au handicap durant un week-end ! Les compétences pouvant alors être recherchées par les organisateur·trice·s étaient liées à la couture, au génie mécanique, à la réalisation d'impressions 3D et à la programmation. D'après le document d'accueil décrivant le déroulement de l'événement et rédigé par des personnes venant de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), être physiothérapeute ou ergothérapeute était considéré comme une compétence.

Après mon inscription, j'ai dû choisir le projet auquel je souhaitais contribuer. J'ai lu avec intérêt les problématiques rencontrées par les participant·e·s et toutes étaient en lien avec des situations de la vie quotidienne :

- Utiliser l'écran tactile d'une machine à laver qui est trop haut ;
- Freiner avec un vélo malgré des malformations aux mains ;
- Lire un livre malgré une hémionégligence du champ visuel droit et une hémiplégié ;
- Être capable de tenir et/ou maintenir des objets avec une main malgré une hémiplégié (*Hackathon Geneva 2021 : Projets, s. d.*).

Ergothérapeute auprès d'enfants et d'adolescent·e·s, mon expérience professionnelle ne semblait pas me disposer à m'occuper de ce genre de situations. Toutefois, j'ai toujours cru en la collaboration et au partage d'idées. Me voilà donc inscrite dans le projet de Caroline dans le but de trouver une solution pour son vélo !

Le jour J, vendredi (19h30) au campus Biotech de Genève

J'ai retrouvé rapidement l'équipe de Caroline qui planchait sur des solutions. Dans la soirée, j'ai découvert un espace de travail... celui que j'ai toujours espéré avoir durant mes études d'ergothérapeute : un FabLab. Ce terme venant de l'anglais signifie « Fabrication Laboratory » ou Laboratoire de fabrication (Wikipédia, 2021). Ce concept imaginé en 2001 aux Massachusetts Institute of Technology (MIT) était lié au mouvement Do It Yourself (DIY) (Wikipédia, 2021). Et en ergothérapie, nous sommes habitué·e·s au DIY ! Entre nos mains : imprimante 3D, gravure sur bois, scies, perceuses, machine à coudre et matériaux divers.

En 2014, Liu expliquait dans le journal canadien *Activités ergothérapeutiques* pourquoi les praticien·ne·s, chercheur·e·s et étudiant·e·s en ergothérapie devaient participer à un hackathon dans le domaine de la santé (Liu, 2014). Je vais reprendre ses 10 raisons en agrémentant certains points de mon expérience :

1. *Le plaisir* : si vous vous rendez seul·e à l'événement, il est très facile de rencontrer de nouvelles personnes sur place. Je ne connaissais personne dans mon équipe, mais j'ai fait rapidement la rencontre d'étudiant·e·s en biomécanique, des doctorant·e·s qui s'intéressaient au contrôle des prothèses de mains pour les personnes amputées, d'un physiothérapeute touche-à-tout, d'ingénieur·e·s, etc. ;
2. *Efficacité* : Liu explique que les hackathons permettent de diminuer le coût, les ressources et le temps pour concrétiser un projet. Selon l'évolution du projet, ce point peut varier. En effet, l'équipe à laquelle je participais a pu créer un prototype en bois et en plastique sans toutefois aborder les aspects de sécurité et de viabilité du dispositif ;
3. *Interprofessionnalisme* : en lien avec les points précédents, cet événement permet de rassembler des professionnel·le·s ayant une expérience variée. Tandis que mon travail se pratique en milieu hospitalier ou libéral, nous sommes très peu confronté·e·s aux ingénieur·e·s qui ne partagent pas les mêmes environnements et valeurs professionnelles ;
4. *Résolution créative de problèmes* : pour Liu, cet aspect est inhérent à la pratique en ergothérapie. De mon point de vue, il est important de pouvoir donner notre expertise à des personnes qui ont des connaissances sur des matériaux, la mécanique, l'ingénierie en général, afin de les aider à trouver des solutions fiables et innovantes en lien avec la situation de handicap ;
5. *Prix et avantages* : si Liu a peut-être travaillé avec des entrepreneur·e·s ou des organismes pour lancer des outils sur le marché, mon expérience ne correspondait pas tout à fait à cela. De fait, un partenariat avec l'EPFL et un module spécifique a été mis en place dans ce but (*Assistive Technology Challenge – Initiatives pédagogiques* ; EPFL, s. d.). Néanmoins, malgré les commanditaires affichés sur le site, j'ignore qui finance cet événement et le montant des aides ;
6. *Abordable* : ici l'inscription ne coûte rien, le logement peut être fait via *couchsurfing* entre les participant·e·s et l'association sert des repas ;
7. *Gratifiant* : pour Liu, le fait de se réunir pour trouver une solution ensemble est satisfaisant, et ce malgré le temps limité. Le fait que certains projets soient amenés à dépasser le stade du prototype grâce au partenariat avec l'EPFL rend le tout pertinent (*Assistive Technology Challenge – Initiatives pédagogiques* ; EPFL, s. d.). En effet, des personnes intervenant à l'EPFL réfléchissaient à la possibilité d'intégrer certaines problématiques dans le projet d'étudiant·e·s afin de continuer la réflexion autour des projets développés dans le cadre de l'hackathon. Par exemple, le projet de Caroline était important, car il nécessitait de créer des freins adaptés à sa malformation des mains. À la fin du week-end, les questions relatives à la sécurité n'étaient pas résolues, mais pourront être approfondies avec les étudiant·e·s et les enseignants ;

