Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie

www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de

evs ase
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti

HE TSL Haute école de travail social et de la santé Lausanne

UPE UNION PROFESSIONNELLE DES ERGOTHÉRAPEUTES

SUPSI

UQTR Université du Québec à Trois-Rivières

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland

SOMMAIRE

Éditorial

L'ergothérapeute, l'intervenant clé d'une réadaptation en COVID longue 3-7
Émilie Lagueux, Dobrochna Litwin, Guylaine Dufour, Jacinthe Beauregard-Millaire, Geneviève Riou, France Verville

Méthodologie

Rédiger un article de recherche : feuille de route pour arriver à bon port 9-20
Marc-André Pellerin, Nicolas Kühne

Articles de recherche

Regard sur la pratique ergothérapique en déficience intellectuelle au Québec : une enquête exploratoire 21-46
Sarah Rahimaly, Camille Gauthier-Boudreault, Emmanuelle Dubé-Bergeron, Gabriella Gagné, Aurélie Lavallée, Anne-Sara Mercier, Mélanie Couture

Portrait des difficultés occupationnelles des enfants français à l'école primaire et suivis en ergothérapie : une étude exploratoire 47-68
Perrine Vermeulen, Capucine Hamdi-Bourgois

Ergothérapie en milieu scolaire et interventions en matière de santé mentale : synthèse des connaissances 69-93
Emmanuelle Jasmin, Pénéloppe Blondin-Nadeau, Florence Côté, Rosie Vachon

Étude mixte décrivant le portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence 95-113
Julie Lahaie, Martine Brousseau

L'impact de l'isolement social engendré par la covid-19 sur le fonctionnement cognitif et la capacité à réaliser les activités des personnes aînées vivant avec un trouble neurocognitif : résultats d'une étude de portée 115-152
Mathilde Chagnon, Sarah Rahimaly, Ariane Grenier, Marilie Charbonneau, Louis Leblanc, Valérie David, Florence Moreau-Trahan, Naomie Cassidy, Chantal Viscogliosi

Lu/Vu pour vous

Ergothérapie et transition écologique : tensions et possibles - Conférence de Marie-Josée Drolet 153-156
Clarisse Mottaz

Enjeux sociétaux, décolonialisme et ouverture scientifique : le congrès inaugural de la « World Occupational Science Conference » 157-163
Sophie Albuquerque, Pedro H. Albuquerque, Romain Bertrand

Résumés du JOS 165-167

Volume 9, Numéro 1 | 2023

ÉDITORIAL

L'ERGOTHÉRAPEUTE, L'INTERVENANT CLÉ D'UNE RÉADAPTATION EN COVID LONGUE

Depuis trois ans, une pandémie sévit dans l'ombre : celle de la COVID-19 de longue durée. À l'échelle mondiale, on estime que 10 à 20 % des personnes affectées par le SARS-CoV-2 développent des symptômes persistants et invalidants affectant leur mode de vie (Organisation mondiale de la santé, 2023). Déplorablement, les cas de COVID longue ne cessent d'augmenter chaque jour. Une étude d'envergure menée auprès de 3762 personnes atteintes de la COVID longue, publiée dans la revue eClinicaMedecine de *The Lancet*, a répertorié 203 symptômes différents dont la présentation clinique est complexe et variable (Davis *et al.*, 2021). Cependant, les dénominateurs communs présents chez la majorité des gens sont la fatigue extrême et les malaises post-effort (MPE ; en anglais PEM – *post-exertional malaise*). Le brouillard cérébral, le manque de concentration et la perte de mémoire font aussi fréquemment partie du tableau clinique. Certaines personnes développent des symptômes du syndrome dysautonomique, comme le syndrome de tachycardie orthostatique posturale (POTS), et de l'hypotension orthostatique.

Bien que la recherche biomédicale fasse des progrès substantiels dans l'identification des divers changements physiopathologiques engendrés par la COVID longue, des caractéristiques de cette maladie ainsi que de ses facteurs de risque, on ne sait toujours pas pourquoi certaines personnes en sont atteintes. Actuellement, il n'existe pas de traitement pharmacologique pour guérir la COVID longue ; les traitements offerts ne visent qu'à réduire la sévérité des symptômes. Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, la prise en charge doit être pragmatique, symptomatique, personnalisée et s'appuyer sur la collaboration interdisciplinaire. Elle vise à diminuer la fréquence et l'intensité des manifestations cliniques, notamment en soutenant une gestion optimale de l'énergie ainsi qu'une reprise progressive et sécuritaire des activités, tout en prenant en considération la présence de MPE. Pour l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'expertise des ergothérapeutes en la matière est indéniable, en raison du rôle majeur qu'ils ont naturellement à jouer dans l'accompagnement et la réadaptation de ces personnes.

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.252

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

CC BY NC SA

Devant l'ampleur des besoins de cette clientèle souffrante, un groupe d'ergothérapeutes du Québec ayant développé une expertise quant aux interventions à préconiser auprès des personnes atteintes de COVID longue s'est rassemblé pour former une communauté de pratique. Cette dernière est soutenue par l'Association canadienne des ergothérapeutes – volet Québec, en collaboration avec l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Il s'agit d'une collaboration sans précédent visant à faire progresser l'excellence en ergothérapie et à offrir à la population des soins de qualité. Ce collectif contribue au développement d'une expertise ergothérapique sécuritaire et milite pour qu'une juste reconnaissance de ses compétences soit prise en compte.

Adapter la réadaptation : un changement de paradigme pour une approche sécuritaire

Dès le début de la pandémie, une équipe de chercheurs du Québec dirigée par le professeur Simon Décary s'est penchée sur les traitements de réadaptation à offrir aux personnes atteintes de la COVID longue. Les chercheurs ont d'abord opté pour une approche basée sur un programme de réadaptation pulmonaire, mais rapidement, l'équipe s'est rendue compte que cette méthode axée sur des exercices gradués en intensité provoquait de nombreuses rechutes chez les patient·es. Une mise en garde, lancée par des personnes atteintes de l'encéphalomyélite myalgique, voulant que l'exercice gradué ne soit pas une modalité adaptée pour les maladies post-virales a été entendue par l'équipe. Les cycles de surmenage (efforts/activités) déclenchant des malaises post-effort (*crash*) doivent être à tout prix évités. Les MPE (malaises post-effort) correspondent à une apparition ou une aggravation des signes et des symptômes qui surviennent à la suite d'un effort physique, cognitif ou émotionnel, et ce, même minime. Ils se produisent généralement de quelques heures à 72 heures après l'activité et peuvent durer des jours, des semaines ou des mois. L'accumulation de MPE contribue significativement à la détérioration de l'état de santé de la personne.

Face à ce nouveau constat, il devient alors nécessaire de s'ajuster et de revoir nos paradigmes d'intervention. Le modèle de prise en charge a été complètement revu et repensé. On parle alors de l'approche *STOP-REST-PACE* (arrêt-repos-dosage), trois étapes essentielles pour éviter l'accumulation de « *crash* » (Décary *et al.*, 2021). En plus du repos, l'approche sécuritaire inclut l'application de stratégies des gestions de l'énergie (*pacing*) tout en respectant l'enveloppe énergétique. Plutôt que de prioriser la reprise progressive des occupations, les thérapeutes doivent tout d'abord conseiller le repos lequel passe inévitablement par la réduction maximale des occupations et des engagements de la personne. Cette posture d'intervention peut être inconfortable surtout auprès d'une clientèle déjà lourdement limitée, fragilisée et en souffrance. Il devient alors évident que cette approche requiert un accompagnement et un soutien interdisciplinaire misant préalablement sur une stabilisation de la condition et par la suite un réengagement progressif. Ce processus vers la reprise des occupations signifiantes pour la personne s'opère à un rythme beaucoup plus lent que pour d'autres clientèles, comme celles présentant un déconditionnement. Dans une société où la performance et la réussite individuelle sont valorisées, où l'activité physique et mentale est perçue comme une source de bien-être, ce renversement de paradigme ancré dans nos mœurs et valeurs s'avère très difficile, parfois incompréhensible et déstabilisant pour la personne atteinte, ainsi que pour tous les gens qui gravitent autour d'elle.

Développement de ressources adaptées pour cette clientèle

Pour répondre aux besoins d'offre de soins, une aide financière a été fournie par le Gouvernement du Québec pour qu'une équipe spécialisée de réadaptation en COVID longue s'organise. En partenariat avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest et l'Université de Sherbrooke (Québec), des services par téléréadaptation de première ligne – le projet CO-VIE – ont été développés en mai 2021. Débutant par des interventions individuelles en ergothérapie et en physiothérapie, ponctuées d'ateliers de soutien psychosocial animés par une travailleuse sociale, le projet CO-VIE s'est métamorphosé, en novembre 2022, en des ateliers virtuels de groupe qui traitent de divers symptômes les plus courants de la COVID longue (fatigue, MPE, troubles cardiovasculaires et respiratoires, brouillard cérébral, etc.). Ce virage vers une approche de groupe, adoptée par d'autres cliniques de COVID longue au Québec, permet non seulement de rejoindre un plus grand nombre de gens à la fois, mais favorise aussi des interventions précoces, un des facteurs de réussite d'une reprise satisfaisante des activités quotidiennes de la clientèle atteinte de COVID longue (p. ex. saines habitudes de vie, résilience, retour au travail). Qui plus est, les discussions en groupe facilitent le partage d'idées ou de stratégies gagnantes d'autogestion des symptômes, nourrissent le sentiment d'être compris et introduisent un climat de soutien, de respect et d'écoute. Le projet CO-VIE a également mis à la disposition de toute la population canadienne et internationale des fiches informatives gratuites d'autogestion des symptômes de la COVID longue, disponibles en ligne (Gouvernement du Québec, 2023).

Devant le besoin d'informer et de soutenir les professionnels de la santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec de développer des guides et des outils cliniques pour la prise en charge des personnes atteintes d'affections post-COVID. Dès avril 2021, l'Institut publiait les premières lignes directrices encadrant la réadaptation en COVID longue. Suivirent de nombreux autres documents dont, en juin 2022, un éventail d'outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19. Ces travaux ont reposé sur la documentation scientifique, incluant une revue systématique des guides de pratiques cliniques et ont été soutenus par le savoir et l'expérience d'experts québécois, dont des ergothérapeutes cliniciens-chercheurs ainsi que l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Pour encourager les ergothérapeutes à adopter des pratiques exemplaires, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Association canadienne des ergothérapeutes ainsi que l'Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée, trois organisations proactives, ont mis à la disposition de leurs membres diverses ressources, notamment des outils et des guides, des formations et des articles sur la COVID longue. Les lecteurs sont invités à consulter la section « Références » pour accéder à toutes ces ressources.

Défis et opportunités pour les ergothérapeutes

Notre expérience et les récentes études démontrent qu'il est essentiel de prendre rapidement en charge en ergothérapie les personnes atteintes de COVID longue. En effet, considérant les risques de préjudices associés à la complexité des besoins de cette clientèle, l'expertise de l'ergothérapeute est requise précocement dans la prise en charge, et ce, afin de réduire de façon optimale l'occurrence des MPE, et du même coup leurs effets cumulatifs invalidants. Pour l'ergothérapeute il s'agit d'une opportunité extraordinaire de démontrer la pertinence de ses interventions ainsi que de ses compétences.

Au cours de l'automne 2022, on amorçait l'implantation d'un réseau public de cliniques spécialisées en COVID longue à travers le Québec pour offrir un accompagnement médical et multidisciplinaire. Cependant, certaines de ces cliniques spécialisées ne comptent toujours pas d'ergothérapeutes au sein de leurs équipes de professionnels de la réadaptation. Cette désolante réalité contrecarre le fait que l'ergothérapeute est un intervenant clé dans la réadaptation en COVID longue (Lagueux et Litwin, 2023; Lagueux *et al.*, 2023). En parallèle, des services de réadaptation dans le secteur privé (pratique libérale) se sont développés. Des interventions précoces et adaptées à cette clientèle y sont offertes, notamment en ergothérapie. Les personnes assurées ou indemnisées par un assureur, telle la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), y sont dirigées.

Le retour au travail demeure un enjeu de taille pour cette clientèle (Davis *et al.*, 2021). Une mauvaise planification amène des rechutes. Devant les défis des exigences relatives à l'emploi, les meilleures réussites sont vécues par ceux qui ont eu accès à beaucoup d'adaptations, de temps et d'accommodations de la part de l'employeur. L'ergothérapeute joue ici un rôle essentiel pour la sensibilisation, l'accompagnement et la défense des droits afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins des travailleurs. La réussite d'un retour au travail d'une personne atteinte de COVID longue dépend largement du niveau de compréhension, d'ouverture et de conciliation qu'un employeur est prêt à déployer pour accueillir son employé dont la performance productive n'est souvent plus la même. Nous devons nous assurer d'offrir des services sécuritaires et appropriés. Nos actions doivent se faire avec humilité, bienveillance et empathie.

Émilie Lagueux, ergothérapeute, PhD, professeure agrégée au programme d'ergothérapie de l'Université de Sherbrooke, chercheuse au Centre de recherche du CHUS, atteinte de la COVID longue

Dobrochna Litwin, ergothérapeute, expertise en gestion de la COVID longue

Guylaine Dufour, ergothérapeute, analyste au développement de l'exercice professionnel à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

Jacinthe Beauregard-Millaire, ergothérapeute, coordonnatrice en ergothérapie à la clinique CURE et formatrice en réadaptation pour la COVID longue

Geneviève Riou, ergothérapeute et membre du conseil d'administration de l'Association des ergothérapeutes en pratique privée (AQEPP)

France Verville, ergothérapeute, M.B.A.

Membres de la communauté de pratique de la COVID longue au Québec (Association Canadienne des Ergothérapeutes, volet Québec)

Adresse de contact : emilie.Lagueux@usherbrooke.ca

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Association canadienne des ergothérapeutes. (2023). Soutien pour votre pratique COVID-19 de longue durée. https://caot.ca/site/prac-res/pr/COVID-19?language=fr_FR&

Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. P. et Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. eClinicalMedicine, 38, 101019. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019

Décary, S., Gaboury, I., Poirier, S., Garcia, C., Simpson, S., Bull, M., Brown, D. et Daigle, F. (2021). Humility and Acceptance: Working Within Our Limits with Long COVID and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 51(5), 197-200. https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2021.0106

Gouvernement du Québec. (2023). *Fiches d'autogestion des symptômes de la COVID longue.* https://santemonteregie.qc.ca/ouest/fiches-dautogestion-des-symptomes-de-la-covid-longue

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *Outils cliniques d'aide à la prise en charge – Affection post-COVID-19*. https://www.inesss.qc.ca/en/covid-19/affections-post-covid-19-covid-longue.html

Lagueux, É. et Litwin, D. (2023, 4 janvier). *Des ergothérapeutes jugent être la clé pour apaiser la COVID longue. La Tribune numérique*. https://www.latribune.ca/2023/01/04/des-ergotherapeutes-jugent-etre-la-cle-pour-apaiser-la-covid-longue-db4dab456d9c6858880733f8e798ad4e

Lagueux, É., Litwin, D., Beauregard-Millaire, J., Blouin, M. P. et Riou, G. (2023, 3 janvier). *L'ergothérapie, l'intervenant clé d'une réadaptation COVID longue réussie et sécuritaire. La Tribune numérique*. https://www.latribune.ca/2022/12/30/lergotherapeute-lintervenant-cle-dune-readaptation-covid-longue-2da8511fe13b987a166b336f9967d551

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2022). Covid-19. https://www.oeq.org/covid-19/

Organisation mondiale de la santé. (2023). *Maladie à coronavirus (COVID-19) : affection post-COVID-19.* https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition

Volume 9, Numéro 1 | 2023

MÉTHODOLOGIES

RÉDIGER UN ARTICLE DE RECHERCHE : FEUILLE DE ROUTE POUR ARRIVER À BON PORT

Marc-André Pellerin[1], Nicolas Kühne[2]

[1] *Ergothérapeute, PhD, Professeur HES associé, Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse*

[2] *Ergothérapeute, PhD, Professeur HES ordinaire, Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse*

Adresse de contact : marc-andre.pellerin@hetsl.ch

Reçu le 03.07.2023 – Accepté le 21.07.2023

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.251

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

CC BY NC SA

Vous êtes étudiant·es, clinicien·nes ou jeunes chercheur·es, nombreux·ses sont celles et ceux qui, comme vous, visent un jour à publier un article de nature scientifique. Or, si écrire un article scientifique peut sembler simple, le mener à terme est généralement un processus complexe – et long. Au-delà de la rigueur scientifique qui est attendue de tout article, la façon de décrire à la fois les fondements du projet, la méthodologie utilisée et les réflexions associées est tout aussi essentielle. Écrire un article scientifique implique de suivre son lot de règles, qui ne sont pas toutes explicites, non seulement pour assurer de présenter de manière exhaustive et cohérente son travail de recherche, mais également pour assurer que votre manuscrit obtiendra l'attention qu'il mérite au moment de la révision par les pairs. Afin de faciliter la rédaction d'un tel manuscrit, d'éviter les pièges associés et d'améliorer vos chances de mener à terme cet exercice de rédaction, nous vous proposons, par l'entremise de cet article méthodologique, de vous guider dans la rédaction d'un article scientifique, en vous présentant la structure et le contenu généralement attendu de ce genre de production.

La toute première étape de la rédaction d'un article est de vous poser la question suivante : À qui vais-je m'adresser ? Qui sera mon lectorat ? Autrement dit, dans quels champs votre recherche s'inscrit-elle, et – dans ces champs – quelles sont les revues qui pourraient publier votre travail. Le choix d'une revue dépend de nombreux critères (langue, notoriété, révision par les pairs, composition du comité éditorial, indexation, principes éthiques, libre-accès des articles, rapidité de réponse, exigences, etc.). Différents guides existent pour choisir son journal (Sharifi et Buccheri, 2020; Suiter et Sarli, 2019). Il importe de se référer à des conseils neutres, comme ceux que vous trouverez, en français, sur le site *Think Check Submit* (https://thinkchecksubmit.org/journals/french/) plutôt qu'à ceux des grands éditeurs, comme Elsevier, qui limitent bien sûr la guidance à leurs propres journaux. Le choix de la revue est important pour pouvoir construire son manuscrit en ayant son lectorat en tête, mais aussi pour savoir quel style et quelle forme adopter. En effet, il importe de savoir que la forme d'un article scientifique peut varier en fonction du type d'étude menée, du domaine concerné, ou de la culture scientifique dans un champ de recherche spécifique. Ainsi, en médecine et en sciences de la santé, la structuration des articles au format IMReD (Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion) est devenue un standard de fait au cours du 20^{e} siècle. Mais dans nombre de disciplines, comme la sociologie, l'anthropologie, l'économie ou la physique, il ne rencontre que peu ou pas d'intérêt. De nombreux guides de présentation (*reporting guidelines*) existent également pour vous aider à prendre des décisions et à vérifier que vous décrivez bien les informations nécessaires au lectorat, selon le type de recherches que vous avez effectuées. Le site https://www.equator-network.org/ en recense la plupart.

Au vu de sa popularité dans notre domaine, nous vous proposons de suivre, ici, le format IMReD.

TITRE

La première étape consiste à donner un titre à votre travail. Le titre doit pouvoir donner une représentation de la recherche réalisée. Il doit donc minimalement contenir l'objet d'étude de votre travail. Il est aussi souhaitable qu'il inclue au moins la population ou le contexte et l'approche méthodologique utilisée. Le modèle conceptuel sur lequel s'est basée la recherche – ou même le résultat principal – peut être mentionné, en particulier si vous estimez que ces éléments pourraient déterminer si un lecteur choisira de lire ou non votre article. Pour être efficace, le titre gagne aussi à être concis, clair et précis. Le lecteur doit pouvoir facilement se faire une idée de votre recherche, afin de l'aider à choisir s'il doit poursuivre, ou non, la lecture. Finalement, il importe bien sûr d'éviter les acronymes et les références. Un exemple de titre pourrait être : « *Effets de la thérapie par le miroir sur la motricité du membre supérieur parétique après un accident vasculaire cérébral : un essai clinique randomisé* ».

Le recours à la méthode PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*), qui sert à construire des questions de recherche clinique, peut représenter une aide pour vérifier que les informations essentielles sont bien présentes dans votre titre.

RÉSUMÉ

La première partie consiste à présenter le résumé de votre article. Ce résumé doit permettre au lecteur de se faire une idée rapide du contenu de l'article sans avoir à le parcourir en entier. Il doit être concis et rédigé dans un langage simple et précis. Seuls les éléments les plus importants de l'article doivent donc être présentés. Comme mentionné précédemment, les attentes varieront en fonction des journaux. Il convient donc de commencer par lire quelques résumés dans le journal sélectionné avant de vous lancer dans la rédaction de votre résumé, et ce, afin de bien cerner les attentes.

Pour être facile à suivre, ce résumé doit reprendre la structure de l'article (INReD dans notre cas) et y présenter les idées principales. Pour cette raison, il est généralement d'usage de séparer le résumé en sous-sections correspondant aux sections de l'article. Le résumé final prendra donc généralement cette forme :

Introduction. En quelques phrases, vous devez présenter les considérations les plus importantes liées à votre thème de recherche. Ces considérations doivent permettre de justifier l'intérêt de votre recherche. Généralement, les éléments manquant dans les connaissances actuelles et le contexte qui a guidé la réalisation de la recherche seront rapidement exposés. La description explicite du contexte est particulièrement importante si le lectorat est international. Elle doit permettre de comprendre la situation dans laquelle s'est déroulée la recherche, y compris pour une personne qui habite dans un autre pays. Cette section se termine en précisant le but de votre recherche. Ce but doit être exactement le même que celui qui apparaitra à la fin de votre introduction.

Méthode. Cette section présente de façon succincte les grandes lignes de votre méthodologie. On s'attend à ce que vous présentiez votre devis de recherche, ce que vous avez fait comme intervention, avec qui (votre population), ce que vous avez récolté comme données et comment vous les avez analysées. Il importe bien sûr ici que la méthode présentée soit en lien direct avec la question de recherche annoncée à la fin de l'introduction.

Résultats. Sans aller dans les détails, cette section vise, en quelques phrases, à présenter les principaux résultats de votre recherche ou les résultats les plus significatifs. Les informations données ici doivent permettre au lecteur de faire les liens nécessaires entre votre question de recherche, exposée à la fin de l'introduction, et la section conclusion qui suit.

Conclusion. Finalement, la conclusion présente le message à retenir de la recherche réalisée. Vous pouvez également souligner les retombées potentielles de votre recherche pour les milieux cliniques.

Mots-clés

Les mots-clés servent à présenter les concepts importants liés à votre recherche. Ces mots aident les moteurs de recherche ou les bases de données à classer et à retrouver les articles – d'où l'intérêt de bien les choisir. De façon générale, trois à cinq mots-clés sont d'usage. Pour vous aider dans le choix de ces mots-clés, un bon départ est d'identifier les principaux concepts présents dans votre question de recherche (p. ex. objet d'étude, population d'intérêt, type d'intervention, etc.). Ces concepts devraient pouvoir représenter les éléments importants de votre recherche. Certains vont aussi parfois ajouter des éléments méthodologiques si, par exemple, une approche méthodologique particulière a été utilisée. Pour vous aider, il peut également être judicieux d'explorer les thésaurus propres à chaque base de données (p. ex. : MeSH dans Medline/pubmed, CINAHL Subject Headings dans CINAHL, etc.).

Lorsqu'une personne effectue une recherche dans les bases de données, le titre, le résumé et les mots-clés sont généralement les premiers éléments accessibles. Ces éléments serviront souvent de filtre au lectorat pour choisir de lire ou non un article. Il y a donc lieu d'y accorder un soin particulier.

Introduction

Le corps du manuscrit commence par une introduction. L'introduction permet de justifier la pertinence et l'originalité de la recherche réalisée. Cette introduction va donc chercher à poser les bases du problème étudié, préciser quel est l'état des connaissances actuelles et quels sont les éléments encore inconnus ou mal compris à ce jour.

De façon générale, la problématique sera construite suivant l'image d'un entonnoir, en partant de connaissances générales pour se rendre progressivement vers les connaissances spécifiques. Une bonne introduction développera à la fois deux types d'arguments : la pertinence sociale et la pertinence scientifique. Bien que la pertinence

sociale ne soit pas toujours présente, en particulier dans les études fondamentales, la pertinence scientifique sera, en revanche, toujours exposée.

La pertinence sociale présente l'importance d'un phénomène pour la société, en particulier pour les personnes concernées par votre sujet. Elle s'intéresse donc à décrire le contexte dans lequel votre recherche s'insèrera et permet de présenter les implications pratiques ou les contributions potentielles pour les individus, les communautés ou la société en général.

La pertinence scientifique porte plutôt sur l'état des connaissances scientifiques actuelles. Elle permet de présenter les résultats d'études pertinentes et de décrire comment ceux-ci s'articulent entre eux et améliorent nos connaissances cliniques, empiriques ou conceptuelles. La pertinence scientifique met également en lumière les lacunes dans l'état des connaissances actuelles et vise ainsi à préciser les besoins de recherches futures.

Pour construire la pertinence scientifique de votre étude, vous pouvez commencer par présenter les théories ou les modèles conceptuels pertinents, ou définir les concepts importants reliés à votre objet d'étude. Vous pouvez continuer en présentant les études ou les revues systématiques pertinentes, en prenant soin de présenter le contexte entourant ces études/revues systématiques et ce qu'elles ont trouvé. La suite doit chercher à mettre en évidence ce que nous savons, mais surtout ce qu'il reste à savoir ou ce qui est toujours mal compris. Généralement, ce qui reste à savoir ou qui est mal compris représente ce à quoi votre étude devrait chercher à répondre ou, à tout le moins, chercher à contribuer.

Le dernier paragraphe de l'introduction se termine par l'exposé du but de l'étude (ou de la question de recherche principale), qui doit être directement relié avec la fin de votre introduction. De façon générale, ce paragraphe débutera par une formulation du type : « *Le but de cette étude est de… »* (suivi d'un verbe à l'infinitif).

Pour les études quantitatives, il sera souvent question de « mesurer » ou « d'évaluer » l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante. Pour les études qualitatives, il sera plutôt question de « documenter », « d'explorer » ou « de comprendre » un phénomène particulier. Pour vous aider à construire votre question de recherche, l'article de Tétreault (2015) peut être d'une grande aide.

Un article n'a qu'un seul but, mais duquel peuvent découler de deux à quatre objectifs (ou questions de recherche secondaires). Ces objectifs doivent être formulés clairement et être liés directement à l'une des facettes de votre but général.

L'introduction sert donc à la fois à susciter l'intérêt du lecteur et à poser le raisonnement logique, social et scientifique ayant conduit à la réalisation de votre étude. Une introduction bien construite fait de sorte que chaque paragraphe développe un seul thème, chaque phrase une seule idée, et que chaque idée développée soit reliée à l'idée d'avant, puis à l'idée d'après. L'ensemble doit suivre un fil conducteur, permettant ainsi au lecteur de bien comprendre la pertinence de votre projet. Certaines personnes préféreront partir d'un plan détaillé des idées (une idée, une phrase), puis s'attelleront à la rédaction proprement dite. D'autres préféreront rédiger directement le texte en partant d'un plan général des thèmes. Si vous êtes

dans ce dernier cas, il faudra vous assurer à la relecture que les règles susmentionnées sont bien respectées (une idée par phrase, toutes reliées les unes aux autres).

Un exemple d'introduction pourrait ressembler à ceci :

1. « *Les personnes présentant une déficience intellectuelle rencontrent des difficultés en termes de participation sociale en milieu scolaire dans un contexte québécois.* » (Pertinence sociale)
2. Quels sont les modèles de participation sociale ? (Pertinence scientifique)
3. Quelles sont les approches existantes visant à favoriser la participation sociale en milieu scolaire ? (Pertinence scientifique)
4. Quelles sont les études ayant utilisé ces approches ? (Pertinence scientifique)
5. Qu'ont-elles trouvé et conclu, sur le plan empirique et théorique ? (Pertinence scientifique)
6. Quels sont les éléments qu'elles n'ont pas pu déterminer ou préciser ? Quels sont les éléments inconnus ou encore mal compris à ce jour ? (Pertinence scientifique)
7. « *Donc, le but de cet article est de…* » (un seul but, découlant directement d'un élément mal compris que vous souhaitez étudier) « S*es objectifs sont...* » (facultatif, mais pas plus de deux à quatre objectifs en règle générale).

Finalement, pour être pertinente, l'introduction doit avoir fait la démonstration d'une recension de la littérature variée et internationale, c'est-à-dire dépassant les enjeux locaux que pourrait concerner votre recherche.

MÉTHODES

La section méthodes décrit la procédure que vous avez utilisée afin de répondre précisément au but et aux objectifs de votre étude. Sa construction doit présenter toutes les informations nécessaires permettant de juger de ce qui a été fait et des limites éventuelles. Elle doit être suffisamment précise pour que d'autres chercheurs puissent évaluer la qualité de l'étude et éventuellement la reproduire. Des sources bibliographiques doivent être exposées pour les méthodes et techniques choisies, y compris pour celles qui sont usuelles.

De façon générale, la méthode sera séparée en différentes sous-sections facilitant la compréhension du lecteur. Elle prendra ainsi la forme suivante :

Devis de recherche

Dans cette première sous-section, le devis de recherche utilisé sera précisé. Le devis sera non seulement nommé, mais également défini et expliqué à partir de

références bibliographiques pertinentes. Les approches méthodologiques ou théoriques ayant orienté l'étude seront également abordées.

Participant·es, équipes, sites ou corpus documentaire (échantillon)

Dans cette sous-section, la manière dont le matériel empirique a été constitué est présentée. Il peut s'agir d'un échantillon de personnes (auxquelles vous souhaitez par exemple appliquer une intervention) ou d'un corpus de documents que vous voulez analyser (comme des dossiers cliniques, des archives, des articles scientifiques ou des articles de presse). Dans un premier temps, la population de référence et le contexte de la création des données sont exposés. Dans un second temps, la manière dont l'échantillon spécifique est constitué est présentée.

Dans le cas d'études cliniques multisites, il est de mise de présenter dans un premier temps comment les milieux cliniques retenus ont été ciblés ou les critères d'inclusion/exclusion utilisés pour les cibler. Les caractéristiques de ces milieux peuvent également être présentées afin de permettre au lectorat d'avoir une bonne représentation du contexte de l'étude (p. ex. : le type de milieu de soins, la clientèle traitée, le type de milieu : rural, urbain, universitaire, etc., le nombre de thérapeutes à l'emploi...). Dans un second temps, les critères d'inclusion et d'exclusion des participants seront décrits. Il est de mise de toujours commencer par aborder en premier les critères d'inclusion. Ces critères permettent de préciser le profil des personnes qui ont été ciblées pour participer à votre étude. Vous pourriez par exemple avoir comme critères d'inclusion : « 1. Présenter une déficience intellectuelle, et 2. Être scolarisé ». Les critères d'exclusion viennent par la suite et permettent d'exclure une catégorie de participants répondant aux critères d'inclusion. Dans notre exemple, un critère d'exclusion comme « ne pas avoir de déficience intellectuelle » est donc à proscrire, puisque les participants qu'il décrit ne sont d'avance pas inclus dans les critères d'inclusion. Par contre, en fonction des buts recherchés par votre étude, vous pourriez avoir un critère comme « ne pas présenter un autre trouble du développement » si vous pensez qu'il est possible que des participants aient une déficience intellectuelle ET un trouble du développement autre et que vous souhaitez isoler ce qui est spécifique aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Fait à noter, les critères d'exclusion ne sont pas toujours présents si ceux-ci ne sont pas nécessaires. On précisera ensuite comment les participant·es ont été ciblé·es puis recruté·es, qui a procédé au recrutement et, au besoin, à quel endroit et à quel moment. Bien que portant sur d'autres critères, le procédé d'inclusion/non-inclusion, exclusion est le même pour des documents que pour des personnes.

Le procédé utilisé pour créer l'échantillon est également décrit. Par exemple, si l'étude est menée dans une perspective de généralisation, l'échantillon représente une fraction si possible représentative d'une population de référence. La méthode la plus appropriée pour faire des inférences est dans ce cas l'échantillon probabiliste, c'est-à-dire que les participant·es sont tiré·es au hasard dans une population. La manière dont ce tirage au sort est réalisé est donc décrite (par exemple, tirage au sort simple au moyen d'une liste de randomisation). S'il s'agit d'une étude qualitative, le type d'échantillonnage est également mentionné (par exemple, cas extrême ou déviant, variation maximale, opportuniste) en le justifiant par le but de l'étude (par exemple exploratoire ou confirmatoire).

Finalement, vous décrirez également le procédé utilisé pour atteindre concrètement les participant·es (ou obtenir les documents). S'il s'agit d'un échantillon de convenance, vous préciserez la manière dont il a été obtenu (par exemple, l'ensemble des étudiant·es d'une volée/cohorte de votre université) ou, s'il s'agit d'un échantillonnage par effet boule de neige, par quels réseaux ou personnes vous avez établi les premiers contacts.

Dans les articles qualitatifs, il est généralement de mise de présenter le profil des gens qui ont participé au projet de recherche à partir du questionnaire sociodémographique. Les études quantitatives ont plutôt tendance à mettre ces informations au début de la section résultats, comme éléments devant également être pris en compte dans l'analyse.

Collecte de données ou intervention

Dans cette sous-section, vous devez présenter ce que vous avez fait dans le cadre de votre étude. Cette section peut prendre différentes formes en fonction de la nature de votre projet de recherche. Elle pourra soit présenter l'intervention que vous avez mise en place, soit les questionnaires que vous avez fait passer, soit les entretiens ou les groupes de discussion que vous avez menés. Cette section est très importante, car elle permet au lecteur de bien comprendre ce que vous avez fait concrètement dans le cadre de vos travaux. Pour vous aider à la construire, vous pouvez vous poser les questions suivantes :

- Vous avez fait **quoi**, **qui** l'a fait, **quand**, **où** et **comment** (dans quel ordre et suivant quelle procédure).

Il est essentiel de s'assurer qu'il y ait une congruence entre le but, les objectifs et les collectes de données. Chaque collecte de données que vous avez prévue doit répondre à un des objectifs (ou au but) exposés à la fin de la section introduction. Une collecte de données qui ne répond à aucun objectif et un objectif sans collecte de données affectent la cohérence de votre article et peuvent nuire à vos chances de publication.

Instruments et outils

Les instruments de mesure utilisés sont présentés par la suite. Si vous avez utilisé des outils quantitatifs, il est d'usage de présenter pour chaque outil leur but, le nombre d'items, les construits mesurés et les qualités métrologiques. S'il s'agit d'un outil que vous avez développé, il faut présenter les construits documentés, mais aussi les démarches entreprises pour en assurer au mieux la validité.

S'il s'agit d'un outil qualitatif, cette section décrira plutôt le guide d'entretien utilisé pour mener les entretiens ou les groupes de discussion, ou la manière dont le corpus sera construit dans le cas d'une analyse documentaire. Il est d'usage de présenter les thèmes qui seront abordés ou les modèles ou théories sur lesquels le guide est basé. On s'attend également à ce que vous présentiez de quelle façon vous avez développé votre guide d'entretien ou d'analyse – et qui l'a révisé afin de s'assurer de sa validité et de son exhaustivité.

Que ce soient des outils quantitatifs ou qualitatifs, il est d'usage de les rendre disponibles, soit dans votre section résultats, soit en annexe.

Analyse de données

À partir des données récoltées, vous êtes invités à préciser le type de traitement que vous en ferez. Si vous avez fait une étude quantitative, vous devez présenter les statistiques descriptives et inférentielles employées et ce que ces statistiques vous permettent de faire, le seuil de signification fixé et le logiciel que vous avez utilisé pour vos analyses.

Si vous avez plutôt fait une étude qualitative, vous devez spécifier si vous avez retranscrit le verbatim des entretiens ou des groupes de discussion. Il vous faudra aussi présenter la méthode (analyse inductive ou déductive) ou l'approche d'analyse (p. ex. : analyse thématique, analyse narrative) employée, en les décrivant à partir de références bibliographiques pertinentes. Finalement, vous devrez ici aussi présenter, le cas échéant, le logiciel utilisé pour analyser vos données.

Considérations éthiques

Dans la dernière sous-section des méthodes, il est d'usage de présenter les questions éthiques qu'a posées votre projet et la manière dont vous y avez répondu. En particulier, les éléments relatifs au cadre légal local sont précisés. S'il y a lieu, les obligations d'information, de consentement, d'engagement des chercheur·es sont mentionnées, ainsi que les éventuels documents utilisés. Si une instance éthique a été sollicitée, de manière volontaire ou obligatoire, vous préciserez ici le nom de l'institution et le numéro de votre dossier. Notez bien que ces obligations peuvent être assez différentes d'un pays à l'autre et que les exigences peuvent aussi varier d'une revue à l'autre.

RÉSULTATS

La section résultats présente les données récoltées et les résultats des analyses réalisées. Elle permet ainsi de poser les constats et les découvertes qui serviront à fonder la discussion et la conclusion. Il est important ici de présenter les résultats en lien avec chacun des objectifs de départ.

Cette section est généralement séparée en sous-sections. La première sous-section sert habituellement à présenter les participant·es de votre étude. Il est d'usage de présenter leur nombre (voire le nombre dans chaque milieu pour les études multisites) de même qu'une synthèse de leurs caractéristiques (p. ex. : genre, âge moyen, profession, scolarité, etc.). Ces informations sont en règle générale tirées du questionnaire sociodémographique que vous aurez fait remplir. Il est souvent de mise de présenter ces informations à l'intérieur d'un tableau récapitulatif, puis de revenir dans le texte sur les informations les plus intéressantes ou pertinentes à votre étude.

Pour les recherches quantitatives, les sous-sections suivantes servent à présenter les résultats pour chacun des outils de collecte de données utilisés. Les données peuvent être présentées sous forme de tableaux ou de figures/graphiques. Les figures et les tableaux doivent être numérotés et afficher un titre qui indique sur quoi portent les données qu'ils contiennent. Le texte qui accompagne ces tableaux doit permettre de faire ressortir les éléments importants à retenir.

Pour les recherches qualitatives, la section résultats servira à mettre en relief les thèmes qui ont pu émerger à la lumière de l'analyse qualitative issue du traitement des données. Ces thèmes seront souvent illustrés avec des parties de verbatims issus de la collecte de données. Ces verbatims doivent provenir des propos des participant·es et doivent permettre de bien saisir la nature et le contexte associés aux thèmes identifiés.

Cette section ne doit pas qu'être une suite de données ou de résultats sans lien entre elles. Elle doit présenter les résultats soit de manière logique, soit de manière à raconter une histoire qui puisse avoir du sens pour le lecteur. Les données récoltées gagnent aussi à être comparées ou contrastées entre elles afin d'aller plus loin qu'une simple présentation des résultats bruts.

Au final, tous les résultats présentés doivent servir à répondre au but et aux objectifs qui sont exposés afin d'assurer une congruence entre votre but et vos objectifs, votre méthode et vos résultats.

Discussion

Après avoir présenté les résultats, la section discussion vise à les discuter. D'emblée, il est généralement de mise de commencer cette section en rappelant le but et les objectifs de votre étude. Ce rappel permet de remémorer au lectorat les attentes fixées au départ. Il peut également servir de structure pour organiser la discussion, en discutant, par exemple, chaque objectif pour ainsi faire émerger le message à retenir pour chacun.

Après avoir rappelé le but et les objectifs, il est de mise de contextualiser les résultats obtenus à la lumière des connaissances déjà existantes. Pour y parvenir, il vous faut identifier dans la littérature des études similaires ou proches de la vôtre, puis les présenter sommairement, et finalement mettre vos résultats en relation avec leurs résultats. Ces études peuvent soit vous permettre d'appuyer les résultats que vous avez obtenus, ou, au contraire, les contraster ou les différencier. Vous pouvez également évoquer les résultats inattendus et les éléments que votre étude ne parvient pas à expliquer. L'un des pièges à éviter ici est de lister simplement les études qui confirment et les études qui contredisent vos propres résultats. Il s'agit d'aller dans le détail empirique et théorique de ces différences et de ces ressemblances afin de chercher à expliquer vos résultats. Tous ces éléments servent à positionner les découvertes réalisées dans l'environnement scientifique actuel et ainsi à montrer la contribution particulière de votre étude, y compris si les résultats ne sont pas ceux qui étaient attendus. Cette contribution doit permettre au lecteur de mesurer les implications futures de vos travaux.

En principe, la discussion ne doit pas être utilisée pour examiner des questions qui ne sont pas directement en lien avec les buts de la recherche et les données analysées. Si vous souhaitez faire des liens avec des pratiques qui ne sont pas directement l'objet d'étude, il convient d'en faire une sous-section séparée de la discussion scientifique des résultats. Il peut en effet être pertinent de positionner les diverses contributions de votre étude plus largement, que ce soit en termes empiriques, conceptuels, méthodologiques ou sociaux. Ces contributions peuvent d'ailleurs être l'occasion d'évoquer des pistes de recherche nouvelles.

À la fin de cette section, il est d'usage de présenter les forces de votre étude de même que ses limites. Cette partie sert à poser un regard critique sur vos travaux, mais aussi à permettre au lecteur de bien apprécier les limites de votre recherche. Il est de bon ton de rester neutre et réaliste. Il est également important de ne pas mentionner en limites des éléments qui ne sont pas des limites, mais qui sont inhérents à la question et à la méthode employée. Ainsi, l'implication personnelle subjective est la règle dans une étude ethnographique et non pas une limite. De même, on ne précisera pas que les résultats probabilistes d'une étude expérimentale ne s'appliquent pas à chaque personne individuellement ou que les résultats d'une étude qualitative exploratoire ne peuvent pas être généralisés.

Conclusion

Cette section est généralement plutôt courte. Elle vise essentiellement à faire un bref retour sur les principales contributions de votre étude, à la lumière de votre but de départ. Vous pouvez également rappeler les retombées potentielles de votre recherche pour les milieux cliniques. En somme, cette section permet de mettre en évidence le(s) message(s) à retenir de vos travaux.

Remerciements

Il est très rare qu'une recherche soit le fait d'une personne seule ou d'une équipe isolée. Les remerciements permettent de rendre compte de la nature sociale de ce processus et de souligner l'apport spécifique de certaines personnes – ou de certaines institutions – à votre projet.

Financements

Les sources de financement externes doivent être mentionnées.

Outils d'assistance à la rédaction

La transition est encore en cours, mais la plupart des revues de recherche ont développé une politique spécifique en ce qui concerne l'usage des outils informatiques de nature algorithmique. Pour certaines revues, il convient pour le moins de préciser quels outils ont été utilisés pour l'assistance rédactionnelle et pour quels usages. Si des outils de ce type sont utilisés dans la recherche elle-même, ils doivent être décrits dans la section méthodes.

RÉFÉRENCES

Cette section rassemble les références bibliographiques utilisées tout au long de votre article. En fonction des revues, il vous faudra suivre attentivement les exigences en termes de style bibliographique demandé.

ET APRÈS ?

Cet article méthodologique vous offre une feuille de route à suivre afin de mener à bien votre processus d'écriture. Toutefois, ce processus en lui-même n'est pas, pour la plupart d'entre nous, sans susciter des émotions. Entre peur, procrastination, blocage ou crainte de la page blanche, nombreuses sont les expériences négatives qui peuvent faire obstacle. Il n'y a pas de recette toute prête pour y faire face, mais recourir à la pratique et à l'aide des autres sont deux conseils de bon sens. Ainsi, pour vous mettre à l'écriture, rien de tel que d'écrire, notamment écrire par petits bouts. N'hésitez pas à vous donner de courtes missions d'écriture (rédiger une demi-page sur un thème, résumer une lecture en 100 mots, décrire vos objectifs pour l'année en trois phrases, etc.). L'écriture vient en écrivant (et en lisant ce que les autres ont écrit avant nous bien entendu). De même, n'hésitez pas à solliciter l'aide des autres pour la rédaction, mais surtout pour vous habituer à intégrer leurs retours et leurs commentaires à vos productions. Ce processus va se répéter tout au long de votre carrière, depuis les retours des expert·es lors de la soumission de requêtes de financement, jusqu'aux commentaires des pairs dans la révision des manuscrits. Accompagnez-vous, dès le début et jusqu'à la fin, de collègues et d'ami·es bienveillant·es pour vous aider dans ce processus. Et n'oubliez pas qu'une fois que votre manuscrit sera proposé pour publication, un long processus va s'engager. Un processus lors duquel de nombreuses améliorations à votre texte vous seront proposées – et parfois également des demandes que vous désapprouverez. Ce processus aussi peut être difficile, à tel point qu'au moment du dépôt, il n'est pas rare que seule la moitié du chemin de rédaction ait été parcouru. Toutefois, il importe de garder à l'esprit que votre article final sera toujours meilleur que le manuscrit initialement soumis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sharifi, C. et Buccheri, R. K. (2020). Selecting a journal for your manuscript: A 4-step process. *Journal of Professional Nursing*, *36*(1), 85-91. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.003

Suiter, A. M. et Sarli, C. C. (2019). Selecting a Journal for Publication: Criteria to Consider. *Missouri Medicine*, *116*(6), 461-465.

Tétreault, S. (2015). Poser sa question de recherche : Par où commencer ? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, *1*(2), 45-50. https://doi.org/10.13096/rfre.v1n2.41

Volume 9, Numéro 1 | 2023

ARTICLE DE RECHERCHE

REGARD SUR LA PRATIQUE ERGOTHÉRAPIQUE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE AU QUÉBEC : UNE ENQUÊTE EXPLORATOIRE

Sarah Rahimaly[1], Camille Gauthier-Boudreault[2], Emmanuelle Dubé-Bergeron[3], Gabriella Gagné[3], Aurélie Lavallée[3], Anne-Sara Mercier[3], Mélanie Couture[4]

[1] *Ergothérapeute, maîtrise professionnelle en ergothérapie, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, maîtrise en sciences de la santé (M.Sc.), Programme de gérontologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

[2] *Ergothérapeute, doctorat (Ph.D.), Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (campus de Drummondville), Québec, Canada*

[3] *Ergothérapeute, maîtrise professionnelle en ergothérapie, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

[4] *Ergothérapeute, doctorat (Ph.D.), Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : camille.gauthier-boudreault@uqtr.ca

Reçu le 20.03.2021 – Accepté le 07.03.2023

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.199

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

CC BY NC SA

RÉSUMÉ

Introduction : Au Québec, le développement de la pratique de l'ergothérapie en déficience intellectuelle est en pleine émergence au regard du nombre d'ergothérapeutes engagés dans l'offre de services destinée à cette clientèle. Néanmoins, les écrits et les outils liés à l'ergothérapie au Québec dans ce domaine restent limités pour soutenir les ergothérapeutes dans l'accomplissement de leur plein potentiel professionnel.

Objectif : Cette étude vise à brosser le portrait de la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle au Québec.

Méthode : L'enquête utilisant un questionnaire en ligne, diffusé aux ergothérapeutes par le biais de leur association professionnelle, comprenait des questions liées aux motifs de référence en ergothérapie, aux stratégies d'évaluation et aux méthodes d'intervention utilisées, ainsi qu'aux défis rencontrés dans la pratique.

Résultats : Un total de 53 ergothérapeutes a rempli le questionnaire. Les participants travaillent dans divers contextes de pratique et répondent à une variété de demandes de consultation, principalement en lien avec le soutien à l'autonomie. Les ergothérapeutes utilisent plusieurs outils d'évaluation, mais notent un défi concernant la standardisation et l'utilisation des valeurs normatives. Les ergothérapeutes agissent majoritairement à titre de consultants et constatent un accès limité à des formations pour soutenir leur développement professionnel.

Conclusion : Bien que les rôles de l'ergothérapeute soient multiples, il semble qu'une faible implication de ces professionnels soit observée dans plusieurs sphères de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle. Divers champs d'exercices de l'ergothérapie resteraient à développer au Québec, notamment dans le soutien aux transitions de vie, auprès des personnes présentant des incapacités significatives, et dans l'inclusion socioprofessionnelle.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Déficience intellectuelle, Motif de référence, Outil d'évaluation, Méthode d'intervention

EXPLORATION OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE IN INTELLECTUAL DISABILITY IN QUEBEC

ABSTRACT

Introduction: In Quebec, the occupational therapy practice in intellectual disability is in full development with regard to the number of occupational therapists involved in services intended for people with an intellectual disability. Nevertheless, scientific literature and professional tools related to occupational therapy specific to this context remains limited to support occupational therapist in achieving their full potential.

Aim: This study aims to explore the occupational therapy practice amongst people with an intellectual disability in Quebec.

Method: This survey using an online questionnaire, distributed to occupational therapists through their professional association, included closed and open-ended questions related to reasons for referral in occupational therapy services, currently used assessment strategies and intervention methods, as well as challenges encountered by occupational therapists.

Results: A total of 53 occupational therapists completed the survey. Participants work in many practice settings and respond to a variety of consultation requests, primarily related to support of autonomy in daily activities. Occupational therapists use several assessment tools, but identify a challenge regarding the standardization and the use of normative values. Occupational therapists mostly act as consultants and report limited access to training supporting their professional development.

Conclusion: Although the roles of occupational therapist are multiple, a limited involvement of these professionals is noted in several life domains of people with an intellectual disability. Various fields of expertise still need to be developed in Quebec, notably in the support during life transitions, in interventions with people with significant disabilities, and in socioprofessional inclusion.

KEYWORDS

Occupational therapy, Intellectual disability, Reason for referral, Assessment tool, Method of intervention

INTRODUCTION

L'American Psychiatric Association (APA) définit la déficience intellectuelle comme un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des incapacités sur le plan intellectuel et du comportement adaptatif survenant avant l'âge de 18 ans et se manifestant dans les occupations sollicitant des habiletés sociales, pratiques et conceptuelles (APA, 2013). En 2010, l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) a posé un nouveau regard sur la définition de la déficience intellectuelle en l'orientant plutôt vers une approche écologique et un paradigme de soutien. Cette approche multidimensionnelle expose l'importance du soutien individualisé dans l'actualisation du plein potentiel de la personne (AAIDD, 2010). Selon cette définition, le fonctionnement de la personne ayant une déficience intellectuelle serait la résultante d'une influence réciproque entre ses capacités intellectuelles, son comportement adaptatif, sa santé, sa participation, les différents contextes dans lesquels elle évolue et le soutien individualisé qu'elle reçoit (AAIDD, 2010). Bien que la classification de la déficience intellectuelle se réfère encore aujourd'hui, dans plusieurs milieux cliniques et dans celui de la recherche, à quatre niveaux d'intensité de soutien, soit de léger à profond, il est de plus en plus encouragé d'intégrer cette approche écologique dans la compréhension des forces et des défis de la personne (AAIDD, 2010).

Nombre d'auteurs soulèvent la pertinence de l'ergothérapie dans l'offre de services destinée aux personnes ayant une déficience intellectuelle en raison de son regard holistique face à la participation occupationnelle quotidienne (Blaskowitz *et al.*, 2021; Mahoney *et al.*, 2021; Waldman-Levi *et al.*, 2019). Effectivement, l'expertise de l'ergothérapeute couvre, entre autres, la promotion de la santé et du bien-être d'une personne à travers la réalisation d'occupations et de rôles sociaux qui ont du sens pour celle-ci (Hocking et Wright-St-Clair, 2011; Townsend et Polatajko, 2013; Walley Hammel, 2020). Par une démarche évaluative et d'intervention centrée sur la personne, son environnement et ses occupations, l'objectif principal de l'ergothérapeute est de permettre à toute personne de s'engager dans des occupations qui contribuent au développement de relations interpersonnelles positives, d'un sentiment d'appartenance et de son autodétermination (Haines, 2015; Whalley Hammel, 2020). Un concept central à la pratique ergothérapique repose sur l'engagement occupationnel d'une personne, qui se définit par l'expérience de participer, de choisir, de penser et de trouver un sens positif à travers la réalisation d'une occupation (Haertl, 2014; Meyer, 2013) ainsi que par la possibilité d'actualiser son plein potentiel dans des activités qui lui sont signifiantes (Whalley Hammel, 2020). Plusieurs auteurs suggèrent notamment qu'il existe une relation positive entre l'engagement occupationnel et la qualité de vie (Haines, 2015; Hanzen *et al.*, 2018; Whalley Hammell, 2020) ainsi qu'avec le développement de l'estime de soi et de l'identité personnelle et sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle (Simplican *et al.*, 2015).