8. *Renforcement de l'identité professionnelle* : en participant, nous faisons valoir l'expertise des ergothérapeutes et nous rencontrons d'autres expert·e·s auquel·le·s nous n'avons que rarement accès. Il me semble nécessaire de faire connaître nos compétences aux autres corps de métier qui œuvrent dans le milieu du handicap. Et d'élaborer un cadre de travail commun pour surmonter les différences de vocabulaire et de modèles (Mihailidis et Polgar, 2016) ;
9. *Centré sur le client* : en effet, ici Caroline nous a donné en direct ses impressions et cela nous a permis de proposer quelque chose qui lui convenait. La place centrale qu'elle a eue dans le projet était nécessaire à son aboutissement ;
10. *Axé sur l'action* : parce que vous n'avez que 48h pour créer une solution. Il est très joyeux et impressionnant à la fois de réussir à avancer sur des projets en 48 heures seulement !

Or, en ce hackathon des 16 et 17 octobre 2021, je suis la seule ergothérapeute sur l'ensemble des participant·e·s et deux physiothérapeutes sont présent·e·s à l'événement. Alors je vous invite vivement à participer à des projets, même s'ils peuvent vous sembler très éloignés de votre pratique professionnelle. D'autant plus que celui-ci ne s'est pas terminé avec une remise de prix, il n'y avait pas de concurrence entre les équipes, mais plutôt de l'entraide selon les besoins des participant·e·s. À la fin, chaque équipe a donc pu présenter dans un cours PowerPoint son projet et les éléments à développer par la suite. Pour une fois ; vous ne serez pas seul·e à devoir expliquer votre profession !

Conclusion

En me questionnant sur les retombées de cette journée pour les personnes concernées par cet événement, je me suis tournée vers Thibault Blumé, ergothérapeute Msc travaillant à l'association sans but lucratif RéCI-Bruxelles (Réseau de Coordination et d'Intervention pour l'intégration des personnes présentant un handicap moteur) et formé à l'utilisation de l'impression 3D dans le monde du handicap et à la coordination de rehablab. Inspiré des FabLab, le rehab-lab est destiné à la fabrication d'aides techniques. Nous nous sommes questionné·e·s sur les enjeux de conception et de création d'aides techniques sur mesure ainsi que sur la collaboration avec des partenaires que nous rencontrons très peu sur le terrain (ingénieur·e·s, expert·e·s techniques, etc.). La question de la responsabilité et de la sécurité nous a semblé être un point d'attention central dans la création d'aides techniques. Il nous semble pertinent de définir, en amont et entre autres, des limites à notre pratique vis-à-vis de ces critères. Définir des limites (sécuritaires, légales, éthiques, etc.) nous permettra d'explorer sereinement les opportunités qu'offrent ces nouveaux modes de création pour les ergothérapeutes, mais surtout pour les usager·ère·s.

Finalement, qu'existe-t-il pour les ergothérapeutes afin de réaliser des aides-techniques sur mesure, en faisant appel aux techniques les plus appropriées aux différentes problématiques rencontrées dans notre quotidien (à plus ou moins grande échelle) ? À un premier niveau : notre créativité et le matériel que nous avons à disposition. Notre pratique nécessite de construire nos propres outils en papier, en carton ou même en bois. Les techniques les plus accessibles sont souvent adaptées à beaucoup de

situations. Une démocratisation des aides techniques dans le commerce facilite également les conseils et leur accessibilité pour nos bénéficiaires.

Ensuite, nous pouvons nous inspirer de techniques plus rares utilisées par des collègues, des bénéficiaires et leurs familles. À ce sujet, les ressources créées à l'occasion des concours Fab Life et compilées sur le site <https://www.concoursfablife.org> sont une bonne source d'inspiration. À nous d'aller poser des questions sur les ressources (parfois cachées) de nos usager·ère·s, de leur entourage, que ce soit en termes de réalisation, de conception ou d'identification de leurs besoins. Enfin, nous pouvons faire évoluer nos institutions à la manière des rehab-lab (ou autres structures similaires). Il s'agit de laboratoires de fabrication intégrés à, ou supervisés par, des organisations de santé où interagissent ergothérapeutes, référent·e·s techniques et bénéficiaires dans le but d'améliorer la participation de ces derniers. Sur leurs sites, nous pouvons retrouver une carte des rehab-lab ayant signé une charte commune, ainsi que certaines structures « rehab-lab friendly » en Europe, mais aussi de la documentation et un catalogue de modèles 3D d'aides techniques : <https://rehab-lab.org>. L'existence d'une charte commune et l'accès à des ressources de formation continue pour les rehab-lab de la communauté sont des indicateurs de confiance par rapport aux modèles d'aides techniques présentés par le réseau.

À nous de trouver la solution qui nous convient suivant nos ressources, mais aussi notre cadre d'intervention. Une des idées transversales à ces projets est l'*empowerment* du bénéficiaire dans le processus de résolution de sa situation de handicap. Par l'encouragement à la créativité et au design, nous pouvons proposer aux personnes avec lesquelles nous travaillons d'être davantage acteurs (par opposition aux récepteurs passifs) face à leur situation de handicap. À ce jour, il n'y a qu'un rehab-lab en Suisse et il se trouve à Manno dans le Tessin ; il y en a deux en Belgique, situés à Bruxelles et à Liège, et presque une trentaine en France métropolitaine (rehab-lab, s. d.).

Après vous avoir raconté mon expérience et ma participation à cet hackathon, j'espère vous avoir donné la curiosité et l'envie de participer ces événements, et surtout vous avoir convaincu·e·s de l'importance de le faire en tant qu'ergothérapeutes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Briscoe, G. et Mulligan, C. (2014). *Digital innovation: The hackathon phenomenon*. Consulté 7 janvier 2022, à l'adresse <https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/handle/123456789/7682>
- EPFL. (s. d.). *Assistive Technology Challenge – Initiatives pédagogiques*. Consulté 19 octobre 2021, à l'adresse <https://www.epfl.ch/education/educational-initiatives/fr/discovery-learning-program/projets-interdisciplinaires/assistive-technology-challenge/>
- Hackathon Geneva 2021 : Projets. (s. d.). HackaHealth. Consulté 19 octobre 2021, à l'adresse <https://www.hackahealth.ch/geprojets-fr>
- HackaHealth (s. d.). « Hackathon@Geneva, 15-17 October 2021 ». Consulté 19 octobre 2021, à l'adresse https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeipR4c3LgdGCeycdxQLluNbN8YY4A6_WTYfpgIQBHE_VJxw/viewform?usp=embed_facebook
- HackaHealth. (s. d.). « Hackathons ». Consulté 19 octobre 2021, à l'adresse : <https://www.hackahealth.ch/hackathons-fr>