Malgré la nécessité d'orienter les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle vers le soutien à l'autonomie optimale, à l'engagement occupationnel, à la participation dans la communauté et à la création de relations interpersonnelles significatives (Nye-Lengerman et Hewitt, 2019), la littérature explorant leur quotidien met en évidence divers enjeux. De fait, la majorité des adultes ayant une déficience intellectuelle ne

vivent pas de façon indépendante (Nye-Lengerman et Hewitt, 2019; Waldman-Levi *et al.*, 2019), ne sont pas impliqués dans des activités productives (Dusseljee *et al.*, 2011; Nye-Lengerman et Hewitt, 2019), n'ont pas accès à des occupations quotidiennes en accord avec leurs besoins et intérêts (Gray *et al.*, 2014; Gauthier-Boudreault *et al.*, 2017; Jacobs *et al.*, 2018) et ne participent pas à des loisirs dans la communauté (Foley *et al.*, 2012; Robertson et Emerson, 2010). Cet accès limité à des occupations valorisantes et souhaitées augmente, chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, le risque de déprivation occupationnelle, se manifestant par une expérience de déconnexion de soi, de l'anxiété et des difficultés comportementales (Beadle-Brown *et al.*, 2012; Haines, 2015; Lancioni *et al.*, 2015).

Reconnaissant que les champs d'exercice de l'ergothérapeute s'orientent principalement vers la participation à des occupations signifiantes liées aux sphères des soins personnels, des activités productives et des loisirs (Townsend et Polatajko, 2013), l'ergothérapeute aurait donc une place privilégiée dans l'équipe interdisciplinaire afin de favoriser l'autonomie et l'engagement de ces personnes dans une variété d'occupations. D'ailleurs, aux États-Unis, la demande ainsi que l'implication des ergothérapeutes semblent avoir augmenté dans les dernières années, entre autres, en raison de l'accroissement du nombre de personnes ayant quitté les institutions pour vivre en communauté ainsi que du nombre de programmes favorisant l'inclusion postsecondaire et l'emploi (Blaskowitz *et al.*, 2021). Des obstacles à la pratique des ergothérapeutes américains et australiens tendent toutefois à persister, notamment la méconnaissance des autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire quant à leurs rôles, le manque de temps, leur faible sentiment de compétence dans l'exercice de leurs rôles et, finalement, les ressources humaines et financières limitées pour les soutenir dans leur pratique (Kardos *et al.*, 2005; Mankey, 2011; Perez *et al.*, 2012).

Au Québec, l'implication de l'ergothérapeute semble également avoir évolué positivement. Effectivement, en 2001-2002, on retrouvait principalement des éducateurs spécialisés dans les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2016). Aujourd'hui, l'ergothérapie a été ajoutée dans l'offre de services spécialisés des programmes Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme – Déficience physique des centres intégrés en santé et services sociaux du Québec, et 149 ergothérapeutes y travaillent maintenant (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2022). Des ergothérapeutes travaillent également auprès de cette clientèle dans d'autres contextes de pratique, tels que les organismes communautaires et les milieux scolaires, mais aucune donnée ne semble être actuellement disponible pour les inventorier. L'accès aux interventions en ergothérapie reste cependant un défi au Québec, tout comme dans plusieurs autres endroits du monde (MSSS, 2016). Bien que le bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux ne fasse pas état des raisons de cette accessibilité limitée aux services d'ergothérapie (MSSS, 2016), il est possible de croire que l'importante liste d'attente pour y accéder dans le réseau public de la santé ainsi que la méconnaissance des divers rôles potentiels de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle contribuent à cette situation problématique. St-Laurent (2014) est un des rares auteurs à avoir exploré la pratique québécoise de l'ergothérapie auprès de cette clientèle. Cinq ergothérapeutes ont participé à des entrevues semi-dirigées visant à peindre un portrait de l'implication des ergothérapeutes lors de la transition vers la vie adulte. Selon cette auteure, le rôle de l'ergothérapeute s'actualise

majoritairement par la consultation auprès de l'équipe de professionnels, malgré le souhait des ergothérapeutes d'être davantage impliqués dans l'intervention directe auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Différents enjeux influençant leur pratique ont été cernés par cette étude, soit la priorisation des demandes s'orientant principalement vers la stimulation des enfants de 0 à 5 ans et la gestion des troubles de comportement, la disponibilité limitée des services dans la communauté ainsi que la compréhension de l'ergothérapie par les autres professionnels (St-Laurent, 2014).

La pratique québécoise de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle semble ainsi en plein développement en raison du nombre croissant d'ergothérapeutes œuvrant dans le réseau public de la santé et au sein d'autres milieux de pratique, dans les dernières années. Néanmoins, la littérature grise et scientifique liée à l'ergothérapie au Québec auprès de cette clientèle reste clairsemée et ne permet pas d'aiguiller le développement de la pratique. Par ailleurs, des chercheurs américains ont récemment répertorié les outils d'évaluation et d'intervention pertinents pour guider les ergothérapeutes œuvrant auprès de cette clientèle (Blaskowitz *et al.*, 2021; Mahoney *et al.*, 2021). À la suite de leurs études de portée, très peu d'articles réalisés au Québec ont été identifiés. Ces chercheurs américains encouragent notamment la réalisation de futures études qui explorent les outils d'évaluation et les interventions possibles en ergothérapie pour soutenir l'autonomie des personnes ayant une déficience intellectuelle dans diverses occupations (Blaskowitz *et al.*, 2021; Mahoney *et al.*, 2021). La présente étude avait donc pour objectif de réaliser une première exploration de la pratique ergothérapique au Québec auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle.

MÉTHODOLOGIE

L'équipe de recherche a obtenu, en 2018, l'approbation d'un comité d'éthique universitaire pour la réalisation de cette présente étude (2018-1258).

Devis de recherche

L'objectif principal de cette étude étant descriptif et exploratoire, l'équipe de recherche a choisi de privilégier un devis d'enquête descriptive transversale (Aggarwal et Ranganathan, 2019; Fortin et Gagnon, 2016). Ce devis vise la description d'un phénomène à un moment précis, ici par l'utilisation d'une enquête en ligne diffusée aux ergothérapeutes québécois. L'enquête en ligne permet l'atteinte d'un bassin plus étendu de participants et s'adapte facilement au contexte de pratique des ergothérapeutes, qui peuvent remplir le questionnaire au moment et à l'endroit de leur choix (Lachance *et al.*, 2021). Par l'utilisation de questions ouvertes et fermées, on souhaitait 1) brosser le portrait de la pratique des ergothérapeutes intervenant auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle au Québec; 2) explorer les différents outils d'évaluation et méthodes d'intervention utilisées en ergothérapie auprès de cette clientèle ainsi que les défis s'y rattachant, et finalement; 3) proposer des pistes d'actions à prioriser en recherche selon le point de vue des ergothérapeutes.

Participants

En utilisant une stratégie d'échantillonnage de convenance (définie par la recherche de volontaires selon Fortin et Gagnon, 2016), les ergothérapeutes ont été recrutés par l'entremise des ordres des ergothérapeutes provinciaux et de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Il est à noter que l'étude avait initialement pour objectif de poser un regard sur la pratique de l'ergothérapie au Canada. Cependant, ayant obtenu les réponses de seulement quatre ergothérapeutes travaillant à l'extérieur du Québec, la décision fut prise d'orienter cette étude vers la pratique québécoise (les données de ces quatre ergothérapeutes n'ont pas été incluses dans l'analyse). Un message comprenant une description du projet et le lien vers le questionnaire en ligne a été publié dans le journal mensuel de ces organismes. L'utilisation des réseaux sociaux a permis de rejoindre d'autres participants (p. ex. groupe Facebook d'ergothérapeutes du Québec). Pour être inclus dans l'étude, les ergothérapeutes devaient pratiquer au Québec, dans le domaine de la déficience intellectuelle, peu importe l'âge des clients. Les ergothérapeutes récemment diplômés tout comme ceux ayant accumulé plusieurs années d'expérience ont été invités dans le but de bien représenter la pratique ergothérapique actuelle. Ils devaient toutefois avoir cumulé au moins un an d'expérience auprès de cette clientèle.

Collecte de données

L'équipe de recherche a élaboré un questionnaire en ligne (disponible dans les deux langues officielles) en fonction des objectifs de l'étude, soit de brosser un portrait de la pratique ergothérapique auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle, ainsi que des stratégies d'évaluation et des méthodes d'intervention, des défis rencontrés dans la pratique et des pistes de recherches futures. Un premier membre de l'équipe de recherche a traduit le questionnaire du français vers l'anglais, puis deux autres membres ont procédé individuellement à la validation de la traduction. Les ergothérapeutes remplissaient le questionnaire sur la plateforme REDCap. Ils devaient signer le formulaire de consentement à la première page pour avoir accès aux questions permettant de répondre aux objectifs de recherche. Le questionnaire comprenait dix questions fermées permettant de recueillir des informations sur le participant et son contexte de pratique (voir Annexe 1 pour le contenu du questionnaire). Ces questions comprenaient notamment une section sur les formations reçues par les ergothérapeutes. Leur satisfaction à l'égard de la formation universitaire en ergothérapie et de la formation continue pour la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle a été mesurée avec une échelle de réponses de type Likert à cinq niveaux allant de très satisfait à très insatisfait. Leur sentiment de compétence quant à leur travail auprès de cette clientèle a aussi été mesuré sur une échelle visuelle analogue allant de 1 à 10.

On y retrouvait également huit questions ouvertes dont le but était d'explorer les motifs de référence en ergothérapie (raisons de consultation), les stratégies d'évaluation et les méthodes d'intervention utilisées par les ergothérapeutes, les défis liés à leur pratique auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ainsi que leurs recommandations pour le développement de la pratique. Le remplissage du questionnaire était d'une durée d'environ 15 à 30 minutes. Avant la diffusion du questionnaire,

deux ergothérapeutes l'ont testé afin de vérifier la clarté de la formulation des questions et leur adéquation avec les objectifs de recherche. Une relance a été effectuée un mois après la diffusion du questionnaire.

Analyse des données

L'analyse des données qualitatives provenant des questions ouvertes de l'enquête a été réalisée selon le processus proposé par Miles, Huberman et Saldana (2020). À partir des données écrites dans le questionnaire, deux membres de l'équipe de recherche ont identifié, de façon indépendante, les unités de sens dans les segments de texte, leur ont attribué un thème, puis ont regroupé les thèmes similaires. Les données qualitatives liées aux motifs de référence ainsi qu'aux stratégies d'évaluation et aux méthodes d'intervention ont été catégorisées en fonction des trois composantes qui forment le rendement occupationnel selon le Modèle canadien du rendement occupationnel (Townsend et Polatajko, 2013), soit la personne, l'environnement et l'occupation. Une grille d'analyse comprenant les thèmes, les catégories ainsi que les unités de sens associées provenant des réponses au questionnaire a été conçue et a évolué tout au long de l'analyse. Par la suite, l'équipe de recherche s'est réunie afin de déterminer les éléments de similitude et de divergence selon l'analyse faite par chacun des deux analystes. L'équipe de recherche a réalisé des analyses statistiques descriptives (pourcentages, effectifs) pour analyser les données sociodémographiques ainsi que les questions concernant la satisfaction et le sentiment de compétence des ergothérapeutes.

RÉSULTATS

Au total, 53 ergothérapeutes québécois ont rempli le questionnaire. Certaines questions ayant été laissées sans réponse par certains des participants, le nombre de répondants pour chaque question est précisé. Les caractéristiques des participants et de leur contexte de pratique seront tout d'abord présentées, suivront ensuite les résultats concernant les motifs de référence en ergothérapie, les stratégies d'évaluation et les méthodes d'intervention ainsi que leurs défis respectifs, puis finalement les pistes de recherches futures identifiées par les participants.

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des ergothérapeutes participants. Près de la moitié des ergothérapeutes possédaient une maîtrise ainsi qu'un baccalauréat. On note que 21 répondants avaient moins de 5 ans d'expérience. Les participants travaillaient auprès d'une clientèle composée de personnes nécessitant différents niveaux d'intensité de soutien et présentant des âges variés. Les ergothérapeutes travaillaient principalement dans des établissements de santé (n = 26), et 14 d'entre eux dans des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)[1].

[1] Le CRDI est l'ancienne appellation de ce qui est maintenant le Centre des Services spécialisés pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Tableau 1 : Caractéristiques des ergothérapeutes participants (n = 53)

Caractéristiques	n	%
Niveau d'études		
Baccalauréat (BSc)	26	49
Maîtrise (MSc)	25	47
Autre	2	4
Année de fin des études[a]		
1970-1979	1	2
1980-1989	2	4
1990-1999	15	27
2000-2009	17	31
2010-2019	20	36
Années d'expérience de travail en DI :		
0-5	21	40
6-10	12	22
11-15	9	17
16-20	7	13
21 et plus	4	8
Profil de la clientèle[b]		
Niveau de soutien		
Léger	42	27
Moyen	47	30
Grave	38	24
Profond	31	20

[a] Certains répondants ont indiqué plus d'une date de fin d'études, sans spécifier le type de formation y étant associé.

[b] Les répondants ont parfois indiqué plus d'un niveau de soutien et plus d'une tranche d'âge.

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques des ergothérapeutes participants (n = 53)

Caractéristiques	n	%
Âge		
0-5 ans	20	18
6-18 ans	38	35
19-30 ans	29	27
31 ans et plus	21	19
Milieux de pratique[c]		
Organisme communautaire	1	2
Santé	26	65
Département de pédopsychiatrie	2	5
Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)	4	10
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissant du développement (CRDITED)	14	35
Soutien à domicile (SAD)	6	15
École	11	28
École ordinaire – Classe spécialisée	4	10
École spécialisée	7	18
Autres	2	5
Recherche	1	3
Camp d'été	1	3

[c] Les répondants n'ont pas tous indiqué un milieu de pratique (n = 40). Il est à noter que la terminologie utilisée dans le questionnaire concernant les milieux de pratique correspond à l'organisation du réseau public de la santé avant la réforme de 2015 au Québec.

Satisfaction par rapport à la formation reçue

Les ergothérapeutes se disent majoritairement (90 %) satisfaits de la formation universitaire en ergothérapie qu'ils ont reçue pour la pratique de la profession auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle, seuls 4 % se montrent insatisfaits (n = 51 répondants à la question). Huit ergothérapeutes ont réalisé de la formation continue pertinente dans leur pratique de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle (n = 21 répondants à la question). Sur ces huit ergothérapeutes, sept ont indiqué être satisfaits de la formation continue reçue. Les formations continues auxquelles les participants ont pris part portaient sur différentes thématiques liées aux difficultés d'intégration sensorielle (p. ex. protocole de Wilbarger, Ready approach), à la gestion des comportements (p. ex. formation sur les mesures de contrôle, formation donnée par le Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement), à l'alimentation (p. ex. formation sur la dysphagie, approche SOS), aux approches neurodéveloppementales (p. ex. approche Floortime), à la communication (p. ex. formation à l'utilisation du programme ABC Boom), à l'autodétermination et finalement, à la motricité globale et fine.

Motifs de référence en ergothérapie

Les ergothérapeutes reçoivent des motifs de référence variés (n = 38 répondants à la question) dans le cadre de leur travail auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Parmi ceux-ci, l'amélioration du rendement occupationnel dans les activités de la vie quotidienne est le motif de référence nommé par le plus grand nombre de participants (n = 19). Certains participants ont notamment spécifié l'occupation travaillée, soit l'autonomie à l'alimentation (n = 6), l'hygiène (n = 2) et les déplacements (n = 4). Des ergothérapeutes identifient également l'adaptation de l'environnement (n = 5) ainsi que l'utilisation de mesure de contrôle (n = 2) comme deux des motifs de référence pour leurs services. Les ergothérapeutes reçoivent également des références pour intervenir sur le développement des habiletés dans un contexte scolaire (p. ex. écriture, découpage, positionnement au pupitre, développement des acquis pour l'entrée à l'école, sécurité dans le transport scolaire) et de loisirs (p. ex. apprentissage du vélo, développement du jeu). Deux participants soulignent aussi leur rôle dans l'intégration résidentielle, communautaire et socioprofessionnelle.

Certains motifs ciblent également le développement de capacités spécifiques, telles que les capacités motrices (n = 6; p. ex. motricité fine et globale), sensorielles (n = 4; p. ex. difficultés d'intégration sensorielle), cognitives (n = 2; p. ex. communication, perception visuelle), sociales (n = 1; p. ex. *« difficultés relationnelles avec les pairs »*) et affectives (n = 10; p. ex. troubles de comportement tels que des fugues et des comportements d'automutilation).

Outils d'évaluation et les défis associés

Différents outils d'évaluation utilisés auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle ont été identifiés par 48 ergothérapeutes. La majorité des ergothérapeutes utilisent des stratégies d'évaluation de type général, comme les observations dans le milieu réel (n = 29), des entrevues libres ou structurées auprès de la personne ayant une

déficience intellectuelle, des parents et des intervenants (n = 22), différentes évaluations « maison » développées par l'ergothérapeute (n = 14), et des mises en situation (n = 12).

L'outil identifié par le plus grand nombre de participants pour l'évaluation du développement général d'une personne est la batterie Talbot (n = 11), développée au Québec. Plusieurs ergothérapeutes utilisent le Profil sensoriel de Dunn (n = 21) pour documenter les capacités sensorielles, le PDMS-2 (n = 8) pour les capacités motrices et le Beery-VMI (n = 10) pour les capacités d'intégration visuomotrice. D'autres ergothérapeutes se réfèrent aussi à différents outils pour explorer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, l'outil AMPS étant suggéré par cinq ergothérapeutes. Le Tableau 2 présente différents outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes participants. Trois outils d'évaluation ont aussi été proposés par un seul participant pour l'évaluation de l'autonomie à l'école (Miller Function and Participation Scales et School Function Assessment) et au jeu (Revised Knox Preschool Play Scale).

Tableau 2 : Les outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes (n = 48)

Composantes du rendement	Outils d'évaluation (auteurs)	n	%
Développement global	Batterie Talbot (Talbot, G.)	11	23
	Brigance Inventory of Early Development II (Brigance, A.)	2	4
Sensorielle	Profil sensoriel (Dunn, W.)	21	44
Motrice	Peabody Developmental Motor Scales 2 (PDMS-2) (Rhonda Folio, M. et Fewell, R.R)	8	17
	Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant – Seconde édition (MABC-2) (Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R. et Albaret, J.M.)	4	8
Cognitive	Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration (Beery VMI) (Beery, K.E., Buktenica, N.A. et Beery, N.A.)	10	20
Autonomie	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Zeltzer, L.)	5	10
	Entrevue basée sur la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. et Pollock, N.)	3	6
	Mesure des habitudes de vie, version 4.0 (MHAVIE 4.0) (Fougeyrollas, P. et Noreau, L.)	2	4

Les défis identifiés par les participants quant à la démarche évaluative auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle sont en lien avec 1) les outils d'évaluation utilisés (n = 37), 2) les caractéristiques de la personne ayant une déficience intellectuelle (n = 16), ainsi que 3) l'environnement social, soit la famille et les intervenants (n = 6). Premièrement, les participants rapportent la spécificité limitée des outils pour les personnes ayant une déficience intellectuelle en raison de l'absence de valeurs normatives pour cette clientèle et la difficulté de procéder à l'administration des outils de façon standardisée : « *Évaluations standardisées comportent des consignes parfois peu flexibles, difficiles à appliquer en présence de difficultés de compréhension* ». Deuxièmement, certaines difficultés à administrer les outils d'évaluation sont liées avec le fait que

la personne ayant une déficience intellectuelle a, entre autres, des difficultés de compréhension (n = 6), de communication (n = 2) et d'attention (n = 1). Comme le souligne un participant :

> « Il est souvent difficile d'obtenir de l'information lors d'entrevue avec les personnes ayant une déficience intellectuelle en raison de leur difficulté de communication. Souvent, leur endurance limitée fait en sorte que l'on doit faire plusieurs courtes périodes d'évaluation. Et il arrive que les personnes soient méfiantes et modifient leur façon de fonctionner dans l'activité. Elles ont également un fort désir de plaire et cela influence également l'évaluation ».

Troisièmement, selon les réponses au questionnaire, il semble parfois difficile d'obtenir la collaboration des parents (n = 3) et des informations du personnel (n = 2), parce que celui-ci change fréquemment et que le suivi des informations n'est pas toujours effectué : « *changement fréquent des intervenants = perte d'information au fil du temps* ».

Méthodes d'intervention et les défis associés

Au total, 36 ergothérapeutes ont rapporté les stratégies utilisées pour intervenir sur les différentes cibles nommées dans la section *Motifs de référence*. La consultation (n = 16) et la formation (« coaching », n = 8) auprès d'intervenants et de la famille ont été mentionnées par plusieurs participants. L'entrainement à la tâche sous forme de mise en situation est rapporté par deux ergothérapeutes. L'intervention peut se faire en individuel ou en petit groupe. L'adaptation de l'environnement (n = 11) et de la tâche (n = 6) ainsi que l'utilisation d'aide technique (n = 4) sont d'autres stratégies d'intervention identifiées par les ergothérapeutes. Quelques participants disent intégrer également des pictogrammes ainsi que la technologie pour répondre aux besoins de leur client.

Quant aux défis rapportés à l'égard de l'intervention en ergothérapie, les participants mentionnent en premier lieu des enjeux en lien avec les caractéristiques de la personne ayant une déficience intellectuelle (n = 10), notamment sur le plan de la compréhension des recommandations, de la généralisation des acquis, de la communication et de la collaboration aux interventions. Le deuxième défi cible le manque de ressources pour soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique. Plus précisément, les participants rapportent le manque de données scientifiques et de formations sur la déficience intellectuelle pour les guider dans leurs interventions (n = 6), le temps limité pour répondre à l'ensemble des besoins de leurs clients (n = 4) ainsi que le peu d'occupations disponibles dans la communauté (n = 1).

Priorités pour le développement de la pratique

Au total, 36 ergothérapeutes ont fait part de suggestions pour orienter les futures recherches sur la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Une priorité identifiée par certains ergothérapeutes concerne le développement de leur rôle dans le soutien aux transitions vécues par les familles (n = 6), dont fait partie la transition vers l'âge adulte (n = 4). D'autres voient une priorité dans le développement d'évaluations et d'interventions spécifiques à la clientèle (n = 6), dont

les interventions et les approches sensorielles, les troubles graves du comportement et les mesures de contrôle. Certains participants désirent également voir le développement de la pratique ergothérapique sur le plan de la production de données scientifiques (n = 6), notamment sous forme de guides de pratique pouvant les soutenir dans leurs interventions. En ressortent également les besoins de mieux faire connaître l'apport de la profession auprès de cette clientèle (n = 4), de mieux définir le rôle des ergothérapeutes pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (n = 1), de bonifier l'offre de services pour mieux accompagner la clientèle (n = 3), et de créer plus de postes afin d'y parvenir (n = 1). Une autre priorité cible la mise de l'avant de l'importance des interventions interdisciplinaires (n = 3) et des interventions auprès des parents et de l'entourage des personnes ayant une déficience intellectuelle (n = 3). Finalement, la bonification de la formation continue et universitaire (n = 4), pour intégrer les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle, est ressortie dans les priorités.

DISCUSSION

Cette étude est une première exploration à visée descriptive de la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle au Québec. Au total, 53 ergothérapeutes québécois ont participé à cette enquête en ligne, permettant de documenter les contextes de pratique, les motifs de référence en ergothérapie, les stratégies d'évaluation et méthodes d'intervention privilégiées par les ergothérapeutes, ainsi que de proposer des pistes d'actions futures pour guider le développement de la pratique.

Les ergothérapeutes ayant participé à cette étude ne travaillent pas seulement dans le réseau public de la santé, mais sont également présents dans les milieux scolaires et les organismes communautaires. Cette étude ne permettant pas de distinguer les rôles de l'ergothérapeute en fonction de son milieu de pratique, il serait intéressant d'étudier davantage la diversité de l'offre de services selon cette variable. En outre, les participants travaillent auprès de personnes de tous âges et ayant des capacités fonctionnelles très variées, indiquant ainsi l'étendue des besoins de la clientèle, comme le soulignent Kottorp *et al.* (2003). Près de la moitié des participants indiquent travailler, entre autres, auprès d'adultes ayant une déficience intellectuelle grave à profonde. Il serait fort pertinent dans de futures études d'explorer la spécificité des rôles de l'ergothérapeute auprès de ces adultes, d'autant plus que Waldman-Levi *et al.* (2019) soulèvent l'absence d'écrits scientifiques dans ce domaine de pratique. D'ailleurs, certaines pistes d'intervention sont proposées dans la littérature, qui pourraient inspirer les ergothérapeutes dans leur pratique auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle grave à profonde, telles que les histoires multisensorielles (Brug *et al.*, 2015, 2016; Penne *et al.*, 2011) et l'utilisation de technologies pour faciliter la participation dans les activités productives (Lancioni *et al.*, 2013, 2014, 2019; 2021). La technologie est d'ailleurs une stratégie prometteuse pour encourager les comportements autodéterminés (Blaskowitz *et al.*, 2021). Par exemple, l'utilisation d'interrupteur contribuerait à augmenter les possibilités de prise de décision et à favoriser un sentiment de contrôle sur l'environnement (Tam *et al.*, 2011). Bien que la technologie représente une avenue fort intéressante pour l'amélioration de l'autonomie des personnes ayant une déficience

intellectuelle (Blaskowitz *et al.*, 2021; Waldman-Levi *et al.*, 2021), un seul participant rapporte utiliser des outils technologiques dans sa pratique ergothérapique.