- Hackathon-gva-projects-2021-fr. (s. d.). Consulté 7 novembre 2022, à l'adresse <https://www.hackahealth.ch/hackathon-geneva-projects-2021-fr>
- Liu, L. (2014). Dix raisons pour lesquelles les ergothérapeutes devraient participer à Hacking Health. *Activités ergothérapeutiques*, 16(3), 30.
- Mihailidis, A. et Polgar, J. M. (2016). Occupational therapy and engineering: Being better together. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue canadienne d'ergothérapie*, 83(2), 68-71. <https://doi.org/10.1177/0008417416638842>



PRÉAMBULE

Le *Journal of occupational science* (JOS), la Société francophone de recherche sur les occupations (SFRO) et la Revue francophone de recherche en ergothérapie (RFRE) collaborent à la diffusion des articles publiés par le JOS dans le monde francophone, par la traduction en français de résumés d'articles. Nous vous proposons dans cette rubrique le résumé en français d'un article choisi par le bureau éditorial de la RFRE, ainsi qu'une liste de références publiées dans le JOS dont les résumés ont été traduits en français.

LA REVOLUTION BLOQUEE DE LA SCIENCE DE L'OCCUPATION ET UN MANIFESTE POUR SA RECONSTRUCTION

Gelya Frank

Cette publication développe mes propos à l'occasion de la conférence que j'ai prononcé le 5 novembre 2021 lors du 27^{ème} symposium de science de l'occupation de l'Université de Californie du Sud (*USC Chan Occupational Science Symposium*), « *Occupations disrupted : Pandemics and the reshaping of everyday life* » (« Des occupations bouleversées : les pandémies et le remodelage de la vie quotidienne »). J'ai utilisé la théorie sociale des « reconstructions occupationnelles » (la résolution de problèmes partagée par le biais des récits et d'actions collectives) pour réfléchir aux progrès de la science de l'occupation depuis sa fondation, il y a 30 ans. Je soutiens que (1) la science de l'occupation est au point mort dans l'université néolibérale d'aujourd'hui ; et que (2) des « questions conséquentes » doivent être formulées à travers la discipline pour développer des connaissances utiles à partir de différents lieux, positionnements et contextes. Je définis une « question conséquente » comme une question qui « produit des connaissances utiles pour résoudre des problèmes qui préoccupent largement la discipline », d'autres disciplines et le public, et comme une question qui « met en place un programme de recherche scientifique qui progresse empiriquement et théoriquement ». J'explique pourquoi le cadrage pragmatiste de l'occupation en tant qu'expérience corps-esprit, tel qu'énoncé par les fondatrices de l'ergothérapie, reste important tant pour l'auto-examen critique de la discipline que pour ses progrès futurs. De même, j'explique comment le pragmatisme peut et doit transiger avec les philosophies critiques (marxistes tardifs, poststructuralistes) et d'autres épistémologies (positivistes, alternatives) concernant les problèmes sociétaux tels que la justice occupationnelle, les droits de l'humain, la décolonisation, la polarisation politique et l'érosion de la démocratie. Je suggère que la recherche biomédicale financée par le gouvernement fédéral dans l'université néolibérale n'est pas actuellement conçue pour faire progresser une science de l'occupation, bien qu'elle puisse le faire si les chercheuses et chercheurs en science de l'occupation font face aux contradictions de la discipline dans le cadre du néolibéralisme et reconstruisent son objectif commun.