Il est intéressant de noter que, parmi les répondants, seulement 38 % ont rapporté avoir suivi une ou plusieurs formations continues pouvant être pertinentes pour soutenir la pratique ergothérapique auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les sujets des formations continues nommés par les ergothérapeutes ciblent par ailleurs une population plus générale que seulement les personnes ayant une déficience intellectuelle (p. ex. ABC Boom, l'approche *floortime*, la dysphagie). Il est possible que peu de formations soient actuellement offertes spécifiquement pour cette clientèle ou encore qu'elles soient difficilement accessibles pour les ergothérapeutes travaillant dans différentes régions et provinces du Québec. De là, l'importance de la bonification de l'offre de formation continue spécifique à la clientèle et à l'ergothérapie, qui se trouve d'ailleurs dans les priorités pour le développement de la pratique relevées par les participants. Trois participants ont notamment mentionné avoir suivi une formation sur l'autodétermination des personnes ayant une déficience intellectuelle. De fait, l'autodétermination est inhérente à la majorité des évaluations et des interventions menées par les ergothérapeutes. Effectivement, « l'autodétermination s'actualise dans chacune des occupations du quotidien et […] elle a été démontrée comme favorisant l'engagement occupationnel (Bibeau, 2022, p. 2). Pourtant, encore fort peu d'écrits ciblent l'apport de l'ergothérapie dans l'actualisation du potentiel d'autodétermination des personnes ayant une déficience intellectuelle (Bibeau, 2022). À notre connaissance, Bibeau (2022) est un des seuls auteurs à s'être intéressée aux rôles de l'ergothérapeute dans le soutien à l'autodétermination de cette clientèle. Dans son essai, elle présente les résultats d'entrevues menées auprès de sept ergothérapeutes québécois. Il serait intéressant de poursuivre sa réflexion afin de bonifier la pratique ergothérapique dans ce domaine.

L'exploration des raisons de consultation en ergothérapie met de l'avant le rôle clé de l'ergothérapeute dans le développement de l'autonomie des personnes ayant une déficience intellectuelle dans les activités de la vie quotidienne réalisées à domicile et à l'école. Néanmoins, très peu de participants ont soulevé leur implication dans le soutien à l'engagement au sein d'occupations liées aux loisirs et à la productivité. Il est possible que le rôle de l'ergothérapeute s'oriente peu vers la participation dans les loisirs en raison du manque de services disponibles dans la communauté (Foley *et al.*, 2012), un défi de la pratique identifié par les participants de la présente étude et de celle de St-Laurent (2014). Blaskowitz *et al.* (2021) encouragent notamment le développement des connaissances au sujet de la participation dans la communauté et dans les loisirs. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'inclusion socioprofessionnelle semble davantage se développer à l'extérieur du Québec, considérant qu'un seul participant a relevé son rôle dans l'inclusion communautaire et professionnelle. Effectivement, Blaskowitz *et al.* (2021), dans son étude de la portée sur l'intervention en ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle, a identifié 18 articles ciblant le rendement occupationnel à l'emploi ou dans des activités productives. Dans le contexte québécois, des services d'inclusion socioprofessionnelle sont disponibles, mais l'équipe est principalement composée de conseillers d'orientation, de travailleurs sociaux, d'éducateurs spécialisés et de psychoéducateurs. L'expertise de l'ergothérapeute pourrait pourtant avoir un apport considérable dans l'évaluation des habiletés de la personne ayant une déficience

intellectuelle, de l'environnement de travail et des occupations en accord avec ses intérêts et ses besoins, et ce, afin de favoriser une expérience positive d'inclusion dans une occupation productive (Rosner *et al.*, 2020). Par ailleurs, des auteurs mettent aussi de l'avant la faible présence des ergothérapeutes dans la planification de la transition vers la vie adulte (Gauthier-Boudreault *et al.*, 2017; Rosner *et al.*, 2020). Dans la présente étude, un seul participant dit être impliqué dans la transition résidentielle des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les périodes de transition sont multiples et peuvent avoir des impacts occupationnels considérables. Le maintien des rôles sociaux valorisés et l'engagement continu dans des occupations signifiantes sont pourtant considérés comme des facilitateurs à l'expérience positive de transition (Orentlicher *et al.*, 2015), d'où le potentiel de l'expertise des ergothérapeutes. Effectivement, Orentlicher *et al.* (2015) ont publié un livre sur les rôles de l'ergothérapeute dans le contexte de transition de vie, mettant en évidence la pertinence de développer l'offre de services dans ce domaine. Ce livre étant publié par l'Association américaine des ergothérapeutes, l'hypothèse que ce rôle s'actualise encore peu en contexte canadien et québécois est renforcée.

Les participants de cette étude ont proposé plusieurs outils afin d'analyser les capacités de la personne et son rendement dans diverses occupations. Malgré le fait que l'adaptation de l'environnement représente une cible d'intervention souvent mentionnée par les participants, aucun outil visant à évaluer l'environnement physique de la personne n'a été proposé. Ce constat est en accord avec les résultats de l'étude de Mahoney *et al.* (2021) qui encouragent l'exploration future des outils d'évaluation dans ce domaine. D'ailleurs, en comparant la liste d'outils proposés par ces auteurs à la suite de leur étude de la portée, il est possible de constater que plusieurs autres outils d'évaluation pourraient soutenir la pratique de l'ergothérapie au Québec. Il serait intéressant d'explorer l'applicabilité des outils proposés par Mahoney *et al.* (2021) dans le contexte québécois, et éventuellement de documenter leur implantation dans la pratique clinique. En accord avec les résultats de Waldman-Levi *et al.* (2019), les participants relèvent notamment le défi de mener une démarche pleinement centrée sur la personne en raison des difficultés cognitives liées à la déficience intellectuelle. Plusieurs outils autorapportés ou d'observation ainsi que des adaptations possibles pour réaliser les entrevues sont disponibles dans la littérature (Mahoney *et al.*, 2021). L'exploration de ces outils faciliterait l'engagement actif de la personne ayant une déficience intellectuelle dans son processus d'évaluation et d'intervention, favorisant ultimement le choix d'occupations en accord avec ses valeurs et ses intérêts.

Tout comme dans les résultats de l'étude de Blaskowitz *et al.* (2021) et de St-Laurent (2014), les ergothérapeutes disent agir principalement comme consultants et formateurs auprès des intervenants et des familles. Quelques participants nomment également la réalisation d'interventions de groupe comme méthode d'intervention auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les groupes visant l'engagement et le rendement occupationnel dans des occupations signifiantes ont notamment comme avantage d'être rentables et de promouvoir la participation sociale (Haertl et Barrett, 2014). Un des défis liés à l'intervention soulevés par un participant cible le développement d'une relation de collaboration avec les parents en raison notamment de l'épuisement noté chez ceux-ci. L'adoption d'une approche centrée sur la famille représente d'ailleurs un élément clé de l'intervention en ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle (Donati, 2009; Haertl et Barrett, 2014). Cependant,

aucun ergothérapeute dans la présente étude ne rapporte soutenir les parents dans le maintien d'un équilibre occupationnel et l'engagement dans des occupations qui sont signifiantes pour les enfants ayant une déficience intellectuelle. Il serait intéressant d'explorer davantage les rôles de l'ergothérapeute dans le soutien aux parents.

Ainsi, cette étude contribue à mettre de l'avant les différents rôles des ergothérapeutes auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Bien que leurs rôles soient multiples, leur implication pourrait être encore plus étendue afin de répondre aux besoins variés de cette clientèle. Leurs ressources gagneraient à être plus spécifiques et adaptées à la clientèle et à leur famille, en termes d'outils permettant de mener un processus d'évaluation et d'intervention probant. Effectivement, Blaskowitz *et al.* (2021) encouragent le développement d'une pratique ergothérapique émergente, notamment la promotion d'une saine santé mentale, qui sort des rôles traditionnels de l'ergothérapeute.

Forces et limites

L'utilisation d'une enquête en ligne a permis de rejoindre des participants provenant de plusieurs régions administratives du Québec et d'obtenir un portrait représentatif de la pratique des ergothérapeutes québécois. Se basant sur le nombre d'ergothérapeutes travaillant en centres de réadaptation en déficience intellectuelle actuellement au Québec, un taux de réponse d'approximativement 35 % fut obtenu, ce qui est dans la moyenne attendue pour le pourcentage de réponse à un questionnaire (Fortin et Gagnon, 2016). Cependant, un taux de réponse plus faible était à anticiper en raison du nombre d'ergothérapeutes ne travaillant pas dans ce contexte de pratique. Une force de l'échantillon repose néanmoins sur la répartition des ergothérapeutes travaillant dans différents milieux (p. ex. milieu scolaire, organismes communautaires). D'ailleurs, certains auteurs notent une plus faible implication des participants ainsi qu'un plus grand nombre de réponses non complétées dans les enquêtes en ligne depuis quelques années (Frippiat et Marquis, 2010; Gingras et Belleau, 2015). Toutefois, ceux-ci soutiennent également que, par son anonymat et par l'absence d'un intervieweur, le format en ligne du questionnaire laisse une plus grande place aux ergothérapeutes pour s'exprimer, limitant le biais de désirabilité sociale (Frippiat et Marquis, 2010; Gingras et Belleau, 2015). L'utilisation de questions à court développement afin de documenter les motifs de référence, les stratégies d'évaluation et les méthodes d'intervention ainsi que leurs défis respectifs a apporté une plus grande richesse dans les données recueillies. Néanmoins, la profondeur des réponses reste moindre qu'avec l'utilisation d'autres stratégies de collecte de données qualitatives, telles que l'entrevue individuelle et les groupes de discussion. Effectivement, certains participants notaient seulement des mots clés sans mettre en contexte leur réponse. Pour limiter le biais d'interprétation, deux membres de l'équipe ont analysé de façon indépendante les questionnaires et ont discuté régulièrement des résultats. Plusieurs données manquantes ont aussi été constatées lors de l'analyse des données du questionnaire. Pour favoriser une meilleure compréhension des résultats, le nombre de participants ayant répondu à chaque question a été mentionné tout au long de l'article.

Conclusion

Cette étude est une première exploration de la pratique québécoise de l'ergothérapie auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les résultats mettent de l'avant la pertinence et l'importance de l'approche ergothérapique auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle dans divers contextes de pratique. Au moyen d'outils d'évaluation et de méthodes d'intervention plus adaptés à la clientèle, ou conçus spécifiquement pour celle-ci, l'apport de l'expertise des ergothérapeutes pourrait être mis en valeur dans des contextes interdisciplinaires où ils ne sont pas encore reconnus de façon optimale. Plusieurs rôles de l'ergothérapeute restent à explorer afin de guider le développement de la pratique au Québec, notamment leur implication dans l'engagement occupationnel lié aux loisirs et aux activités productives, l'accompagnement lors des transitions de vie, la promotion d'une saine santé mentale et le soutien à la famille.

Remerciements

Les auteures souhaitent remercier l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé au présent projet pour le temps et l'intérêt porté à celui-ci.

Financements

Aucun financement n'est associé à cette étude.

Références bibliographiques

Aggarwal, R. et Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 2 - Descriptive studies. *Perspectives in Clinical Research, 10*(1), 34-36.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11e ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) American Psychiatric Association Publishing.

Beadle-Brown, J., Hutchinson, A. et Whelton, B. (2012). Person-Centred Active Support - Increasing Choice, Promoting Independence and Reducing Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 25*(4), 291–307.

Bibeau, A. (2022). Autodétermination et déficience intellectuelle : perspective d'ergothérapeutes sur les pratiques à prioriser [essai]. Université du Québec à Trois-Rivières.

Blaskowitz, M. G., Johnson, K. R., Bergfelt, T. et Mahoney, W. J. (2021). Evidence to inform occupational therapy intervention with adults with intellectual disability: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy, 75*, 7503180010.

Brug, A. T., Van der Putten, A. A. J., Penne, A., Maes, B. et Vlaskamp, C. (2016). Making a difference? A comparison between multi-sensory and regular storytelling for persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*(11), 1043-1053.

Brug, A. T., Van der Putten, A. A. J., Penne, A., Maes, B. et Vlaskamp, C. (2015). Factors Influencing Attentiveness of People With Profound Intellectual and Multiple Disabilities to Multisensory Storytelling. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 12*(3), 190-198.

Donati, S. (2009). Working with people with learning disabilities and their networks. Dans J. Goodman, J. Hurts et C. Locke (dir.). *Occupational therapy for people with learning disabilities. A practical guide* (pp. 225-246). Elsevier Publication.

Dusseljee, J. C. E., Rijken, P. M., Cardol, M., Curfs, L. M. G. et Groenewegen, P. P. (2011). Participation in daytime activities among people with mild or moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*, 4-18.

Foley, K. R., Dyke, P., Girdler, S., Bourke, J. et Leonard, H. (2012). Young adults with intellectual disability transitioning from school to post-school: A literature review framed within the ICF. *Disability and Rehabilitation, 34*(20), 1747-1764.

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Chenelière éducation.

Frippiat, D., et Marquis, N. (2010). Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux. *Population, 65*(2), 309-338.

Gauthier-Boudreault, C., Gallagher, F., et Couture, M. (2017). Specific needs of families of young adults with profound intellectual disability during and after transition to adulthood: What are we missing? *Research in Developmental Disabilities, 66*, 16-26.

Gingras, M.-È., Belleau, H., INRS - Urbanisation, culture et société, et Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2015*). Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature*. Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation, Culture et Société. https://espace.inrs.ca/id/eprint/2678/1/Inedit02-15.pdf

Gray, K. M., Piccinin, A., Keating, C. M., Taffe, J., Parmenter, T. R., Hofer, S., et Tonge, B. J. (2014). Outcomes in young adulthood: are we achieving community participation and inclusion? *Journal of Intellectual Disability Research, 58*, 734-745.

Haertl, K. (2014). Evaluation and intervention for adults with intellectual and developmental disabilities. Dans K. Haertl (dir.). *Adults with intellectual and developmental disabilities. Strategies for occupational therapy* (p. 59-82). American Occupational Therapy Association Press.

Haertl, K., et Barrett, K. (2014). Service delivery and Family systems. Dans K. Haertl (dir.). *Adults with intellectual and developmental disabilities. Strategies for occupational therapy* (p. 169-186). American Occupational Therapy Association Press.

Haines, D. J. (2015). *Occupational therapy supporting people with profound intellectual disabilities to engage in occupation at home* [thèse de doctorat]. University of Brighton. https://cris.brighton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/379671/DH+Thesis+FINAL+13.10.15.pdf

Hanzen, G., Waninge, A., Vlaskamp, C., van Nispen, R. M. A., et van der Putten, A. A. J. (2018). Participation of adults with visual and severe or profound intellectual disabilities: Analysis of individual support plans. *Research in Developmental Disabilities, 83*, 132-141.

Hocking, C., et Wright-St-Clair, V. (2011). Occupational Science : Adding Value to Occupational Therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy, 58*(1), 29.

Jacobs, P., MacMahon, K., et Quayle, E. (2018). Transition from school to adult services for young people with severe or profound intellectual disability: A systematic review utilizing framework synthesis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,* 1-21.

Kardos, M. et Prud'Homme White, B. (2005). The role of the school-based occupational therapist in secondary education transition planning: a pilot survey study. *American Journal of Occupational Therapy, 59*(2), 173-180.

Kottorp, A., Hällgren, M., Bernspång, B., et Fisher, A. G. (2003). Client-centred Occupational Therapy for Persons with Mental Retardation: Implementation of an Intervention Program in Activities of Daily Living Tasks. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 10*(2), 51-60.

Lachance, L., Cournoyer, L., et Richer, L. (2021). Enquêtes en ligne. Exemple d'une étude longitudinale en ligne sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication auprès de travailleurs autonomes. Dans

M. Corbière et N. Larivière (dir.), Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. *De la recherche en science humaines, sociales et de la santé* (2e éd., p. 753-774). Presses de l'Université du Québec.

Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Perilli, V., et Campodonico, F. (2017). Promoting Functional Activity Engagement in People with Multiple Disabilities through the Use of Microswitch-Aided Programs. *Frontiers in Public Health, 5*, 1-8.

Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Green, V. A., Oliva, D. et Campodonico, F. (2013). Two men with multiple disabilities carry out an assembly work activity with the support of a technology system. *Developmental Neurorehabilitation, 16*(5), 332 339.

Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Perilli, V., Laporta, D., Campodonico, F., Oliva, D., et Groeneweg, J. (2014). People with multiple disabilities learn to engage in occupation and work activities with the support of technology-aided programs. *Research in Developmental Disabilities, 35*(6), 1264 1271.

Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Campodonico, F. et Chiariello, V. (2019). Promoting Occupational Engagement and Personal Satisfaction in People with Neurodevelopmental Disorders via a Smartphone-Based Intervention. *Advances in Neurodevelopmental Disorders, 3*(3), 259 266.

Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Tenerelli, G., Ricci, C., Marschik, P. B. et Desideri, L. (2021). Tying the Delivery of Activity Step Instructions to Step Performance: Evaluating a Basic Technology System with People with Special Needs. *Advances in Neurodevelopmental Disorders, 5*(4), 488 497.

Mahoney, W. J., Blaskowitz, M. G., et Johnson, K. R. (2021). Occupational therapy-related assessments for adults with intellectual disability: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy, 75*, 7503180100.

Mankey, T. A. (2011). Occupational Therapists' Beliefs and Involvement with Secondary Transition Planning. *Physical et Occupational Therapy In Pediatrics, 31*(4), 345-358.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck/Solal.

Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldana, J. (2020). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook* (4e ed.). Sage Publications.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour les programmes-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme*. http://publications.msss.gouv.-qc.ca/msss/document-001766/

Nye-Lengerman, K. M., et Hewitt, A. S. (2019). Community living and participation: A comprehensive Framework. Dans A. S. Hewitt et K. M. Nye-Lengerman (dir.). *Community living and participation for people with intellectual and developmental disabilities* (pp. 1-25). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Orentlicher, M. L., Schefkind, S., et Gibson, R. W. (2015). *Transitions across the lifespan. An occupational therapy approach*. American Occupational Therapy Association Press.

Penne, A., Brug, A. T., Munde, V., van der Putten, A., Vlaskamp, C., et Maes, B. (2011). Staff interactive style during multisensory storytelling with persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(2), 167-178.

Perez, M., Carlson, G., Ziviani, J., et Cuskelly, M. (2012). Contribution of Occupational Therapists in Positive Behaviour Support. *Australian Occupational Therapy Journal, 59*(6), 428-436.

Robertson, J., et Emerson, E. (2010). Participation in sports by people with intellectual disabilities in England: A brief report. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23*, 616-622.

Rosner, T., Grasso, A., Scott-Cole, L., Villalobos, A., et Mulcahey, M. J. (2020). Scoping review of school-to-work transition for youth with intellectual disabilities: A practice gap. *American Journal of Occupational Therapy, 74*, 7402205020.

Simonato, I., Duchesneau, S., Lussier-Desrochers, D., et Normand, C. L. (2019). *Le programme FU-T : programme de formation à l'utilisation des technologies*. Trois-Rivières, QC : Centre de partage d'expertise en intervention technoclinique.

St-Laurent, P. (2014). *Le rôle de l'ergothérapie au Québec dans la transition à la vie adulte de jeunes ayant une déficience intellectuelle [essai de maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières]*. https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7460/1/030817975.pdf

Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J., et Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities, 38*, 18-29.

Tam, G. M., Phillips, K. J., et Mudford, O. C. (2011). Teaching individuals with profound multiple disabilities to access preferred stimuli with multiple microswitches. *Research in Developmental Disabilities, 32*(6), 2352-2361.

Townsend, E., et Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice à travers l'occupation* (2e éd.). Canadian Occupation Therapy Association Publications.

Waldman-Levi, A., Golisz, K., Swierat, R. P., et Toglia, J. (2019). Scoping review: Interventions that promote functional performance for adolescents and adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1-11.

Whalley Hammel, K. (2020). *Engagement in living : Critical perspectives on occupation, rights, and well-being.* Canadian Association of Occupational Therapists.

ANNEXE : EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE DIFFUSÉ AUX ERGOTHÉRAPEUTES

VOTRE VOIX POUR AMÉLIORER LES SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE OFFERTS À LA CLIENTÈLE « DÉFICIENCE INTELLECTUELLE »

Renseignements sociodémographiques	
1. Quel est votre plus haut niveau d'études (en ergothérapie et autres formations) ?	☐ Baccalauréat ☐ Maîtrise ☐ Doctorat ☐ Certificat
2. En quelle année avez-vous terminé votre formation universitaire ?	_____ _____
3. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de votre formation universitaire en ergothérapie par rapport à la DI ?	☐ 1. Très satisfait ☐ 2. Satisfait ☐ 3. Ni satisfait ni insatisfait ☐ 4. Insatisfait ☐ 5. Très insatisfait
4. Avez-vous suivi des formations continues en lien <u>avec la clientèle DI</u> que vous avez trouvées aidantes ? 5.1 Si oui, lesquelles ?	☐ Oui ☐ Non _____ _____ _____ _____ _____ _____
5. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard des formations continues que vous avez suivies en lien avec la clientèle présentant une DI ?	☐ 1. Très satisfait ☐ 2. Satisfait ☐ 3. Ni satisfait ni insatisfait ☐ 4. Insatisfait ☐ 5. Très insatisfait
6. Combien d'années d'expérience de travail avez-vous <u>auprès de la clientèle DI</u> ?	_____ _____ _____ _____
7. Dans quel contexte de pratique intervenez-vous avec la clientèle présentant une DI ?	_____ _____ _____ _____

Clientèle	
8. Auprès de quelle clientèle travaillez-vous en DI ?	
8.1 Degré d'atteinte	☐ 1. Léger ☐ 2. Moyen ☐ 3. Grave ☐ 4. Profond
8.2 Groupe d'âge	☐ 1. 0-5 ans ☐ 2. 6-18 ans ☐ 3. 18-30 ans ☐ 4. 30 ans et plus

Évaluation	
9. Quelles sont les méthodes d'évaluation que vous utilisez le plus avec la clientèle DI (standardisées, maison, observation, entrevues, etc.) ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
10. Quels sont les 5 outils d'évaluation que vous utilisez le plus avec la clientèle DI ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
11. Quels sont les principaux défis que vous rencontrez face à l'évaluation de la clientèle DI ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Intervention	
12. Quels sont vos motifs de référence les plus courants pour la clientèle DI ?	
13. Quelles modalités d'interventions utilisez-vous principalement avec votre clientèle DI ?	
14. Dans quel(s) milieu(x) faites-vous habituellement vos interventions (p. ex. à domicile, CRDI...) ?	
15. Comment réalisez-vous habituellement vos interventions (p. ex. consultation, thérapie de groupe, intervention individuelle, etc.) ?	
16. Avec qui réalisez-vous habituellement vos interventions (p. ex. parent, jeune présentant une DI, fratrie, intervenant du milieu scolaire, etc.) ?	

17. Quels sont les principaux défis que vous rencontrez dans l'intervention auprès de la clientèle présentant une DI ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
18. Quelles sont les ressources dont vous disposez afin de pouvoir avoir une meilleure pratique (p. ex. guides de pratique, modèles, formation continue, etc.) ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19. Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous votre sentiment de compétence au travail auprès de la clientèle DI ?	☐ 0. Très incompétent ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. Très compétent
Rôles et pratique de l'ergothérapeute	
20. Quelles notions auriez-vous apprécié recevoir lors de votre formation universitaire concernant le rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle DI (p. ex. concepts-thèmes pertinents, sexualité, productivité, autonomie, logement, autodétermination) ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

21. Quelles seraient vos priorités en termes de développement de la pratique en ergothérapie auprès de la clientèle présentant une DI (outils d'évaluation standardisés, guides de pratique, formation continue spécifique à la clientèle) ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !

Volume 9, Numéro 1 | 2023

ARTICLE DE RECHERCHE

PORTRAIT DES DIFFICULTÉS OCCUPATIONNELLES DES ENFANTS FRANÇAIS À L'ÉCOLE PRIMAIRE ET SUIVIS EN ERGOTHÉRAPIE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Perrine Vermeulen[1], **Capucine Hamdi-Bourgois**[2]

[1] *Ergothérapeute, MSc, PhD Student, École de Réadaptation, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Grand Montréal (CRIR), Québec (Canada)*

[2] *Ergothérapeute libérale, formatrice, Porcheux (France)*

Adresse de contact : perrine.vermeulen@umontreal.ca

Reçu le 16.04.2021 – Accepté le 18.04.2023

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.200

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

RÉSUMÉ

Introduction : La participation de l'enfant dans ses occupations est essentielle pour son développement. Les occupations sont réparties tout au long de la journée dans ses soins personnels, ses activités scolaires et ses loisirs. La Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) peut être utilisée en ergothérapie lors de l'entretien initial pour faire émerger les difficultés occupationnelles de l'enfant, en lien ou non avec un support imagé tel que l'Outil THérapeutique d'autodétermination des Objectifs Pédiatriques en Ergothérapie (OT'Hope). Le but de cette étude est d'établir le portrait des difficultés occupationnelles des enfants français suivis en ergothérapie et âgés de 6 à 12 ans.

Méthodologie : Une analyse descriptive rétrospective et exploratoire a été effectuée sur les données recueillies par la MCRO, avec l'utilisation ou non de l'OT'Hope, en 2019. En utilisant la méthode d'échantillonnage par convenance, 10 ergothérapeutes formés à la passation de la MCRO ont été invités à transmettre leurs données. Des analyses statistiques descriptives et de comparaison de moyenne ainsi qu'une analyse thématique sur les occupations soulevées ont été faites.

Résultats : 720 activités auprès de 104 enfants ont été identifiées comme limitant leur participation dans leurs occupations. Le profil des difficultés occupationnelles est plutôt homogène entre les filles et les garçons sauf pour l'hygiène ($p = 0,0002$) et l'organisation du travail scolaire ($p = 0,0009$). L'écriture est l'activité la plus citée (19,3 %) alors que les loisirs représentent le domaine le moins évoqué par les enfants (6,81 %).

Implication pour la pratique : La sous-représentativité des difficultés occupationnelles dans le domaine des loisirs devrait encourager les ergothérapeutes à être particulièrement attentif à poser des questions sur ce domaine lors des entretiens semi-directifs avec l'enfant en début de l'accompagnement.

MOTS-CLÉS

Occupation, Enfants, MCRO, OT'Hope, Loisirs, Ergothérapie, Étude exploratoire

PORTRAIT OF OCCUPATIONAL DIFFICULTIES OF FRENCH CHILDREN IN ELEMENTARY SCHOOL AND FOLLOWED IN OCCUPATIONAL THERAPY: AN EXPLORATORY STUDY

ABSTRACT

Introduction: Children's participation in their occupations is essential for their development. Occupations are distributed throughout the day in personal care, school activities and leisure. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) can be used in occupational therapy during the initial interview to elicit the child's occupational difficulties, with or without a pictorial support such as the "Outil THérapeutique d'autodétermination des Objectifs Pédiatriques en Ergothérapie" (OT'Hope). The aim of this study is to establish a portrait of the occupational difficulties of French children, followed in occupational therapy and aged 6 to 12 years.

Methodology: A retrospective and exploratory descriptive analysis was performed on the data collected by the COPM with or without the use of the OT'Hope collected in 2019. By convenience sampling, occupational therapists trained in administering the COPM were invited to submit their data. Descriptive and mean-comparison statistical analyses, as well as a thematic analysis on the occupations raised, were performed.

Results: 720 activities with 104 children were identified as limiting their participation in their occupations. The profile of occupational difficulties was rather homogeneous between girls and boys except for hygiene ($p = 0.0002$) and organization of schoolwork ($p=0.0009$). Writing was the most cited activity (19.3%), while leisure activities were the least cited by the children (6.81%).

Implication for practice: The under-representation of occupational difficulties in the leisure domain should encourage occupational therapists to pay particular attention to questioning this domain during semi-directive interviews with the child at the beginning of the support.

KEYWORDS

Occupation, Children, COPM, OT'Hope, Leisure, Occupational therapy, Exploratory study

INTRODUCTION

Au cours de l'année scolaire 2019-2020, 194 500 élèves en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles du premier degré en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer (Rosenwald *et al.*, 2020). Les situations de handicap répertoriées concernent autant des besoins en matière de santé physique, de santé mentale et de santé émotionnelle. Les ergothérapeutes portent une attention particulière aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap et accordent une importance spécifique à la participation de l'enfant dans ses occupations (Laverdure et Beisbier, 2021). Ainsi, une journée type d'un enfant serait composée de sept heures et demie de temps « obligé », de deux heures et demie de temps « contraint » et le reste serait consacré au temps libre (Lieberherr et Ducrey, 2006). Cette répartition du temps en fonction des occupations réalisées regroupe les domaines décrits dans le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) (Townsend et Polatajko, 2007). Le temps « obligé » fait référence au domaine de la productivité, plus particulièrement aux activités scolaires. Une classification des activités scolaires par l'Éducation Nationale française, établit cinq domaines de compétences : le langage pour penser et communiquer, les méthodes et outils pour apprendre, la formation de la personne et du citoyen, les systèmes naturels et les systèmes techniques ainsi que les représentations du monde et l'activité humaine (Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2015). Le temps « contraint » reprend le domaine des soins personnels comprenant l'hygiène personnelle, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire (Townsend et Polatajko, 2007). Enfin, le temps « libre » correspond au domaine des loisirs du MCREO ; il est composé par les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs ou les activités liées à la vie sociale (Townsend et Polatajko, 2007).

Quotidiennement, la participation de l'enfant dans ses occupations est primordiale pour le développement de ses compétences tout en lui permettant de trouver un but et un sens à sa vie (Law *et al.*, 2006). La participation des enfants dans leurs occupations est un indicateur pronostique pour l'emploi et leur future qualité de vie (American Occupational Therapy Association, 2014). La participation se définit comme l'implication dans une situation de vie à travers les occupations (Organisation mondiale de la santé, 2007). Les ergothérapeutes entrent en contact avec les enfants et leurs familles lorsqu'un défi occupationnel est identifié (Rodger et Kennedy-Behr, 2017). Chiarello *et al.* (2014) recommandent aux ergothérapeutes de mesurer la participation des occupations des enfants et d'engager une discussion sur les besoins et les intérêts en collaboration avec les parents. L'utilisation d'outils d'évaluation centrés sur l'enfant permet à celui-ci de s'exprimer sur son vécu et de soutenir son auto-détermination (Ziviani *et al.*, 2013).

Il existe de nombreux outils évaluant la participation des enfants dans leurs occupations (Haley, 1992; McLaren et Rodger, 2003; Missiuna et Pollock, 2000). Perrault (2017) a mis en évidence que les outils utilisés par les ergothérapeutes français pour évaluer la participation occupationnelle étaient majoritairement la MCRO, le Paediatric Activity Card Sort (PACS), des descriptions de journées types ou des questionnaires maison. La MCRO est un outil standardisé permettant de recueillir le rendement et la satisfaction des personnes dans leurs occupations (Law *et al.*, 2019). Elle est fortement utilisée par les ergothérapeutes en

France puisqu'elle fait partie des rares outils qui ont été traduits en français. La MCRO a été validée auprès des enfants en Australie et aux Pays-Bas (Cusick *et al.*, 2007; Verkerk *et al.*, 2006) et a fait l'objet d'un nombre croissant de recherches sur cette population (Aarts *et al.*, 2010; Berg *et al.*, 2009; Cameron *et al.*, 2017; Rezze *et al.*, 2008).

Même si certains auteurs ne recommandent pas l'utilisation de la MCRO avec des enfants âgés de moins de 8 ans du fait d'une difficulté de conceptualisation (Missiuna et Pollock, 2000), d'autres proposent d'utiliser des images ou d'autres moyens symboliques pour faciliter la compréhension de l'enfant (Kaiser *et al.*, 2005; McColl *et al.*, 2005). Ainsi, les ergothérapeutes peuvent utiliser des outils tels que des pictogrammes ou l'utilisation d'une journée type. L'Outil THérapeutique pour l'auto-détermination des Objectifs Pédiatriques (OT'Hope) en ergothérapie a été développé pour soutenir une approche centrée sur les occupations pour les enfants (Perrault et Giraux, 2018). En effet, les enfants sont invités à participer à l'élaboration de leurs objectifs occupationnels en ergothérapie (Chiarello *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2017; Phoenix et Vanderkaay, 2015). Il est primordial que l'entrevue dresse le portrait occupationnel complet de l'enfant, touchant ainsi les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Bien que la MCRO soit utilisée en France depuis plus de 15 ans, aucune étude à notre connaissance n'a répertorié et classifié les difficultés occupationnelles des enfants français vus en ergothérapie. Une étude rétrospective sur l'utilisation de ces deux questionnaires disponibles en français donnerait un portrait des difficultés souvent rencontrées par les ergothérapeutes exerçant auprès des enfants et des adolescents. De plus, l'apport d'une meilleure connaissance des besoins spécifiques de chaque enfant selon ses caractéristiques permettrait à l'ergothérapeute de mieux mener l'entretien en début de l'accompagnement. Le but de cette étude est d'établir le portrait des difficultés occupationnelles des enfants français âgés de 6 à 12 ans qui sont suivis par un ergothérapeute.

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche vise trois objectifs spécifiques : 1) cartographier les difficultés occupationnelles des enfants français âgés de 6 à 12 ans suivis en ergothérapie selon les trois domaines du MCREO; 2) décrire et comparer les difficultés occupationnelles de ces enfants selon leur âge et leur genre; 3) explorer l'apport de l'utilisation de l'OT'Hope pour la formulation des difficultés.

Conception

Afin d'avoir un portrait des difficultés occupationnelles des enfants français âgés de 6 à 12 ans accompagnés en ergothérapie, une étude quantitative descriptive, rétrospective et exploratoire a été privilégiée sur des données recueillies par la MCRO. En effet, les études descriptives permettent d'examiner les caractéristiques d'un échantillon sans émettre d'hypothèses, ou de rechercher des causes (Aggarwal et Ranganathan, 2019). De plus, l'approche descriptive permet de recueillir des informations sur un sujet peu exploré dans la littérature, afin de décrire les perspectives des participants (Bradshaw *et al.*, 2017; Caelli *et al.*, 2003).

Les questionnaires de la MCRO ont été remplis pendant l'année 2019 par des ergothérapeutes exerçant sur l'ensemble du territoire français. L'étude a utilisé un échantillonnage non probabiliste par convenance. Une annonce auprès des ergothérapeutes travaillant auprès des enfants en France a été faite par courriel et par les réseaux sociaux. L'ensemble des ergothérapeutes, quels que soient leur expertise, leurs expériences ou le pays dans lequel ils avaient obtenu leur diplôme, ont été inclus dans l'étude. Néanmoins, les ergothérapeutes devaient avoir suivi, préalablement à l'envoi du questionnaire une formation sur la MCRO, afin de maximiser la fidélité des résultats. Les ergothérapeutes ont été invités à communiquer les résultats des questionnaires de la MCRO recueillis rétrospectivement à l'étude. Un formulaire de consentement expliquant le projet a été transmis à chaque ergothérapeute participant afin qu'ils soient donnés aux parents dans le but d'obtenir leur accord quant à l'utilisation des données anonymisées. Les familles n'ont jamais été contactées directement par les auteurs.

En accord avec la loi Jardé, cette étude n'a pas fait l'objet d'une approbation par un comité éthique (Décret nº 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine, 2016).

Participants (enfants)

Les données des questionnaires de la MCRO, en lien ou non avec l'utilisation de l'OT'Hope, remplis par des enfants français âgés de 6 à 12 ans et scolarisés en primaire dans plusieurs régions de France, ont été compilées. Ces enfants devaient être vus par un ergothérapeute lors d'un premier entretien, d'une évaluation initiale ou d'une évaluation de suivi, en libéral, en structure privée ou au public. Ainsi, 104 questionnaires ont été récoltés auprès de 10 ergothérapeutes.

Collecte de données

Les ergothérapeutes ont reçu les enfants lors d'une rencontre individuelle ou avec les parents. La MCRO a été proposée en lien ou non avec l'OT'Hope. À partir d'un entretien semi-structuré, la MCRO permet à l'enfant d'identifier des activités problématiques rencontrées dans son quotidien au niveau de ses soins personnels, de ses activités scolaires et dans ses loisirs (Law *et al.*, 2014). Ensuite, une cotation sur la satisfaction de réalisation est demandée à l'enfant ainsi que l'importance qu'il y accorde. Une priorisation des cinq situations problématiques les plus importantes est ainsi réalisée.

Avec cet outil, l'enfant doit ranger des cartes d'activités imagées dans quatre colonnes en fonction de ses capacités (« je sais faire », « je sais faire avec aide », « je ne sais pas très bien faire », « je ne sais pas faire »), ce qui permet de définir les objectifs occupationnels. L'ergothérapeute peut proposer au choix l'OT'Hope lors de l'entretien, notamment si l'enfant a besoin d'une aide visuelle pour verbaliser ses difficultés occupationnelles.

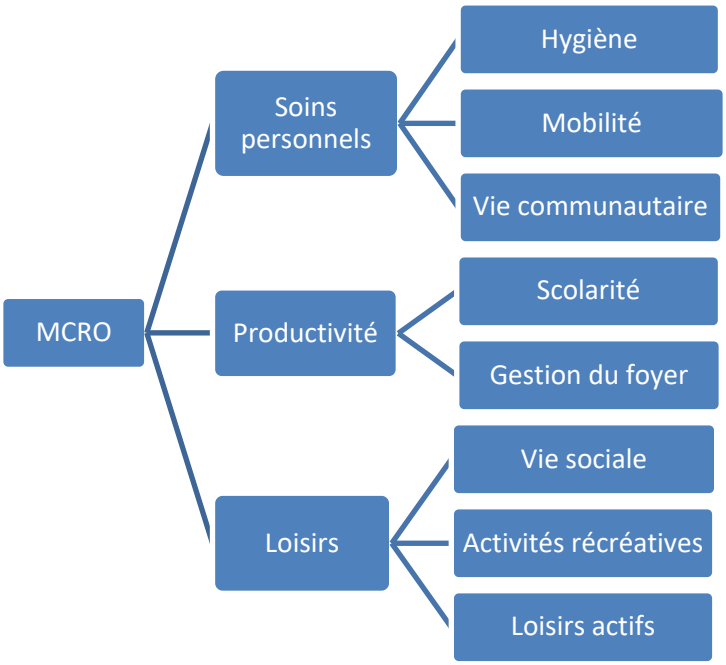
Les ergothérapeutes ont rempli le questionnaire qui a été transmis anonymement aux auteurs. Des données démographiques ont été recensées, telles que le genre, l'âge et le niveau scolaire ainsi que les difficultés occupationnelles relevées sur le questionnaire de la MCRO. Les questionnaires remplis et anonymisés ont été mis dans un espace numérique protégé.

Analyse des données

Les données des questionnaires de la MCRO ont été encodées dans des tableaux sur Excel. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour les caractéristiques démographiques ainsi que pour le nombre d'activités identifiées pour chaque enfant selon les catégories de la MCRO (moyenne, écart type et fréquences). Une synthèse thématique de type catégorielle en codage fermé a été faite pour trier les difficultés occupationnelles (Thomas et Harden, 2008). Le codage a été fait par les deux auteurs (PV et CHB) de manière indépendante. Les désaccords ont été résolus par discussions entre les auteurs. Enfin, des tests de comparaison de moyenne (le test de "t de Student" Fisher, Kruskal-Wallis) ont été effectués pour l'utilisation de l'OT'HOPE en lien avec la MCRO et pour comparer les différents groupes (sexe, classe et âge) avec le logiciel RStudio. Lorsque les données répondaient à une distribution normale, des tests paramétriques ont été utilisés, lorsque cela n'était pas le cas, des tests statistiques non paramétriques ont été choisis.

Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel a guidé la synthèse thématique des réponses données. La taxonomie proposée par Townsend et Polatajko (2007) a permis aux auteurs de catégoriser les différents domaines occupationnels (voir Figure 1).

Figure 1 : Schématisation des domaines et sous-domaines de la MCRO selon la classification de Townsend et Polatajko (2007)



En effet, l'ensemble des activités citées a été reclassé afin de s'assurer de répondre aux critères de classification du MCREO. Ainsi, les loisirs regroupent les occupations qui provoquent du plaisir, incluant la socialisation, l'expression créative, les activités extérieures, les jeux et le sport. La productivité chez les enfants correspond aux activités scolaires et aux jeux de la petite enfance, ainsi que l'aide apportée pour les activités domestiques. Les soins personnels font référence aux occupations qui permettent de prendre soin de soi, la mobilité fonctionnelle et l'organisation de son temps. Une classification supplémentaire a été réalisée dans chaque sous-domaine du MCREO.

Les soins personnels ont été catégorisés en trois parties : hygiène, mobilité et vie communautaire (Townsend et Polatajko, 2007).

Quant au domaine de la productivité, il a été classifié en trois sous-domaines : le travail (qui peut être rémunéré ou non), la gestion du foyer (nettoyage, linge, cuisine) et la scolarité (résultats scolaires et devoirs) (Law *et al.*, 1990). Ce dernier sous-domaine a été séparé selon les connaissances et compétences scolaires à acquérir dans le cadre du socle commun. Le domaine 1 est appelé « les langages pour penser et communiquer ». Il comprend la maîtrise de la langue française à l'oral et à l'écrit ainsi que deux langues vivantes étrangères. Il intègre aussi le langage mathématique, scientifique et artistique. « Méthodes et outils pour apprendre » correspond au deuxième domaine qui implique l'organisation des apprentissages, les outils numériques et l'accès à l'information. Le domaine 3 s'appelle « la formation de la personne et du citoyen » et permet à l'élève d'accéder aux valeurs et aux principes de la Constitution par la vie en société et la formation morale et civique. Le domaine 4 nommé « les systèmes naturels et techniques » dispense les fondements de la culture mathématique, technologique et scientifique. Enfin, « les représentations du monde et de l'activité humaine » se rapporte au domaine 5, qui permet à l'enfant de développer une conscience de l'espace notamment géographique et du temps historique (Décret nº 2015-372 du 31-3-2015 – J.O. du 2-4-2015).

Les items des loisirs ont été répartis en trois sous-domaines : les loisirs actifs, les activités récréatives paisibles et la vie sociale (Townsend et Polatajko, 2007).

RÉSULTATS

Population étudiée

Au total, 104 enfants ont été inclus dans cette étude, dont 70 garçons (67,3 %) et 34 filles (32,7 %). La moyenne des enfants était de 9,1 ans avec un écart type de 1,4. Au niveau des classes, les enfants étaient inégalement répartis entre le cycle 2 (CP-CE1) et le cycle 3 (CE2-CM1-CM2) avec une plus grande représentativité du cycle 3 (voir Tableau 1). En France, les enfants entrent en CP à 6 ans et terminent l'école primaire en CM2 à l'âge de 11 ans.

Tableau 1 : Description du niveau des classes des enfants (fréquence en pourcentage)

	CP		CE1		CE2		CM1		CM2		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Fille (n = 34)	4	(3,8)	4	(3,8)	9	(8,7)	7	(6,7)	10	(9,6)	34	(32,7)
Garçon (n = 70)	2	(1,9)	7	(6,7)	11	(10,6)	26	(25,0)	24	(23,1)	70	(67,3)
Total (n = 104)	6	(5,8)	11	(10,6)	20	(19,2)	33	(31,7)	34	(32,7)	104	(100)

Identification des difficultés occupationnelles

Les enfants ont identifié 720 activités comme étant problématiques (voir Tableau 2). Chaque enfant a cité en moyenne 6,91 difficultés (ET = 5,47, IC à 95 % = 6,51-7,31), sans différence significative retrouvée entre les filles et les garçons (p = 0,381; IC à 95 % = −1,50-3,86). Les activités ont été reclassées dans les catégories des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Le domaine de la productivité, c'est-à-dire en lien avec les activités scolaires, est le plus souvent cité (57,4 %), suivi par les soins personnels (35,8 %) et les loisirs (6,8 %). Quatre-vingt-douze pourcents des enfants ont identifié au moins une activité problématique dans le domaine de la productivité, 74 % dans le domaine des soins personnels, et 32 % dans le domaine des loisirs.

Tableau 2 : Répartition des activités listées selon les domaines de la MCRO (n = 720)

	n	Moyenne	Fréquence	IC à 95 %	Variance	Écart type
Activités listées	720	6,91	100	5,85-7,98	29,92	5,47
Soins personnels	258	2,47	35,8	1,87-3,06	9,46	3,07
Hygiène	228	2,19	31,7	1,69-2,69	6,6	2,57
Mobilité	17	0,17	2,4	0,01-0,34	0,73	0,85
Vie communautaire	13	0,12	1,8	0,05-0,20	0,15	0,39
Productivité	413	3,96	57,4	3,37-4,56	9,34	3,06
Scolarité	375	3,61	52,1	3,07-4,16	7,95	2,82
Gestion du foyer	38	0,37	5,3	0,22-0,51	0,54	0,74
Loisirs	49	0,47	6,8	0,30-0,64	0,78	0,88
Vie sociale	8	0,08	1,1	0,02-0,13	0,07	0,27
Activités récréatives	24	0,23	3,3	0,12-0,34	0,3	0,54
Loisirs actifs	17	0,16	2,4	0,07-0,25	0,21	0,46

Chaque enfant a cité en moyenne 2,47 activités problématiques dans le domaine des soins personnels (ET = 3,07; IC = 2,10-2,84), en majorité liées à l'hygiène (2,19 activités citées par enfant, soit 88,37 % du domaine). Dans le domaine de la productivité, chaque enfant a cité en moyenne 3,96 activités problématiques (ET = 3,06; IC = 3,66-4,26) : celles liées à la scolarité sont les plus retrouvées (3,61 activités par enfant représentant 90,80 % pour ce domaine). Conformément aux attentes liées à l'enfance, aucun item de travail rémunéré n'a été cité. Enfin, dans le domaine des loisirs, chaque enfant a cité en moyenne 0,47 activité problématique (ET = 0,88; IC = 0,22-0,72), les activités récréatives étant les loisirs les plus cités : 0,23 par enfant (48,98 % de ce domaine).

Les principales difficultés occupationnelles par domaine ont pu être relevées par l'analyse thématique (voir Tableau 3). L'écriture est l'activité la plus souvent citée (19,3 %).

Tableau 3 : Principales difficultés occupationnelles soulevées par domaine de la MCRO (n= nombre d'activités soulevées, fréquences en %)

	Fréquence (n)	%
Soins personnels		
Lacets	30	11,5
Couper sa viande	23	8,8
Se brosser les dents	14	5,4
Productivité		
Écriture	80	19,3
Géométrie	41	9,9
Lire l'heure	23	5
Loisirs		
Nager	7	14,3
Jouer à des jeux de société	7	14,3
Faire du vélo	4	8,2

Pour calculer la répartition du temps dans une journée, une moyenne de 10 heures de sommeil par nuit a été considérée (Iglowstein *et al.*, 2003). La proportion des difficultés occupationnelles soulevées a été analysée au regard du temps imparti pour chaque domaine (voir Tableau 4). Si le nombre de difficultés soulevées dans le domaine de la productivité est plus ou moins équivalent (54 % du temps contre 57 % du nombre), le domaine des loisirs est cité presque quatre fois moins par rapport au temps libre estimé.

Tableau 4 : Comparaison des fréquences des difficultés occupationnelles en fonction du nombre d'heures

	Nombre d'heures de temps d'occupation (n)	Nombre d'heures de temps d'occupation (%)	Temps des occupations diurnes (en %)	Fréquences des difficultés occupationnelles rapportées (en %)
Temps contraint/ soins personnels	2,5	10	18	36
Temps obligé/ productivité	7,5	31	54	57
Temps libre/ loisirs	4	17	28	7
Sommeil	10	42		
Total	24	100		100

Enfin, une comparaison entre les sexes et les classes en fonction des différentes occupations a été réalisée par le test de "t de Student" (voir Tableau 5). Pour la variable sexe, il y a une différence significative pour le domaine des soins personnels ($p < 0,0002$). En effet, la différence est significative ($p < 0,02$) pour l'hygiène : les filles citent plus de difficultés occupationnelles liées à l'hygiène que les garçons. Une différence significative est présente pour la variable sexe dans les domaines de scolarité ($p = 0,004$). Cette différence ($p = 0,0009$) est retrouvée dans le domaine 2 (méthodes et outils pour apprendre), et les garçons citent plus de difficultés dans ce domaine. Pour la variable sexe dans le domaine des loisirs, il y a une différence significative ($p = 0,03$). Cette différence se matérialise dans la partie des loisirs actifs ($p = 0,02$). Les garçons citent plus de difficultés dans ce domaine d'activités. Pour la variable « classe » qui comprend cinq catégories, une seule différence significative émerge dans le domaine des soins personnels ($p < 0,0002$), et plus précisément dans la partie hygiène ($p < 0,0002$).

Tableau 5. Comparaison du sexe et de la classe de l'enfant en fonction des différentes occupations

	Sexe	Classe
Activités totales	p=0,38	p=0,13
Soins personnels	p<0,0002	p<0,0002
Hygiène	p<0,0002	p<0,0002
Mobilité	p=0,14	p=0,13
Vie communautaire	p=0,48	p=0,33
Productivité	p=0,57	p=0,50
Scolarité	p=0,57	p=0,77
Domaines de scolarité	p=0,004	p=0,195
Domaine 1	p=0,45	p=0,46
Domaine 2	p=0,0009	p=0,41
Domaine 3	p=0,09	p=0,10
Domaine 4	p=0,23	p=0,11
Domaine 5	p=0,30	p=0,39
Gestion du foyer	p=0,57	p=0,77
Loisirs	p=0,03	p=0,74
Vie sociale	p=0,65	p=0,94
Activités récréatives	p=0,12	p=0,60
Loisirs actifs	p=0,02	p=0,60

Nota bene : Les tableaux de comparaison des domaines de l'occupation selon l'âge et le sexe (moyennes et écarts types) sont disponibles en annexe 1 et 2.

Utilisation de l'OT'Hope

Les données sur le nombre de difficultés recensées en lien avec l'OT'Hope ont été analysées (voir Tableau 6). L'OT'Hope a été utilisé en lien avec la MCRO dans moins de la moitié des entretiens (43 %). L'utilisation de l'outil ne crée pas de différence significative en regard du nombre d'activité listées selon les trois domaines de la MCRO (p = 0,66, IC = −2,59-1,66).

Tableau 6 : Moyennes et écarts types du nombre d'activités citées avec l'apport de l'OT'Hope

Utilisation de l'OT'Hope (nombre, pourcentage)	Total moyenne (ET)	Soins personnels moyenne (ET)	Productivité moyenne (ET)	Loisirs moyenne (ET)
Avec OT'Hope (45,43 %)	7,18 (5,20)	2,24 (2,63)	4,53 (3,32)	0,38 (0,65)
Sans OT'Hope (59,57 %)	6,71 (5,70)	2,66 (3,39)	3,45 (2,79)	0,53 (1,02)

DISCUSSION

Cette recherche a permis de cartographier les difficultés occupationnelles des enfants français âgés de 6 à 12 ans suivis en ergothérapie selon les trois domaines du MCREO, de décrire et de comparer les difficultés occupationnelles de ces enfants selon leur âge et leur genre, et d'explorer l'apport de l'utilisation de l'OT'Hope pour la formulation des difficultés.

Portrait des difficultés occupationnelles soulevées

En considérant la proportion de chaque temps d'activités dans la vie de l'enfant (Lieberherr et Ducrey, 2006) et le nombre de difficultés listées dans chaque domaine (soins personnels, productivité et loisirs), une concordance aurait pu être attendue entre le temps où l'enfant s'adonne à l'activité et la fréquence des difficultés soulevées.

La disparité du nombre des difficultés occupationnelles rapportées par les enfants dans les catégories des soins personnels, de la productivité et des loisirs est retrouvée dans l'étude suisse de Kaiser *et al.* (2005). Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette disparité. Premièrement, la participation occupationnelle des enfants est influencée par les valeurs et les attentes de leurs parents (Wiseman *et al.*, 2005). Rodger et Kennedy-Behr (2017) ajoutent qu'il existe une co-construction des occupations de l'enfant en fonction des valeurs éducatives et de la culture familiale, ce qui pourrait expliquer une plus grande attente dans le rendement des activités scolaires et de soins personnels. En faisant un parallèle avec l'analyse de la participation proposée par Rochette *et al.* (2006), l'ajustement entre les attentes que les parents ont de la réalisation de l'activité et la façon dont les activités sont réellement faites dans la réalité par l'enfant définirait le niveau de participation occupationnelle de l'enfant. D'autre part, les résultats pourraient être en lien avec les motifs de référence et la perception des partenaires qui orientent vers un ergothérapeute. En effet, peu de recommandations sont

faites pour une occupation liée aux loisirs. Ainsi, nous pouvons nous demander si les enfants en situation de handicap ont réellement du temps et un réel engagement pour s'adonner à leurs loisirs. Est-ce qu'un enfant avec des difficultés occupationnelles dans les activités scolaires et dans ses soins personnels ne prend-il pas plus de temps pour les réaliser ? On peut s'attendre à ce que le temps des devoirs soit plus long (Bryan et Burstein, 2004); il en va de même pour le temps contraint consacré aux soins personnels (Liberman *et al.*, 2013). Bien que les informations n'aient pas été recueillies dans cette étude, un enfant en situation de handicap est souvent confronté à la multiplicité des accompagnements en thérapie (orthophonie, psychologue, kinésithérapie…) en dehors des heures scolaires. Cette charge de temps contraint pourrait ainsi réduire son temps libre consacré aux loisirs (Manuel, 2009). Le peu de temps disponible pour les loisirs pourrait s'expliquer par l'interaction entre deux occupations (la multiplicité des accompagnements et le temps plus important consacré aux soins personnels). Pourtant, les loisirs ont une place importance dans la vie de l'enfant, et des objectifs axés sur la participation aux loisirs comme activité signifiante pour l'enfant sont pertinents dans la pratique en ergothérapie (Anaby *et al.*, 2015). Prendre le temps d'interroger la sphère des loisirs et des obstacles à la participation devrait être une priorité pour les ergothérapeutes (Shikako-Thomas *et al.*, 2008).