Frank, G. (2022). Occupational science's stalled revolution and a manifesto for reconstruction. *Journal of Occupational Science*, 29(4), 455-477. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2110658>

DERNIERS ARTICLES PARUS DANS LE JOS AVEC RESUME EN FRANÇAIS

- Bratun, U., Asaba, E., & Zurc, J. (2022). Les motivations des travailleurs à l'âge de la retraite et l'importance de faire, être, devenir, appartenir : Une revue systématique d'études qualitatives. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2057574>
- To-Miles, F., Backman, C. L., Forwell, S., Puterman, E., Håkansson, C., & Wagman, P. (2022). Exploration des occupations et du bien-être avant et pendant la pandémie de COVID-19 chez des adultes atteints ou non d'arthrite inflammatoire. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2057573>
- Phelps, E. M., & Aldrich, R. M. (2022). L'incarcération pendant une pandémie : Un catalyseur pour étendre la conceptualisation de la privation occupationnelle. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2060286>
- Peoples, H., Varming, J., & Kristensen, H. K. (2022). La citoyenneté sociale quand on vit avec une démence : Une méta-étude qualitative. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2061040>
- Drotsky, L., Gretschel, P., & Sunday, A. (2022). "Faire ensemble" : Les mères utilisent la co-occupation pour soutenir l'engagement occupationnel de leurs enfants atteints du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2061039>
- Werner, J. M., & Jozkowski, A. C. (2022). Comparaison de la perception de l'emploi du temps, de la temporalité et du tempo de la participation occupationnelle des étudiants en ergothérapie avant et pendant la pandémie de COVID-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2061037>
- Wegner, L., Stirrup, S., Desai, H., & de Jongh, J.-C. (2022). "Cette pandémie a changé notre vie quotidienne" : Les expériences de loisir des jeunes adultes lors de la pandémie de COVID-19 en Afrique du Sud. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2078995>
- Tapia, V., Isralowitz, E. B., Deng, K., Nguyen, N. T., Young, M., Como, D. H., Martinez, M., Valente, T., & Cermak, S. A. (2022). Analyse exploratoire de l'engagement occupationnel des étudiant-es universitaires pendant le COVID-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2101021>
- Krishnagiri, S., & Atler, K. (2022). Occupations, liens sociaux, santé et bien-être des étudiant-es universitaires américain-es pendant le COVID-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2100457>
- Von Kürthy, H., Aranda, K., Sadlo, G., & Stew, G. (2022). Broderie comme occupation transformatrice. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2104349>
- McCarthy, K., Rice, S., Flores, A., Miklos, J., & Nold, A. (2022). Exploration des qualités transactionnelles significatives dans les environnements virtuels pour les joueurs de jeux de rôle en ligne massivement multi-joueurs. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2108884>
- Ramirez, C., McCarthy, K., Cabalquinto, A., Dizon, C., & Santiago, M. (2022). Batok : l'exploration du tatouage indigène philippin en tant qu'occupation de résistance collective. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2110145>
- Müllenmeister, C., Maersk, J. L., & Farias, L. (2022). Exploration de l'activisme en tant que moyen d'action politique et de transformation sociale en Allemagne. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2110146>
- Dos Santos, V. (2022). La transformation sociale et l'université néolibérale : reconstruire un engagement académique. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2110660>
- Motimele, M. (2022). S'engager dans les reconstructions occupationnelles : une perspective du Sud global. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2110659>
- Wijekoon, S., & Peter, N. (2022). Examen de la diversité raciale, ethnique et culturelle dans la recherche en science de l'occupation : perspectives des personnes racisées. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2119269>
- Reid, H. A., Holmes, J. D., Laliberte Rudman, D., & Johnson, A. M. (2022). La représentation des proches-aidants informels des personnes âgées dans la recherche ciblant l'occupation : une synthèse interprétative critique. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2122542>

- Hand, C., Prentice, K., McGrath, C., Laliberte Rudman, D., & Donnelly, C. (2022). Occupations contestées en lieux de vie : expériences d'inclusion et d'exclusion dans les logements pour seniors.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2125897>
- Huot, S., Bulk, L. Y., Damiano, N., Delaisse, A.-C., Kardeh, B., Ogura, S., & Forwell, S. (2022). Apprendre ensemble l'occupation : Un cours interdisciplinaire de troisième cycle.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2080755>
- Frank, G. (2022). La révolution bloquée de la science de l'occupation et un manifeste pour sa reconstruction.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2110658>