En ce qui concerne les activités scolaires, le profil des élèves est homogène selon les classes. Les difficultés en écriture sont rapportées en plus grand nombre par les enfants, quel que soit leur niveau scolaire. Perrault et Giraux (2021) ont montré que les difficultés scolaires et notamment le graphisme constituent la majorité des motifs d'accompagnement en ergothérapie. Cette plainte est aussi retrouvée comme premier motif de référence pour les élèves présentant des difficultés de motricité fine au Canada, en Angleterre et aux États-Unis (Cramm et Egan, 2015; Reid *et al.*, 2006; Zaner-Bloser, 2013).

La géométrie comme source de difficultés fréquemment rapportées par les enfants n'est pas une surprise puisque la manipulation des outils scolaires demande de grandes habiletés motrices et de représentation spatiale (Crouail, 2009; Dias, 2018; Habib, 2014). Les difficultés occupationnelles rapportées selon les domaines de compétences ne montrent pas dans cette étude de différences significatives entre les filles et les garçons, hormis pour le domaine 2, « méthodes et outils ». Cette différence est à mettre en lien avec les habiletés des fonctions exécutives qui se développent plus tôt chez les filles, les rendant plus performantes (Wiebe *et al.*, 2008).

Enfin, pour les activités relevant du domaine des soins personnels, les activités liées à l'hygiène ont été le plus souvent rapportées, avec une différence significative pour les filles. Sans vouloir étayer sur les biais de genre rapporté en grand nombre dans la littérature (Halim *et al.*, 2011; Mardon, 2010; Millard, 1997), le sexe influence le type de vêtement porté. Les difficultés pourraient provenir d'un mauvais rendement dans l'activité qui est influencé par la triade Personne – Environnement – Occupation. Les filles ont des vêtements plus difficiles à enfiler seules du fait de la forme de ceux-ci (collants, petits boutons, robe...) (Kellegrew, 2000). De même, les filles ont souvent les cheveux plus longs qui demandent un entretien plus exigeant pour les coiffer ou les laver. D'autre part, les difficultés occupationnelles les plus citées tous âges et tous sexes

confondus (faire ses lacets, couper sa viande et se brosser les dents) sont concordants avec d'autres études auprès d'enfants avec ou sans situation de handicap (Summers *et al.*, 2008). Le fait que ces activités demandent une plus grande utilisation des mains pourrait constituer une piste d'explication de ce résultat (Chien *et al.*, 2014).

Point sur la démographie

Cette étude visait à faire un portrait des difficultés occupationnelles chez les enfants âgés de 6 à 12 ans qui avaient consulté un ergothérapeute. L'échantillon français étudié était hétérogène dans sa proportion de garçons et de filles. Même si cette tendance est souvent rapportée par les ergothérapeutes cliniciens, il nous a été impossible de confronter nos résultats à d'autres données publiées sur la population d'enfants de 6 à 12 ans accueillis par les ergothérapeutes en France du fait d'une absence de littérature dans ce domaine. Néanmoins, une étude menée en Ontario (Canada) a montré que les garçons étaient plus souvent dirigés vers des ergothérapeutes par le système d'éducation (Rivard *et al.*, 2007). Bien que les filles puissent avoir des difficultés dans leur participation sociale à l'école, il semblerait que les garçons extériorisent plus facilement leurs frustrations face à leurs difficultés (Missiuna *et al.*, 2016; Rivard *et al.*, 2007).

D'autre part, la moyenne d'âge de notre échantillon (9,1 ans) est à mettre en lien avec l'utilisation de la mesure. En effet, même si la MCRO peut être utilisée avec des enfants très jeunes (ØstensjØ *et al.*, 2008), elle est plus souvent utilisée avec des enfants de 8 ans et plus (Verkerk *et al.*, 2020).

Apport de l'utilisation de l'OT'Hope

Bien que l'OT'Hope ait été développé dans le but d'aider les enfants dans l'autodétermination de leurs objectifs en supportant leur choix à cibler leurs problématiques, le nombre de difficultés occupationnelles n'était pas significativement plus important lorsque celui-ci a été utilisé par les ergothérapeutes de cette étude. Le fait de choisir parmi une série d'images présélectionnées est susceptible d'avoir contribué à diriger la pensée des enfants au lieu de les faire réfléchir à leur propre situation dans leurs activités de la vie quotidienne (Verkerk *et al.*, 2020).

Forces et limites de l'étude et indications pour les recherches futures

Cette étude est la première à notre connaissance à établir le portrait des difficultés occupationnelles des enfants qui rencontrent un ergothérapeute en France. Elle présente quelques limites. L'échantillonnage non probabiliste par convenance a constitué une population pour notre étude avec un ratio fille/garçon inférieur à 0,5 (0,48). Afin de pouvoir avoir des tendances sur des différences de moyennes entre les deux groupes, nous avons considéré notre ratio proche de la limite inférieure pour le test de "t de Student". Nécessairement, une autre méthode d'échantillonnage aurait permis d'avoir une population plus homogène en termes d'âge et de classe. Une autre limite de cette étude est de ne pas avoir récolté de données sur les pathologies ou troubles des enfants. Dans l'optique d'analyser la performance occupationnelle dans les

trois domaines du MCREO, des données plus précises sur les éléments de la Personne auraient pu être collectées. De même, en reconnaissant l'importance de l'influence de l'environnement social et culturel sur l'engagement et le rendement dans les occupations, des données supplémentaires sur l'environnement dans lequel évolue l'enfant permettraient de mieux comprendre les difficultés rapportées. Un axe de recherche sur la compréhension de ces difficultés chez les enfants pourrait être mené afin d'avoir une vision holistique de la performance occupationnelle de cette population au regard des trois domaines du MCREO. Enfin, une limite sur la représentativité des ergothérapeutes (n = 10) qui ont soumis leurs questionnaires pour cette étude peut être formulée.

Implications pour la pratique

- Orienter l'entretien semi-dirigé sur le domaine des loisirs, qui est sous-représenté au regard du temps durant lequel l'enfant joue
- Se sensibiliser aux stéréotypes de genre que les enfants rencontrent dans leur vie quotidienne
- Développer son expertise professionnelle à travers la formation continue sur les difficultés occupationnelles les plus recensées, c'est-à-dire l'écriture, la géométrie, et les activités liées à l'habillage

CONCLUSION

Cette étude menée auprès d'une centaine d'enfants a permis d'entrevoir un profil des difficultés occupationnelles des enfants français de 6 à 12 ans qui sont amenés à rencontrer un ergothérapeute. Un total de 720 activités problématiques ont été recensées et classées selon les domaines du MCREO. Au-delà des stéréotypes, on retrouve un portrait plutôt homogène des enfants, quel que soit leur sexe ou leur âge, mais réparti inégalement dans les domaines du MCREO. Au regard de la sur-représentativité du domaine productif considéré comme le plus problématique pour les enfants, nous pouvons nous interroger sur les attentes de rendement des parents, ainsi que les perspectives d'accompagnement de l'ergothérapeute plus indirectement. Enfin, le peu d'activités citées dans la sphère des loisirs, qui représente 4 heures dans une journée de l'enfant, devrait encourager les ergothérapeutes à investir davantage ce domaine lors de l'entretien qui met en relief les difficultés occupationnelles.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Annie Rochette, ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire au programme d'ergothérapie à l'école de réadaptation de l'Université de Montréal, pour ses remarques avisées lors de la relecture de cet article et son soutien tout au long de son écriture.

FINANCEMENTS

Cette étude a été réalisée sans aucun soutien financier spécifique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aarts, P. B., Jongerius, P. H., Geerdink, Y. A., van Limbeek, J. et Geurts, A. C. (2010). Effectiveness of modified constraint-induced movement therapy in children with unilateral spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair, 24*(6), 509-518. https://doi.org/10.1177/1545968309359767

Aggarwal, R., et Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 2 - Descriptive studies. *Perspectives in clinical research*, 10(1), 34–36. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_154_18

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy, 68(*Supplement_1), S1-S48. https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006

Anaby, D., Korner-Bitensky, N., Kennedy-Behr, M. et Cormier, I. (2015). Focus on participation for children and youth with disabilities: Supporting therapy practice through a guided knowledge translation process. *British Journal of Occupational Therapy, 78*(7), 440-449.

Berg, C., Neufeld, P., Harvey, J., Downes, A. et Hayashi, R. (2009). Late effects of childhood cancer, participation, and quality of life of adolescents. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation Health, 29*(3), 116-124.

Bradshaw, C., Atkinson, S. et Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research, 4*, 2333393617742282. https://doi.org/10.1177/2333393617742282

Bryan, T. et Burstein, K. (2004). Improving homework completion and academic performance: Lessons from special education. *Theory Into Practice, 43*(3), 213-219.

Caelli, K., Ray, L. et Mill, J. (2003). 'Clear as mud': toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods, 2*(2), 1-13.

Cameron, D., Craig, T., Edwards, B., Missiuna, C., Schwellnus, H. et Polatajko, H. (2017). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): a new approach for children with cerebral palsy. *Occupational Therapy in Pediatrics, 37*(2), 183-198.

Chiarello, L. A., Palisano, R. J., McCoy, S. W., Bartlett, D. J., Wood, A., Chang, H. J., Kang, L. J., et Avery, L. (2014). Child Engagement in Daily Life: a measure of participation for young children with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 36(21), 1804–1816. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.882417

Chien, C.-W., Rodger, S., Copley, J. et McLaren, C. (2014). Measures of participation outcomes related to hand use for 2- to 12-year-old children with disabilities: a systematic review. *Child Care Health Dev, 40*(4), 458-471. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cch.12037

Costa, U. M., Brauchle, G. et Kennedy-Behr, A. (2017). Collaborative goal setting with and for children as part of therapeutic intervention. *Disability and Rehabilitation, 39*(16), 1589-1600. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1202334

Cramm, H. et Egan, M. (2015). Practice patterns of school-based occupational therapists targeting handwriting: A knowledge-to-practice gap. *Journal of Occupational Therapy, Schools, Early Intervention, 8*(2), 170-179.

Crouail, A. (2009). *Rééduquer dyscalculie et dyspraxie : méthode pratique pour l'enseignement des mathématiques*. Elsevier-Masson.

Cusick, A., Lannin, N. A., et Lowe, K. (2007). Adapting the Canadian Occupational Performance Measure for use in a paediatric clinical trial. *Disability and rehabilitation*, 29(10), 761–766. https://doi.org/10.1080/09638280600929201

Dias T. (2017). *Manipuler et expérimenter en mathématiques : agir réfléchir faire des maths autrement* (Nouvelle édition). Magnard.

Habib, M. (2014). *La constellation des dys : Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles*. De Boeck Supérieur.

Haley, S. M. (1992). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, standardization and administration manual*. Therapy Skill Builders.

Halim, M. L., Ruble, D. N. et Amodio, D. M. (2011). From Pink Frilly Dresses to 'One of the Boys': A Social-Cognitive Analysis of Gender Identity Development and Gender Bias. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(11), 933-949. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00399.x

Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L. et Largo, R. H. (2003). Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics, 111*(2), 302-307. https://doi.org/10.1542/peds.111.2.302 %J Pediatrics

Kaiser, M.-L., Braun, M. et Rhyner, C. (2005). Utilization of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) among children and their parents: a Swiss experience. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue canadienne d'ergothérapie, 72*(1), 30-36.

Kellegrew, D. H. (2000). Constructing daily routines: A qualitative examination of mothers with young children with disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy, 54*(3), 252-259.

Laverdure, P., & Beisbier, S. (2021). Occupation- and Activity-Based Interventions to Improve Performance of Activities of Daily Living, Play, and Leisure for Children and Youth Ages 5 to 21: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, *75*(1), 7501205050p1–7501205050p24. https://doi.org/10.5014/ajot.2021.039560.

Law M., Baptiste S., Carswell A., McColl M. A., Polatajko H. J., Pollock N. (2019). *Canadian occupational performance measure* (5th ed. revised.). COPM Inc.

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H. et Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue canadienne d'ergotherapie, 57*(2), 82-87.

Law, M., King, G., King, S., Kertoy, M., Hurley, P., Rosenbaum, P., Young, N. et Hanna, S. (2006). Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Developmental Medicine Child Neurology, 48*(5), 337-342.

Law M. McColl M. A. Carswell A. Pollock N. Baptiste S. Polatajko H. J. et Association canadienne des ergothérapeutes. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (5e édition). CAOT Publications ACE.

Liberman, L., Ratzon, N. et Bart, O. (2013). The profile of performance skills and emotional factors in the context of participation among young children with Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 87-94.

Lieberherr, R. et Ducrey, F. (2006). L'emploi du temps des enfants : leurs activités en regard de leurs contraintes temporelles. *Loisir et Société, 29*(1), 245-269.

Manuel, F. (2009). *Enfant handicapé, famille, travail, parentalité : une conciliation impossible* [Mémoire]. Grenoble: Université Pierre Medès France, Institut d'études politiques.

Mardon, A. (2010). Construire son identité de fille et de garçon : pratiques et styles vestimentaires au collège. *Cahiers du genre,* (2), 133-154.

McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A. et Polatajko, H. J. (2005). Targeted Applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*(5), 298-300. https://doi.org/10.1177/000841740507200506

McLaren, C. et Rodger, S. (2003). Goal attainment scaling: Clinical implications for paediatric occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal, 50*(4), 216-224. https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00379.x

Millard, E. (1997). Differently literate: Gender identity and the construction of the developing reader. *Gender Education, 9*(1), 31-48.

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2015). Programmes d'enseignement du cycle des apprentissages fondamentaux (cycle 2), du cycle de consolidation (cycle 3) et du cycle des approfondissements (cycle 4). Bulletin Officiel spécial, 11, 26 novembre 2015. NOR : MENE1526483A, arrêté du 9-11-2015 - J.O. du 24-11-2015 MENESR - DGESCO MAF

Missiuna, C., et Pollock, N. (2000). Perceived efficacy and goal setting in young children. Canadian journal of occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, *67*(2), 101–109. https://doi.org/10.1177/000841740006700303

Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., DeCola, C., Hecimovich, C., Sahagian Whalen, S., Siemon, J., Song, K., Gaines, R., Bennett, S., McCauley, D., Stewart, D., Cairney, J., Dix, L. et Camden, C. (2016). Using an innovative model of service delivery to identify children who are struggling in school. *British Journal of Occupational Therapy, 80*(3), 145-154. https://doi.org/10.1177/0308022616679852

Organisation mondiale de la santé. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children et Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.

ØstensjØ, S., Øien, I. et Fallang, B. (2008). Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy–a multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Developmental Neurorehabilitation, 11*(4), 252-259. https://doi.org/10.1080/17518420802525500

Perrault, A. (2017). *Intérêt de l'approche et de la méthode CO-OP pour les ergothérapeutes accompagnant des enfants présentant un Trouble développemental de la coordination: application à l'utilisation d'outils scolaires*. https://revue. anfe. fr/2017/08/14/coop-et-scolarite.

Perrault, A. et Giraux, C. (2021). OT'Hope : conception et mise en œuvre d'un outil d'aide à l'élaboration des objectifs pédiatriques en ergothérapie. *ANAE - Apport de l'ergothérapie dans l'accompagnement des enfants avec troubles du neurodéveloppement, 172,* 285-293.

Phoenix, M. et Vanderkaay, S. (2015). Client-centred occupational therapy with children: A critical perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 22*(4), 318-321.

Reid, D., Chiu, T., Sinclair, G., Wehrmann, S., et Naseer, Z. (2006). Outcomes of an occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie, 73(*4), 215–224. https://doi.org/10.1177/000841740607300406

Rezze, B. D., Wright, V., Curran, C., Campbell, K. A. et Macarthur, C. (2008). Individualized outcome measures for evaluating life skill groups for children with disabilities. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 75(5), 282–287. https://doi.org/10.1177/000841740807500510

Rivard, L. M., Missiuna, C., Hanna, S. et Wishart, L. (2007). Understanding teachers' perceptions of the motor difficulties of children with developmental coordination disorder (DCD). *British Journal of Educational Psychology, 77*(3), 633-648. https://doi.org/https://doi.org/10.1348/000709906X159879

Rochette, A., Korner-Bitensky, N. et Levasseur, M. (2006). 'Optimal' participation: A reflective look. *Disability and rehabilitation, 28*(19), 1231-1235. https://doi.org/10.1080/09638280600554827

Rodger, S. et Kennedy-Behr, A. (2017). *Occupation-centred practice with children: a practical guide for occupational therapists*. John Wiley et Sons.

Rosenwald, F., Demay, V., Monso, O., et Traore, B. (2020). *Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche 2020*. http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/133586/1/depp_rers_2020.pdf.

Shikako-Thomas, K., Majnemer, A., Law, M. et Lach, L. (2008). Determinants of participation in leisure activities in children and youth with cerebral palsy: systematic review. *Physical occupational therapy in pediatrics, 28*(2), 155-169.

Summers, J., Larkin, D. et Dewey, D. (2008). Activities of daily living in children with developmental coordination disorder: dressing, personal hygiene, and eating skills. *Human movement science, 27*(2), 215-229.

Thomas, J. et Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology, 8*, 45-45. https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45

Townsend E. Polatajko H. J. et Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). Enabling occupation ii : advancing an occupational therapy vision for health well-being et justice through occupation. *Canadian Association of Occupational Therapists*.

Verkerk, G. J., Wolf, M. J., Louwers, A. M., Meester-Delver, A., et Nollet, F. (2006). The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities. *Clinical rehabilitation*, 20(11), 980–988. https://doi.org/10.1177/0269215506070703

Verkerk, G. J., van der Molen-Meulmeester, L. et Alsem, M. W. (2020). How children and their parents value using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) with children themselves. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine, Preprint,* 1-11. https://doi.org/10.3233/PRM-190604

Wiebe, S. A., Espy, K. A. et Charak, D. (2008). Using confirmatory factor analysis to understand executive control in preschool children: I. Latent structure. *Developmental psychology, 44*(2), 575.

Wiseman, J. O., Davis, J. A. et Polatajko, H. J. (2005). Occupational Development: Towards an Understanding of Children's Doing. *Journal of Occupational Science, 12*(1), 26-35. https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686545

Zaner-Bloser. (2013). *Handwriting research: Impact on the brain and literacy development*. Zaner-Bloser.

Ziviani, J., Poulsen, A. A. et Cuskelly, M. (2013). Understanding motivation in the context of engaging children in therapy. *The art and science of motivation : a therapist's guide to working with children.* Jessica Kingsley Publishers, 23-57.

ANNEXE I : TABLEAU 7

Tableau 7 : Activités listées selon les domaines de la MCRO selon le sexe (n=720)

	n	Filles moyenne	Écart type	Garçons moyenne	Écart type
Activités listées	720	7,71	7,12	6,53	4,47
Soins personnels	258	3,26	4,19	2,09	2,29
Hygiène	228	3,65	3,23	2,66	2,10
Mobilité	18	0,42	1,60	0,14	0,40
Vie communautaire	13	0,23	0,51	0,14	0,40
Productivité	413	3,71	3,28	4,09	2,96
Scolarité	376	3,69	3,30	3,63	2,59
Gestion du foyer	38	0,31	0,64	0,39	0,78
Loisirs	49	0,74	1,21	0,34	0,63
Vie sociale	8	0,15	0,37	0,23	0,43
Activités récréatives	24	0,45	0,76	0,68	0,72
Loisirs actifs	17	0,65	0,81	0,18	0,39

Annexe II : Tableau 8

Tableau 8 : Activités listées selon les domaines de la MCRO selon la variable « classe » (n=720)

	n	CP moyenne	Écart type	CE1 moyenne	Écart type	CE2 moyenne	Écart type	CM1 moyenne	Écart type	CM2 moyenne	Écart type
Activités listées	720	7,50	5,75	5,64	2,94	9,35	8,44	5,24	3,42	7,41	5,11
Soins personnels	258	3,67	3,27	1,73	2,37	3,55	5,09	1,63	1,47	2,67	2,69
Hygiène	228	3,17	3,19	2,12	2,23	4,14	4,07	2,26	1,18	3,28	2,28
Mobilité	18	0,17	0,41	0,12	0,35	0,71	2,16	0,09	0,29	0,16	0,47
Vie communautaire	13	0,33	0,52	0,12	0,35	0,14	0,36	0,04	0,21	0,28	0,61
Productivité	413	3,00	2,45	3,73	1,62	4,75	3,71	3,27	2,85	4,41	3,22
Scolarité	376	2,67	2,34	3,36	1,63	4,53	3,52	2,97	2,49	4,09	2,95
Gestion du foyer	38	0,50	0,55	0,27	0,47	0,37	0,49	0,39	0,83	0,35	0,88
Loisirs	49	0,83	0,98	0,18	0,40	1,05	1,43	0,27	0,52	0,35	0,69
Vie sociale	8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,45	0,22	0,44	0,20	0,42
Activités récréatives	24	1,00	0,82	0,33	0,58	0,62	0,88	0,56	0,73	0,40	0,52
Loisirs actifs	17	0,25	0,50	0,67	0,58	0,44	0,63	0,22	0,44	0,50	0,97

Volume 9, Numéro 1 | 2023

ARTICLE DE RECHERCHE

ERGOTHÉRAPIE EN MILIEU SCOLAIRE ET INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE : SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Emmanuelle Jasmin[1], **Pénéloppe Blondin-Nadeau**[2], **Florence Côté**[2], **Rosie Vachon**[2]

[1] *Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire et directrice du programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada; Chercheuse à l'axe de recherche Le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie; Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada)*

[2] *Ergothérapeute, M. Erg., Finissante du programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : emmanuelle.jasmin@usherbrooke.ca

Reçu le 17.05.2022 – Accepté le 10.10.2022

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.225

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

RÉSUMÉ

Considérant la prévalence élevée des problèmes de santé mentale chez les jeunes et les défis d'accès aux services et aux traitements requis, il importe d'élargir les possibilités d'action des intervenants en milieu scolaire, dont les ergothérapeutes. Afin de mieux comprendre leur contribution dans ce domaine de pratique, une étude de la portée a été réalisée. Vingt-quatre articles scientifiques ont été retenus et analysés. Les interventions ergothérapiques recensées s'adressaient principalement à des élèves présentant des défis comportementaux ou neurodéveloppementaux, et étaient surtout axées sur la participation et fondées sur l'intégration sensorielle. La recension permet de proposer des interventions ergothérapiques efficaces et prometteuses en matière de santé mentale en milieu scolaire. La mise en œuvre d'un modèle multiniveau, comme la Réponse à l'intervention, est recommandée pour offrir un continuum de services, incluant des interventions universelles, différenciées et individualisées.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Santé mentale, Milieu scolaire, École, Interventions, Élèves

SCHOOL-BASED OCCUPATION THERAPY AND INTERVENTIONS IN MENTAL HEALTH: A SYNTHESIS OF KNOWLEDGE

ABSTRACT

Considering the high prevalence of mental health problems among youth and the challenges of accessing the services and treatments required, it is important to expand the possibilities of action for services providers in schools, including occupational therapists. In order to better understand their contribution in this area of practice, a scoping study was carried out. Twenty-four scientific articles were selected and analyzed. The occupational therapy interventions identified were primarily addressed at students with behavioral or neurodevelopmental challenges, and were primarily axed on participation and based on sensory integration. The review allows proposing effective and promising occupational therapy interventions in the field of mental health in schools. The implementation of a multilevel model, such as the Response to the intervention, is recommended to offer a continuum of services, including universal, differentiated and individualized interventions.

KEYWORDS

Occupational therapy, Mental health, Academic environment, School, Interventions, Students

INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale chez les jeunes constituent un enjeu majeur de santé publique (Couture, 2019). Ces problèmes se manifestent par des difficultés cognitives, émotionnelles ou comportementales nuisant à leur fonctionnement quotidien, social ou scolaire (American Psychiatric Association *et al.*, 2015). Au Québec, selon une étude longitudinale réalisée entre 1998 et 2010, 56 % des enfants de 10 ans avaient présenté, à un moment ou l'autre, des problèmes de santé mentale, perçus ou diagnostiqués, au cours de leur trajectoire de vie (Riberdy, Tétreault, et Desrosiers, 2013). D'après une recension des écrits, dès l'âge de 6 ans, des enfants présentent un trouble anxieux ou dépressif, et ce, dans une proportion allant jusqu'à 33 % (Piché *et al.*, 2017). De plus, selon l'Organisation mondiale de la Santé (2019), environ la moitié des problèmes de santé mentale se manifestent avant l'âge de 14 ans. Il semble donc primordial d'agir en matière de santé mentale auprès des jeunes afin de réduire les risques d'apparition ou d'aggravation de ces problèmes. Or, au Canada, moins de 20 % des jeunes touchés par un problème de santé mentale reçoivent les traitements ou services requis (Commission de la santé mentale du Canada, 2020). Différentes raisons peuvent expliquer ces constats, dont la peur de la stigmatisation, le manque de connaissances et la réticence à demander de l'aide (Radez, Reardon, Creswell, Lawrence, Evdoka-Burton, et Waite, 2021). Considérant cela, il importe de réduire les barrières à l'accès aux services de santé mentale, notamment en intervenant dans les milieux de vie des jeunes, dont l'école (Bazyk, 2011).

Services éducatifs complémentaires en matière de santé mentale

La scolarisation étant obligatoire au Canada, l'école constitue un lieu propice pour agir en matière de santé mentale, notamment en ce qui a trait à la sensibilisation, à la promotion et à la prévention (Conseil supérieur de l'éducation, 2020). De plus, les enseignants et les intervenants scolaires sont bien placés pour observer et détecter les manifestations et les impacts fonctionnels des problèmes de santé mentale chez les élèves. En revanche, ils ne sont pas nécessairement tous formés pour intervenir en santé mentale auprès des élèves. Au Québec, parmi les intervenants scolaires dont la formation d'entrée en pratique inclut d'emblée l'acquisition de compétences professionnelles en santé mentale, on retrouve, entre autres, les psychologues, les psychoéducateurs, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes (Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec (FPPE), 2017; Gouvernement du Québec, 2021). De manière générale, ces professionnels ont pour rôles et responsabilités de prévenir, de dépister, d'évaluer et d'accompagner les élèves ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des plans ou programmes d'intervention (FPPE, 2017). De manière plus spécifique, les actions des psychologues portent sur le fonctionnement psychologique et mental des élèves, celles des psychoéducateurs, sur leurs capacités adaptatives, celles des travailleurs sociaux, sur leur fonctionnement social et celles des ergothérapeutes sur leurs compétences fonctionnelles, voire leur fonctionnement en milieu scolaire (FPPE, 2017). Ainsi, ces professionnels peuvent agir sur un ou des aspects de la santé mentale, que ce soit par de la prévention, du dépistage, de l'évaluation, de l'accompagnement ou par l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions (FPPE, 2017).

Collaboration professionnelle au service de la santé mentale des élèves

Afin de répondre de manière optimale aux besoins, parfois complexes, des élèves, les enseignants et les intervenants scolaires ont intérêt à se consulter, à se concerter ainsi qu'à se partager les décisions et les responsabilités (Careau *et al.*, 2014). Cependant, les différences de conceptions, de fondements et d'approches d'intervention entre les professions peuvent rendre difficile la collaboration professionnelle en milieu scolaire, particulièrement en raison de divergences dans la définition des problèmes et la priorisation des besoins (Lemay *et al.*, 2021). En dépit de ces différences, il importe que les intervenants scolaires et les enseignants agissent de façon cohérente et complémentaire auprès des élèves (Conseil supérieur de l'éducation, 2020). Plus encore, ils gagneraient à travailler en étroite collaboration, afin de soutenir les élèves dans le développement de leur plein potentiel, d'agir en prévention ainsi que d'intervenir adéquatement en matière de santé mentale (Conseil supérieur de l'éducation, 2020). La collaboration professionnelle implique préalablement une clarification des rôles des intervenants, soit une bonne compréhension de leur propre contribution et de celle des autres (Carreau *et al.*, 2014). Or, le rôle des ergothérapeutes en milieu scolaire demeure méconnu, encore plus en matière de santé mentale (Jasmin *et al.*, 2019).

Rôle et interventions des ergothérapeutes en milieu scolaire et en santé mentale

Les ergothérapeutes, en tant que professionnels de la santé, font partie des acteurs pouvant jouer un rôle en santé mentale (Cahill et Egan, 2017; Chan *et al.*, 2017; Egilson et Hemmingsson, 2009). Par la promotion et le soutien à la participation des élèves dans diverses activités socialement valorisées et porteuses de sens, qu'elles soient quotidiennes, sociales, scolaires ou parascolaires, ils favorisent leur motivation, leur engagement et leur bien-être (Bazyk, 2011). En ce sens, ils peuvent favoriser la santé mentale des élèves par le biais d'activités importantes et signifiantes pour eux ou leur entourage et, de ce fait, agir à la fois en promotion, en prévention, en intervention précoce, en réadaptation et en inclusion sociale (Bazyk, 2011). Les modèles de pratique et les approches d'intervention en ergothérapie permettent également de prendre en compte les dimensions spirituelle, cognitive, affective et physique des élèves ainsi que les facteurs liés à l'environnement physique et social qui influencent leur fonctionnement, leur bien-être et leur inclusion dans leurs milieux de vie, dont l'école (Townsend et Polatajko, 2013). C'est ainsi que les ergothérapeutes en milieu scolaire peuvent relever les facteurs influençant la santé mentale des élèves et agir sur ceux-ci, d'où la pertinence de reconnaître leur contribution en matière de santé mentale (Egilson et Hemmingsson, 2009).

Bien que les ergothérapeutes en milieu scolaire puissent jouer un rôle en santé mentale, leurs interventions sont majoritairement axées sur la motricité fine, l'écriture manuelle, le traitement de l'information sensorielle et la motricité globale des élèves (Benson *et al.*, 2016; Cahill et Lopez-Reyna, 2013; Jasmin *et al.*, 2019; Nye et Sood, 2018). Il s'agit d'ailleurs des principales raisons de consultation en ergothérapie en milieu scolaire (Jasmin *et al.*, 2019). De plus, les études sur les interventions ergothérapiques en milieu scolaire ont surtout porté sur la motricité fine et l'écriture manuelle, démontrant

leur efficacité pour améliorer ces compétences (Bayona, McDougall, Tucker, Nichols, et Mandich, 2006; Bazyk, Michaud, Goodman, Papp, Hawkins, et Welch, 2009; Jasmin *et al.*, 2018 ; Reid, Chiu, Sinclair, Wehrmann, et Naseer, 2006; Wehrmann, Chiu, Reid, et Sinclair, 2006). De manière générale, l'ergothérapie en milieu scolaire s'avère efficace pour permettre aux élèves en difficulté d'atteindre leurs objectifs d'intervention et de développer les compétences fonctionnelles nécessaires pour participer et réussir à l'école (Whalen, 2003). Les effets des interventions ergothérapiques sont optimisés lorsqu'elles sont réalisées en collaboration avec les enseignants et les parents (Whalen, 2003). En revanche, malgré leur champ d'exercice et les effets positifs de leurs interventions sur le fonctionnement des élèves, les ergothérapeutes en milieu scolaire semblent peu appelés à agir en matière de santé mentale (Jasmin *et al.*, 2019; Petryk, 2014). Cette réalité peut s'expliquer par différents facteurs, notamment la méconnaissance du rôle des ergothérapeutes en santé mentale jeunesse et les études limitées dans ce domaine de pratique (Petryk, 2014).

Cet article présente une synthèse des connaissances sur les interventions des ergothérapeutes en matière de santé mentale en milieu scolaire afin de mieux comprendre leur contribution dans ce domaine de pratique ainsi que de guider l'implantation ou l'amélioration de ce service éducatif complémentaire.

MÉTHODES

Cette recension des écrits a été réalisée dans le but de documenter la pratique de l'ergothérapie en santé mentale dans les milieux scolaires. Pour répondre à l'objectif, une étude de la portée a été effectuée en s'appuyant sur les écrits d'Arksey et O'Malley (2005) et de Levac *et al.* (2010), ce qui a conduit à une recherche systématique en six étapes. Ce type d'étude vise à synthétiser les connaissances actuelles provenant de la littérature, ce qui est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit d'un domaine de recherche dans lequel les connaissances sont émergentes (Levac *et al.*, 2010).

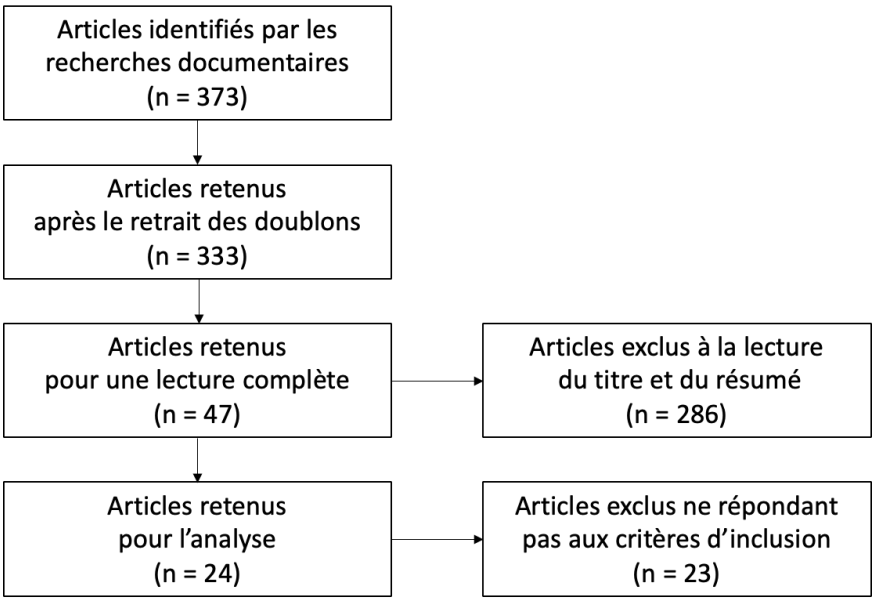
L'étape 1 consistait à identifier la question de recherche. Dans le cadre de cette étude, la question posée était la suivante: Quelles sont les interventions ergothérapiques étudiées ou décrites dans les écrits scientifiques en matière de santé mentale dans le contexte de la pratique en milieu scolaire ? Quatre questions sous-jacentes en découlaient : 1) Quelles sont les caractéristiques du contexte de pratique des ergothérapeutes intervenant en matière de santé mentale en milieu scolaire ? 2) Quelles sont les caractéristiques des participants recevant des interventions ergothérapiques en matière santé mentale en milieu scolaire ? 3) Quelles sont les caractéristiques des interventions ergothérapiques en matière de santé mentale en milieu scolaire ?; 4) Quels sont les effets des interventions ergothérapiques en matière de santé mentale en milieu scolaire ?

L'étape 2 impliquait de relever les études pertinentes dans les bases de données appropriées. La recherche documentaire a été effectuée, dans un premier temps, au cours de l'hiver 2020 à l'aide de l'Outil de découverte de l'Université de Sherbrooke, puis, dans un second temps, lors du printemps 2021, à l'aide de l'Outil de recherche

Sofia de l'Université de Sherbrooke. Ces outils comprennent différentes banques de données, dont CINAHL, MEDLINE, Academic Search Complete et APA PsycInfo. Les mots-clés utilisés étaient *occupational therap** et *school**, vu le nombre restreint d'études sur des interventions ergothérapiques en milieu scolaire et en santé mentale.

L'étape 3 comprenait la sélection des articles pertinents pour la question de recherche. Des critères d'inclusion ont été déterminés afin de documenter l'état des connaissances scientifiques dans ce champ de pratique. Les articles retenus devaient satisfaire les critères d'inclusion suivants : 1) être publiés entre 2000 et 2020; 2) être rédigés en anglais ou en français; 3) être issus d'une revue scientifique; 4) présenter des interventions en ergothérapie reliées à la santé mentale et réalisées en milieu scolaire. La Figure 1 présente le processus de sélection des articles.

Figure 1 : Processus de recherche et de sélection des articles



L'étape 4 consistait à extraire et à catégoriser les données. Les thèmes choisis pour l'évaluation étaient les suivants : 1) le type d'article (étude quantitative, étude qualitative, étude mixte, recension systématique, synthèse, etc.); 2) les objectifs de l'article; 3) le pays de provenance des auteurs; 4) les caractéristiques des participants (ex. : âge, conditions ou difficultés); 5) les programmes d'intervention; 6) les orientations ou cibles des interventions; 7) les modalités d'intervention (ex. : durée, fréquence, intervention individuelle, de groupe); 8) les effets. Afin de faciliter la catégorisation des données, l'extraction a été réalisée à l'aide d'un document Excel.

L'étape 5 comprenait l'analyse et la synthèse des données. L'ensemble des données a été analysé à l'aide de statistiques descriptives (fréquence et pourcentage). Les pourcentages ont été calculés en fonction du nombre total d'études retenues et analysées. Les données relatives aux programmes d'interventions, aux orientations ou cibles des interventions et aux effets des interventions ont aussi été analysées par

thématiques dans le document Excel. Les interventions présentant des effets statistiquement significatifs selon les études ont également été repérées.

Finalement, à l'étape 6, les données ont été validées par les auteures de l'article.

RÉSULTATS

Parmi les 24 articles retenus et analysés, on retrouvait des études mixtes, des études quantitatives, des synthèses, des recensions systématiques et une étude qualitative (voir Tableau 1). Aucune recension systématique ne répondait précisément ou complètement à la question de recherche. Deux portaient sur les interventions ergothérapiques en santé mentale en enfance/jeunesse (Cahill, Egan, et Seber, 2020; Kingsley, Sagester, et Weaver, 2020), une sur les interventions axées sur le jeu auprès des élèves ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (Cornell, Lin et Anderson, 2018), une sur un programme d'interventions utilisé entre autres en milieu scolaire (Gill, Thompson-Hodgetts et Rasmussen, 2018), et une sur les interventions ergothérapiques améliorant la participation scolaire (Grajo, Candler et Sarafian, (2020).

Tableau 1 : Articles retenus et analysés (n = 24)

Devis	Auteurs et année de publication
Études mixtes (n = 7; 29,2 %)	Bazyk *et al.* (2018) Buckle *et al.* (2011) Hui *et al.* (2016) Mac Cobb *et al.* (2014) Miller *et al.* (2017) Mills *et al.* (2016) Olson et Moulton (2004)
Études quantitatives (n = 6; 25,0 %)	Benson *et al.* (2019) Crowley *et al.* (2018) Macphee *et al.* (2019) Sams *et al.* (2006) Stagnitti *et al.* (2012) Tokolahi *et al.* (2018)
Synthèses (n = 5; 20,8 %)	American Occupational Therapy Association (AOTA; 2015) AOTA (2011) Jasmin (2019) Tokolahi *et al.* (2016) Whiting (2018)

Tableau 1 (suite) : Articles retenus et analysés (n = 24)

Devis	Auteurs et année de publication
Recensions systématiques (n = 5; 20,8 %)	Cahill *et al.* (2020) Cornell *et al.* (2018) Gill *et al.* (2018) Grajo *et al.* (2020) Kingsley *et al.* (2020)
Étude qualitative (n = 1; 4,2 %)	Mills et Chapparo (2018)

Caractéristiques du contexte de pratique

Les auteurs des articles provenaient principalement des États-Unis (n = 14 ; 58,3 %). Les autres pays de provenance incluaient le Canada (n = 3; 12,5 %), l'Australie (n = 3; 12,5 %), la Nouvelle-Zélande (n = 2 ; 8,3 %), l'Afrique du Sud (n = 1; 4,1 %) et l'Irlande (n = 1; 4,1 %). Les interventions ergothérapiques étudiées ou décrites concernaient surtout des contextes scolaires normaux (n = 13; 54,1 %), mais aussi des écoles spécialisées (n = 7; 29,2 %) et les deux types d'écoles (n = 4; 16,7 %).

Organisation des services d'ergothérapie en milieu scolaire

Quatre articles faisaient référence à un modèle d'organisation des services d'ergothérapie en milieu scolaire (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2015; AOTA, 2011; Bazyk, Demirjian, Horvath et Doxsey, 2018; Jasmin, 2019). Un modèle multiniveau, en particulier celui de la Réponse à l'intervention (RAI), était mis de l'avant pour organiser les services d'ergothérapie en milieu scolaire, afin d'agir rapidement et préventivement auprès du plus grand nombre d'élèves possibles. Centrée sur la collaboration avec l'équipe-école, la RAI permet d'offrir différents niveaux de soutien grâce à trois paliers (AOTA, 2011; Jasmin, 2019). Au palier 1, les interventions sont universelles et proposées à l'ensemble des élèves d'une classe ou d'une école dans une optique de promotion de la santé, de prévention, de détection ou de dépistage. Au palier 2, les interventions sont différenciées et offertes en sous-groupe à des élèves en difficultés ou à risque d'en présenter. Au palier 3, les interventions sont individualisées et recommandées lorsque les difficultés d'un élève persistent. Traitant plus précisément de la santé mentale, deux écrits analysaient une approche ergothérapique s'inscrivant dans la RAI, soit *Every Moment Counts* (Bazyk *et al.*, 2018; Jasmin, 2019). S'appuyant sur la psychologie positive, cette approche propose des interventions ergothérapiques aux trois paliers de la RAI pour répondre aux besoins de santé mentale des élèves avec ou sans problème de santé mentale. Les interventions comprennent divers programmes et stratégies pour favoriser le bien-être mental, la participation et la résilience des enfants à l'école, mais pas uniquement (Bazyk *et al.*, 2018; Jasmin, 2019). Un des programmes de l'approche *Every Moment Counts*, le *Comfortable Cafeteria*, a fait l'objet d'une étude (Bazyk, Demirjian, Ciolek, Emig, Koverman et Assad, 2020; voir la section « Caractéristiques des interventions »).

Caractéristiques des participants

Les interventions ergothérapiques étudiées ou décrites (n = 24) s'adressaient principalement à des enfants de niveau primaire (6 à 12 ans; n = 20; 83,3 %), mais aussi d'âge préscolaire (3 à 6 ans; n = 14; 58,3 %) et des jeunes de niveau secondaire (12 à 21 ans; n = 10; 41,7 %). Elles ciblaient généralement des élèves présentant un diagnostic ou un problème particulier (n = 18; 75 %; voir Tableau 2).

Tableau 2 : Diagnostics ou conditions des élèves

Diagnostics ou conditions	n	%
Problèmes de comportement	16	66,6
Trouble du spectre autistique	11	41,7
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	8	33,3
Difficultés de traitement de l'information sensorielle	5	20,8
Déficience intellectuelle	5	20,8
Troubles d'apprentissage	4	16,7
Anxiété	3	12,5
Problèmes émotionnels	3	12,5
Paralysie cérébrale	3	12,5
Symptômes dépressifs	2	8,3
Traumatisme	1	4,2

Certaines interventions ciblaient spécifiquement des élèves présentant un TSA (n = 4; 16,7 %), un TDA/H (n = 3; 12,5 %), de l'anxiété (n = 3; 12,5 %) ou ayant subi un traumatisme (n = 1; 0,4 %). Trois interventions s'adressaient à des groupes d'enfants sans difficultés particulières identifiées. Trois programmes d'intervention impliquaient des enseignants (12,5 %), un du personnel surveillant à la cafétéria (0,4 %) et un des orthophonistes (0,4 %).

Caractéristiques des interventions

Programmes d'intervention

Sept programmes d'intervention étaient présentés dans les écrits (29,2 %) : 1) *Comfortable Cafeteria* (Bazyk *et al.*, 2018) ; 2) *Alert Program®* (Gill *et al.*, 2018 ; Hui *et al.*, 2016 ; Mac Cobb *et al.*, 2014) ; 3) *Occupational Performance Coaching* (OPC) (Hui *et al.*, 2016) ; 4) *Sensory activity schedule* (SAS) (Mills *et al.*, 2016 ; Mills et Chapparo, 2018) ; 5) *Learn to play* (Stagnitti *et al.*, 2012) ; 6) *Kia Piki te Hauora* (traduit du maori à l'anglais par *Uplifting our Health and Wellbeing* (Tokolahi *et al.*, 2018 ; 2016) ; 7) *Group Mindfulness Therapy* (Crowley *et al.*, 2018).

Le *Comfortable Cafeteria* (Bazyk, Demirjian, Ciolek, Emig, Koverman et Assad, 2020) est un programme conçu pour renforcer les compétences des surveillants et des élèves à la cafétéria, afin qu'ils soient en mesure de créer un contexte positif lors des repas, qui promeut la participation de tous, le plaisir et la socialisation (Bazyk *et al.*,

2018). Ce programme s'inscrit dans l'approche *Every Moment Counts* présentée plus haut (Bazyk *et al.*, 2018 ; Jasmin, 2019). Il comprend de la formation et un accompagnement hebdomadaire du personnel surveillant à la cafétéria durant six semaines (Bazyk *et al.*, 2018).

L'*Alert Program*® (Williams et Shellenberger, 1996) est une intervention fondée sur la théorie de l'intégration sensorielle (Bundy et Lane, 2019), qui vise l'amélioration de l'autorégulation des élèves par le biais de stratégies sensorimotrices, comme changer de position, faire des étirements ou manipuler une balle (Gill *et al.*, 2018 ; Hui *et al.*, 2016 ; Mac Cobb *et al.*, 2014). Ce programme permet aux élèves d'apprendre à reconnaître leur niveau d'éveil et à utiliser des stratégies pour le réguler en fonction de la situation ou de l'activité. L'*Alert Program*® peut inclure de la formation aux enseignants (Hui *et al.*, 2016 ; Mac Cobb *et al.*, 2014). Il peut être appliqué à un groupe-classe, à un petit groupe d'élèves ou en intervention individuelle par un ergothérapeute ou par un enseignant formé et accompagné (Gill *et al.*, 2018 ; hui *et al.*, 2016 ; Mac Cobb *et al.*, 2014).

Le *Occupational Performance Coaching* (Graham, Kennedy-Behr et Ziviani, 2010) est une intervention dans laquelle l'ergothérapeute accompagne des parents, des éducateurs ou des enseignants dans l'atteinte d'objectifs pour un ou des enfants. Les objectifs sont liés au rendement ou à la participation. Le parent ou l'enseignant participe activement à la recherche de solutions pour atteindre les objectifs fixés. Dans l'étude de Hui *et al.* (2016), l'OPC a été combiné à un atelier sur l'autorégulation selon l'*Alert Program*® pour accompagner des enseignants en lien avec des objectifs concernant le rendement ou la participation de leur classe.

Le *Sensory activity schedule* (Mills *et al.*, 2016 ; Mills Chapparo, 2018) est également fondé sur la théorie de l'intégration sensorielle et, plus précisément, sur le concept de « diète sensorielle » (Wilbarger et Wilbarger, 2007). Il s'agit d'un programme d'activités et de modifications environnementales identifiées avec l'enseignant pour répondre aux besoins sensoriels de l'élève, tout en tenant compte de ses préférences sensorielles (Mills *et al.*, 2016; Mills et Chapparo, 2018). Le but est de permettre à l'élève d'accomplir ses tâches et de participer selon ce qui est attendu dans son contexte scolaire (Mills *et al.*, 2016; Mills et Chapparo, 2018). Les activités du programme (ex. : sauter sur un mini-trampoline, être massé avec un ballon thérapeutique) sont intégrées dans la routine scolaire et sont appliquées en classe avec l'aide de l'enseignant ou d'un éducateur. Ce programme a été étudié auprès d'élèves présentant un TSA en raison de leurs particularités sensorielles (Mills *et al.*, 2016; Mills et Chapparo, 2018).

Le programme *Learn to play* (Stagnitti, 1998) est destiné aux élèves présentant des défis développementaux et vise à accroître leurs habiletés associées au jeu symbolique (Stagnitti *et al.*, 2012). Dans l'étude, le programme a été utilisé en intervention individuelle par un ergothérapeute, des enseignants et des orthophonistes lors de séance de 60 minutes, deux fois par semaine, et ce, durant six mois (Stagnitti *et al.*, 2012). Ce programme suit plusieurs principes, dont les suivants : débuter à partir du degré développemental de jeu de l'enfant, attirer son attention sur l'activité de jeu, modéliser l'activité de jeu, utiliser les émotions et les symboles dans le jeu et encourager l'imitation dans le jeu.

Le programme *Kia Piki te Hauora* (Tokolahi *et al.*, 2018; 2016) s'adresse aux jeunes présentant de l'anxiété. Il s'appuie sur la science de l'occupation (Hocking et Wright-St. Clair, 2011) et s'inspire notamment du programme *Lifestyle redesign*® (Clark *et al.*, 2015). Il s'agit d'une intervention de groupe ayant pour but de promouvoir le bien-être psychologique à travers l'engagement dans des activités quotidiennes et signifiantes (Tokolahi *et al.*, 2018; 2016). Ce programme comprend huit séances hebdomadaires de groupe de une à deux heures (Tokolahi *et al.*, 2018; 2016).

La *Group Mindfulness Therapy* (McCarthy, Nicholls, et Crowley, 2014) cible également les jeunes présentant de l'anxiété. Cette intervention de groupe vise à réduire leur stress et leur anxiété par la méditation de pleine conscience (Crowley *et al.*, 2018). Dans l'étude de Crowley *et al.* (2018), la *Group Mindfulness Therapy* a été offerte à un groupe d'adolescents de 12-13 ans durant 10 semaines à raison d'une heure par semaine. Les séances avaient lieu dans la classe après l'école.

Orientations ou cibles des interventions

L'analyse des écrits a permis de relever les principales orientations ou cibles des interventions ergothérapiques étudiées ou décrites (voir Tableau 3).

Tableau 3 : Orientations ou cibles des interventions étudiées ou décrites dans les articles scientifiques (n = 24)

Orientations ou cibles des interventions	Études mixtes	Études quantitatives	Étude qualitative	Recensions systématiques	Synthèses	Protocole de recherche
Interventions axées sur la participation (n = 13; 54,2 %)	Bazyk *et al.* (2018); Hui *et al.* (2016); Mills *et al.* (2016)	Benson *et al.* (2019); Tokolahi *et al.* (2018)	Mills et Chapparo (2018)	Cahill *et al.* (2020); Grajo *et al.* (2020)	AOTA (2015); AOTA (2011); Jasmin (2019); Tokolahi *et al.* (2016); Whiting (2018)	Tokolahi *et al.* (2018)
Interventions fondées sur l'intégration sensorielle (n = 12; 50,0 %)	Buckle *et al.* (2011); Hui *et al.* (2016); Mac Cobb *et al.* (2014); Miller *et al.* (2017); Mills *et al.* (2016); Olson et Moulton (2004)	Benson *et al.* (2019); Macphee *et al.* (2019)	Mills et Chapparo (2018)	Gill *et al.* (2018)	AOTA (2015); Whiting (2018)	
Interventions ciblant l'autorégulation (n = 8; 33,3 %)	Hui *et al.* (2016); Mac Cobb *et al.* (2014)	Benson *et al.* (2019); Crowley *et al.* (2018); Tokolahi *et al.* (2018)		Gill *et al.* (2018)	Tokolahi *et al.* (2016); Whitting (2018)	Tokolahi *et al.* (2018)

Tableau 3 (suite) : Orientations ou cibles des interventions étudiées ou décrites dans les articles scientifiques (n = 24)

Orientations ou cibles des interventions	Études mixtes	Études quantitatives	Étude qualitative	Recensions systématiques	Synthèses	Protocole de recherche
Interventions ciblant le bien-être psychologique (n = 7; 29,2 %)	Bazyk *et al.* (2018)	Crowley *et al.* (2018); Tokolahi *et al.* (2018)		Cahill *et al.* (2020); Kingsley *et al.* (2020)	Jasmin (2019); Tokolahi *et al.* (2016)	Tokolahi *et al.* (2018)
Interventions ciblant les comportements (n = 6; 25,0 %)	Buckle *et al.* (2011); Mac Cobb *et al.* (2014); Olson et Moulton (2004).	Macphee *et al.* (2019);		Cahill *et al.* (2020); Kingsley *et al.* (2020)		
Interventions ciblant la socialisation (n = 4; 20,8 %)	Bazyk *et al.* (2018); Miller *et al.* (2017)	Sams *et al.* (2006); Stagnitti *et al.* (2012)				
Interventions axées sur le jeu (n = 4; 20,8 %)	Miller *et al.* (2017)	Stagnitti *et al.* (2012)		Cahill *et al.* (2020); Cornell *et al.* (2018)		

Dans la majorité des écrits, les interventions étaient axées sur la participation des élèves, ce qui est considéré comme le but principal de l'ergothérapie en milieu scolaire (AOTA, 2011; Grajo *et al.*, 2020). Certaines interventions fondées sur l'intégration sensorielle étaient utilisées ou recommandées dans une optique de participation (AOTA, 2015; Benson *et al.*, 2019; Hui *et al.*, 2016; Mills *et al.*, 2016; Mills et Chapparo, 2018). Les programmes *Comfortable Cafeteria* (Bazyk *et al.*, 2018) et *Kia Piki te Hauora* (Tokolahi *et al.*, 2018; 2016) s'appuient sur la participation pour promouvoir le bien-être mental. Dans la recension systématique de Cahill (2020), l'efficacité d'interventions fondées sur l'activité ou l'occupation a été analysée en lien avec la participation sociale des jeunes (Cahill *et al.*, 2020).

Des interventions fondées sur l'intégration sensorielle étaient rapportées dans la moitié des écrits. Elles étaient surtout utilisées auprès des élèves présentant des défis développementaux ou comportementaux afin de répondre à leurs besoins sensoriels (AOTA, 2015; Benson *et al.*, 2019). Elles étaient aussi recommandées pour les élèves ayant subi un traumatisme (Whiting, 2018). Les principales visées de ces interventions étaient l'amélioration de l'autorégulation, de l'attention, du comportement, des apprentissages et de la participation (AOTA, 2015; Benson *et al.*, 2019). Les interventions étudiées incluaient : 1) le *Sensory activity schedule* (Mills *et al.*, 2016; Mills et Chapparo, 2018); 2) l'*Alert Program*® (Gill *et al.*, 2018; Hui *et al.*, 2016; Mac Cobb *et al.*, 2014); 3) l'utilisation de modalités sensorielles en classe, soit une veste proprioceptive (Buckle *et al.*, 2011; Macphee *et al.*, 2019; Olson et Moulton, 2004) ou un ballon-chaise (Macphe *et al.*, 2019).

L'autorégulation était une cible fréquente des interventions, notamment pour celles fondées sur l'intégration sensorielle (AOTA, 2015; Benson *et al.*, 2019; Whiting, 2018) et particulièrement avec l'*Alert Program*® (Gill *et al.*, 2018; Hui *et al.*, 2016; Mac Cobb *et al.*, 2014). La *Group Mindfulness Therapy* a aussi été utilisée dans une optique d'autogestion du stress et de l'anxiété (Crowley *et al.*, 2018). De plus, le programme *Kia Piki te Hauora* comprend l'application et le développement des stratégies de gestion des émotions (Tokolahi et al, 2018; 2016).

Des approches ou programmes d'intervention visaient particulièrement à promouvoir le bien-être psychologique des jeunes, soit *Every Moment Counts* (Bazyk *et al.*, 2018; Jasmin, 2019), le *Comfortable Cafeteria* (Bazyk *et al.*, 2018), *Kia Piki te Hauora* (Tokolahi et al, 2018; 2016) et la *Group Mindfulness Therapy* (Crowley *et al.*, 2018). La recension des écrits de Cahill *et al.* (2020) portait également sur les interventions fondées sur l'activité ou l'occupation qui améliorent la santé mentale des jeunes.

Plusieurs interventions fondées sur l'intégration sensorielle visaient l'amélioration de comportements spécifiques, comme la position assise (Buckle *et al.*, 2011; Macphee *et al.*, 2019) et l'attention ou la concentration à la tâche (Bucke *et al.*, 2011; Olsen et Moulton, 2004). L'*Alert Program*® a aussi été utilisé pour aider des élèves présentant des défis comportementaux à gérer par eux-mêmes leur comportement (Mac Cobb *et al.*, 2014). Deux recensions systématiques analysaient l'efficacité des interventions à favoriser des comportements positifs chez les enfants (Cahill *et al.*, 2020; Kingsley *et al.*, 2020).

Les interventions axées sur le jeu comprenaient le jeu au parc, le jeu dans la cour de récréation (Miller *et al.*, 2017), et le programme *Learn to play* (Stagnitti *et al.*, 2012). Une recension des écrits portait sur les interventions axées sur le jeu auprès des élèves ayant un TDA/H (Cornell *et al.*, 2018). De plus, l'efficacité du jeu pour améliorer la participation sociale des jeunes a été analysée dans la recension de Cahill *et al.* (2020).

Deux interventions ciblaient l'amélioration des interactions sociales d'élèves présentant des défis développementaux, soit le programme *Learn to play* (Stagnitti *et al.*, 2012) et l'intégration d'animaux en thérapie auprès d'élèves ayant un TSA (Sams *et al.*, 2006). Le programme *Comfortable Cafeteria* avait aussi pour but de promouvoir la socialisation entre les élèves (Bazyk *et al.*, 2018). De plus, selon Miller *et al.* (2017), le jeu au parc peut être une intervention visant à améliorer les interactions sociales des élèves, de même qu'à promouvoir l'inclusion de tous par l'accessibilité de l'équipement de jeu.

Modalités des interventions

L'analyse des écrits portant sur les études mixtes ou quantitatives (n = 13; 54,2 %) a permis de faire ressortir certaines modalités d'intervention. Cinq interventions étaient offertes de manière individualisée (palier 3 de la RAI), trois en grand groupe (palier 1 de la RAI) et deux en petit groupe (palier 2 de la RAI). De plus, quatre interventions comprenaient de la formation à des enseignants ou à du personnel surveillant (palier 1 de la RAI). Deux interventions impliquaient de l'accompagnement d'enseignants ou de personnel surveillant (palier 1 de la RAI). Lorsque spécifié, les suivis étaient offerts sur un minimum de deux séances jusqu'à un maximum de six mois. La fréquence des interventions variait

d'une fois par jour à deux fois par semaine. Les interventions individuelles auprès des enfants étaient d'une durée de 30 à 60 minutes, et les interventions de groupe de 40 à 120 minutes. Les formations avaient une durée qui variait de deux heures à deux jours. Les séances d'accompagnement des enseignants pouvaient durer jusqu'à 75 minutes.

Effets des interventions

Les études mixtes ou quantitatives ont permis d'évaluer les effets d'interventions ergothérapiques en matière de santé mentale (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Effets des interventions ergothérapiques étudiées en matière de santé mentale

Interventions étudiées	Améliorations
Confortable Cafeteria (Bazyk *et al.*, 2018)	- Plaisir et convivialité des pairs* - Connaissances et compétences du personnel surveillant à la cafétéria* - Interactions sociales positives - Ambiance conviviale et chaleureuse
Alert Program® (Mac Cobb *et al.*, 2014)	- Compréhension de son propre comportement par les élèves - Application des stratégies d'autogestion en classe par les élèves
Atelier sur l'autorégulation (*Alert Program®*) et accompagnement des enseignants (*Occupational Perfomance Coaching*) (Hui *et al.*, 2016)	- Rendement des enseignants dans l'utilisation de stratégies d'autorégulation avec les élèves et la gestion de classe
Sensory activity schedule (Mills *et al.*, 2016)	- Rendement à la tâche en classe*
Veste proprioceptive ou ballon-chaise (Buckle *et al.*, 2011; Macphee *et al.*, 2019)	- Comportement assis* (-) - Attention à la tâche* - Respect des règles (-)
Group Mindfulness Therapy (Crowley *et al.*, 2018)	- Anxiété et stress perçus* - Attention*
Kia Piki te Hauora (Tokolahi *et al.*, 2018)	- Satisfaction du rendement occupationnel* - Anxiété perçue par l'enseignant* - Symptômes d'anxiété et de dépression (-) - Estime de soi (-) - Bien-être (-)
Learn to play (Stagnitti *et al.*, 2012)	- Interactions sociales* - Utilisation du langage*

* Amélioration statistiquement significative

(-) Absence d'amélioration statistiquement significative

L'absence des symboles * et (-) signifie que ces améliorations n'ont pas été évaluées de manière quantitative ou analysées à l'aide de tests statistiques.

Tableau 4 (suite) : Effets des interventions ergothérapiques étudiées en matière de santé mentale

Interventions étudiées	Améliorations
Intégration d'animaux en thérapie (Sams *et al.*, 2006)	- Interactions sociales* - Utilisation du langage*
Jeu au parc (Miller *et al.*, 2017)	- Interactions sociales - Autorégulation - Habiletés motrices - Habiletés de jeu

* Amélioration statistiquement significative

(-) Absence d'amélioration statistiquement significative

L'absence des symboles * et (-) signifie que ces améliorations n'ont pas été évaluées de manière quantitative ou analysées à l'aide de tests statistiques.

Constats des recensions systématiques

Selon la recension systématique de Cahill *et al.* (2020), les interventions les plus probantes sont : 1) le yoga, les arts ou les activités créatives et la participation à des activités domestiques ou vocationnelles, pour la santé mentale; 2) le yoga, le sport et l'intégration d'un animal, pour les comportements positifs; 3) le jeu, le sport et le yoga, pour la participation sociale. La recension de Grajo *et al.* (2020) a révélé que les interventions les plus probantes pour améliorer la participation à l'école incluent le yoga, les activités créatives, les interventions par l'intermédiaire des parents et les interventions avec le soutien des pairs. D'après la recension de Kingsley *et al.* (2020), la formation des parents et des enseignants est recommandée pour améliorer la santé mentale et les comportements des enfants. Selon la recension de Gill *et al.* (2018), l'*Alert Program*® est une intervention efficace pour améliorer l'autorégulation des jeunes dans des contextes scolaires et cliniques. La recension de Crowley *et al.* (2018) a mis de l'avant le potentiel des interventions axées sur le jeu pour les élèves ayant un TDA/H, bien qu'elles ne puissent pas encore être considérées comme des interventions probantes (Crowley *et al.*, 2018).

DISCUSSION

Les résultats ont permis de documenter les interventions ergothérapiques étudiées ou décrites dans les récents écrits scientifiques en matière de santé mentale dans le contexte de la pratique en milieu scolaire. Cette synthèse des connaissances a été réalisée pour amener une meilleure compréhension de la contribution de l'ergothérapie en milieu scolaire dans le domaine de la santé mentale, ainsi que pour orienter la mise en œuvre ou la bonification de ce service éducatif complémentaire.

Cette recension révèle que les connaissances scientifiques dans ce domaine sont effectivement en émergence, puisque la plupart des études sur les interventions ergothérapiques en matière de santé mentale en milieu scolaire ont été réalisées et publiées après 2010. De plus, les auteurs provenaient principalement des États-Unis, où la pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire est bien implantée (Cahill et Bazyk, 2020;

Chandler, 2013). Le fait que des services d'ergothérapie soient déjà offerts à l'école apparaît donc comme un facteur facilitant pour proposer et implanter des interventions ergothérapiques en matière de santé mentale. Il ressort également que les auteurs étaient tous de pays anglophones (États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique du Sud, Irlande) et que tous les articles, sauf un, étaient rédigés en anglais. Ainsi, on peut penser que l'ergothérapie en milieu scolaire est davantage étudiée, voire documentée, dans le monde anglophone, ce qui peut en faciliter le développement. Dans le contexte canadien, l'offre des services d'ergothérapie en milieu scolaire varie selon les provinces, puisque l'éducation relève des compétences provinciales. Dans la province de Québec, elle diffère également selon les régions, étant donné qu'aucune loi ou réglementation provinciale n'oblige les centres de services à inclure l'ergothérapie dans leurs programmes de services complémentaires (Gouvernement du Québec, 2002; Jasmin *et al.*, 2019).

L'opportunité pour les ergothérapeutes en milieu scolaire d'agir en matière de santé mentale dépend également des rôles et responsabilités attendus des intervenants. Aux États-Unis, le champ de la santé mentale, en particulier la promotion et la prévention, serait peu investi par les autres intervenants, ce qui aurait facilité le déploiement de l'approche *Every Moment Counts* et du programme *Comfortable Cafeteria* par des ergothérapeutes (Jasmin, 2019). Considérant la prévalence élevée des problèmes de santé mentale chez les jeunes (Piché *et al.*, 2017; Riberdy *et al.*, 2013) et les défis que représente l'accès aux services et aux traitements (Commission de la santé mentale du Canada, 2020), il est d'autant plus souhaitable que les ergothérapeutes en milieu scolaire s'impliquent dans ce champ de pratique (Cahill et Egan, 2013).

Or, selon la Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec (2017), l'ergothérapie s'adresserait en premier lieu aux « élèves présentant des troubles physiques ou psychomoteurs ». De plus, l'élève orienté en ergothérapie est généralement considéré comme « handicapé ou en difficulté d'adaptation » ou encore « atteint d'un trouble mental ou neuropsychologique » (FPPE, 2017). De ce fait, les ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec seraient appelés à intervenir principalement auprès des élèves ayant des problèmes physiques ou psychomoteurs, incluant ceux qui présentent des enjeux de santé mentale. Par ailleurs, leur pratique se situerait essentiellement au palier 3 de la RAI auprès d'élèves ayant une condition de santé particulière (Jasmin *et al.*, 2019). Ces constats ont été validés dans l'étude de Jasmin *et al.* (2019) sur la pratique de l'ergothérapie au Québec. Selon les écrits recensés, les interventions étudiées ou décrites s'inscrivaient également davantage au palier 3 de la RAI et s'adressaient surtout à des élèves ayant des problèmes de comportements et des troubles neurodéveloppementaux, en particulier un TSA ou un TDA/H.

Néanmoins, un modèle multiniveau, comme la RAI, devrait être préconisé pour organiser les services d'ergothérapie en milieu scolaire, y compris en matière de santé mentale, afin d'en faciliter l'accès, d'intervenir en amont et de réduire les listes d'attente (Cahill et Bazyk, 2020). Cela implique d'agir à tous les paliers de la RAI, mais aussi d'offrir des interventions aux paliers 1 et 2 avant d'orienter les élèves au palier 3. *Every Moment Counts* (Bazyk *et al.*, 2018; Jasmin, 2019) est une approche ergothérapique en santé mentale qui permet d'intervenir aux trois paliers de la RAI. Les interventions recensées se situaient également aux différents paliers.

Quatre interventions étudiées se référaient au palier 1 de la RAI, soit le *Comfortable Cafeteria* (Bazyk *et al.*, 2018), l'*Alert Program*® (Hui *et al.*, 2016; Mac Cobb *et al.*, 2014), le *Occupational Performance Coaching* (Hui *et al.* 2016), et le jeu au parc (Miller *et al.*, 2017). Les ergothérapeutes en milieu scolaire pourraient donc contribuer à favoriser le bien-être, l'autorégulation, la participation et l'inclusion à l'école, même à la cafétéria et dans la cour de récréation, en offrant de la formation et de l'accompagnement pour le personnel scolaire. Ils pourraient ainsi créer avec leur aide des milieux de vie accueillants, inclusifs, sécuritaires et confortables et intégrer dans la routine des élèves des stratégies et des activités qui favorisent leur santé mentale (Jasmin, 2019). Ces interventions pourraient prévenir l'apparition de problèmes fonctionnels, comportementaux ou psychologiques chez des élèves. Elles pourraient également accroître les connaissances des élèves en matière de santé mentale (Jasmin *et al.*, 2021), ce qui peut réduire la stigmatisation et la réticence à demander de l'aide (Yearwood et DeLeon Siantz, 2010). Les ergothérapeutes en milieu scolaire pourraient aussi détecter ou dépister les élèves qui présentent des défis de participation, de comportement ou de santé mentale et qui nécessiteraient une intervention au palier 2 de la RAI (Cahill et Bazyk, 2020; Jasmin, 2019). De ce fait, ils pourraient intervenir de manière précoce, sans attendre une évaluation diagnostique ou une demande de référence.

Trois interventions étudiées se déroulaient au palier 2 de la RAI, c'est-à-dire en petit groupe : 1) *Alert Program*® (Mac Cobb *et al.*, 2014); 2) *Group Mindfulness Therapy* (Crowley *et al.*, 2018); 3) *Kia Piki te Hauora* (Tokolahi et al, 2018). L'*Alert Program*® était utilisé avec de jeunes adolescents ayant des problèmes de comportement ou d'apprentissage, tandis que la *Group Mindfulness Therapy* (Crowley *et al.*, 2018) et le *Kia Piki te Hauora* (Tokolahi et al, 2018) ont été proposés à des adolescents présentant de l'anxiété. Les ergothérapeutes en milieu scolaire peuvent donc offrir des interventions en petit groupe à des élèves qui présentent des défis similaires pour les aider à s'autoréguler et à se sentir bien mentalement par le biais de stratégies sensorimotrices et d'activités quotidiennes et signifiantes.

Lorsque les difficultés des élèves persistent malgré les interventions aux paliers 1 et 2, un suivi individualisé (palier 3 de la RAI) devrait être proposé. Les interventions individualisées étudiées incluaient le *Sensory activity schedule* (Mills *et al.*, 2016), la veste proprioceptive ou le ballon-chaise comme modalités sensorielles (Buckle *et al.*, 2011; Macphee *et al.*, 2019), ainsi que *Learn to play* (Stagnitti *et al.*, 2012) et l'intégration d'animaux en thérapie (Sams *et al.*, 2006). Ces interventions s'adressaient principalement à des élèves présentant des problèmes de comportement ou de développement et ayant un diagnostic de TSA ou de TDA/H. Elles étaient fondées sur l'intégration sensorielle ou axées sur la participation ou le jeu, et ciblaient l'autorégulation, les comportements ou la socialisation. Différentes interventions individualisées peuvent ainsi être offertes en ergothérapie selon les besoins de l'élève et les attentes ou exigences liées au contexte scolaire.

Le choix des interventions ergothérapiques en matière de santé mentale doit également tenir compte de leur efficacité ou de leurs effets. Certaines interventions ont été étudiées et ont démontré des effets statistiquement significatifs : 1) *Comfortable Cafeteria* (Bazyk *et al.*, 2018); 2) *Sensory activity schedule* (Mills *et al.*, 2016); 3) *Group Mindfulness Therapy* (Crowley *et al.*, 2018); 4) *Learn to play* (Stagnitti *et al.*, 2012); 5)

l'intégration d'animaux en thérapie (Sams *et al.*, 2006). De plus, des recensions systématiques (Cahill *et al.*, 2020; Grajo *et al.*, 2020; Kingsley *et al.*, 2020) ont révélé que les interventions les plus probantes pour agir en matière de santé mentale auprès des enfants et des jeunes étaient : 1) le yoga, 2) les arts et les activités créatives; 3) la participation à des activités domestiques ou vocationnelles; 4) le sport; 5) le jeu; 6) l'intégration d'un animal; 7) la formation aux parents et aux enseignants; 8) les interventions par l'intermédiaire des parents; 9) les interventions avec le soutien des pairs. Une recension des écrits a également établi l'efficacité du *Alert Program*® (Gill *et al.*, 2018). D'autres interventions demeurent prometteuses, comme l'accompagnement des enseignants selon l'OPC (Hui *et al.*, 2016), le jeu avec les élèves ayant un TDA/H (Crowley *et al.*, 2018) et le jeu au parc (Miller *et al.*, 2017). En revanche, l'utilisation de modalités sensorielles, comme la veste proprioceptive et le ballon-chaise, présente un faible degré d'efficacité (Grajo, Candler et Sarafian, 2020; Macphee *et al.*, 2019). Elles devraient donc être proposées avec précaution en s'assurant qu'elles répondent aux besoins de l'élève et en faisant un suivi des effets en lien avec les objectifs poursuivis (Pollock, 2009). Le Tableau 5 présente une synthèse des interventions efficaces et prometteuses recensées pour agir en matière de santé mentale en milieu scolaire à chaque palier de la RAI.

Tableau 5 : Interventions ergothérapiques efficaces* et prometteuses en matière de santé mentale en milieu scolaire

Palier 1 : interventions universelles (pour tous les élèves)
- *Confortable Cafeteria**
- *Alert Program*®* : ateliers pour les enseignants et avec les élèves en classe
- Formation pour les parents et les enseignants*
- Interventions par l'intermédiaire des parents*
- Interventions avec le soutien des pairs*
- Accompagnement des enseignants selon le *Occupational Perfomance Coaching*
- Réalisation d'activités en classe ou à l'école comme le yoga*, le sport*, le jeu*, les arts ou les activités créatives* et les activités domestiques ou vocationnelles*
Palier 2 : interventions différenciées en petit groupe
- *Group Mindfulness Therapy** auprès d'un groupe d'élève présentant de l'anxiété
- *Alert Program*®* auprès d'un groupe d'élèves présentant des défis d'autorégulation
- *Kia Piki te Hauora* auprès d'un groupe d'élèves présentant ou à risque de présenter de l'anxiété
- Interventions par l'intermédiaire des parents* pour un groupe d'élève présentant des défis de participation
- Interventions avec le soutien d'un pair* pour un groupe d'élève présentant des défis de participation
- Réalisation ou utilisation d'activités en petit groupe comme le yoga*, le sport*, le jeu*, les arts ou les activités créatives* et les activités domestiques ou vocationnelles*

Tableau 5 (suite) : Interventions ergothérapiques efficaces* et prometteuses en matière de santé mentale en milieu scolaire

Palier 3 : interventions individualisées
- *Sensory activity schedule** pour un élève ayant un TSA ou des particularités sensorielles
- *Learn to play** pour un élève présentant des défis liés au jeu symbolique et à la socialisation
- *Alert Program*®** pour un élève présentant des défis d'autorégulation
- Intégration d'un animal* en thérapie avec un élève présentant un TSA
- Interventions par l'intermédiaire des parents* pour un élève présentant des défis de participation
- Interventions avec le soutien des pairs* pour un élève présentant des défis de participation
- Utilisation, recommandation ou adaptation d'activités comme le yoga*, le sport*, le jeu*, les arts ou les activités créatives* et les activités domestiques ou vocationnelles*

Les interventions recensées peuvent être réalisées par des ergothérapeutes, mais aussi avec ou par des enseignants et d'autres intervenants. Selon cette recension des écrits, les enseignants appliquaient certains programmes d'intervention, comme l'*Alert Program*® (Gill *et al.*, 2018; Hui *et al.*, 2016; Mac Cobb *et al.*, 2014), le *Sensory activity schedule* (Mills *et al.*, 2016; Mills et Chapparo, 2018) et *Learn to play**. Des orthophonistes utilisaient aussi le programme *Learn to play* (Stagnitti *et al.*, 2012). Les enseignants et les autres intervenants en milieu scolaire peuvent ainsi être des collaborateurs ou des alliés pour agir en matière de santé mentale. Le personnel surveillant à la cafétéria (Bazyk *et al.*, 2018) ou à la récréation (Miller *et al.*, 2017), notamment, peut aussi jouer un rôle important dans la promotion de la santé mentale. Puisque le bien-être des enfants et des jeunes à l'école est une responsabilité partagée par tous (Conseil supérieur de l'éducation, 2020), il est d'autant plus important de créer des zones de collaboration entre les divers acteurs du milieu scolaire. Les ergothérapeutes peuvent initier ces collaborations en s'intéressant au point de vue des autres acteurs et en partageant leur expertise et leurs compétences pour comprendre les besoins des élèves et y répondre (Cahill et Bazyk, 2020). Cette collaboration peut se traduire notamment par de la formation, de l'accompagnement, du co-enseignement et de la co-intervention (Cahill et Bazyk, 2020).

Selon cette recension des écrits, les interventions ergothérapiques en matière de santé mentale en milieu scolaire ciblent fréquemment les besoins sensoriels et l'autorégulation des élèves, afin de soutenir leur rendement ou leur participation. Bien que cela mérite d'être considéré, d'autant plus qu'il s'agit d'un apport spécifique et complémentaire de l'ergothérapie, d'autres hypothèses et solutions peuvent expliquer et résoudre les défis fonctionnels ou comportementaux des élèves (Pollock, 2009). Il importe donc de faire une bonne analyse des besoins avant de déterminer les interventions à mettre en place. Si l'utilisation d'une intervention fondée sur l'intégration sensorielle ou ciblant l'autorégulation s'avère alors justifiée, on se doit ensuite de vérifier si des bienfaits sont réellement observables dans la vie des élèves (Pollock, 2009).

Limites

Cette recension des écrits comporte quelques limites. D'abord, la recherche documentaire n'incluait ni documents externes aux banques de données des outils de recherche ni littérature grise comme des thèses, des mémoires, des rapports de recherche, des actes de congrès ou des publications gouvernementales (Tétreault et Michaud, 2014). De plus, les articles publiés avant l'année 2000 et écrits dans une autre langue que l'anglais ou le français n'ont pas été identifiés. Rappelons, néanmoins, qu'il s'agit d'un domaine de recherche en émergence, surtout étudié dans les pays anglophones. En outre, les interventions étudiées avant les années 2000 pourraient ne pas être pertinentes ou applicables dans le contexte scolaire actuel. Par ailleurs, les interventions ergothérapiques ne sont pas nécessairement transférables dans tous les contextes de pratique en milieu scolaire, considérant les différences entre les pays, les provinces, les régions, etc. D'autre part, les résultats rapportés concernant les recensions systématiques doivent être considérés avec prudence, puisqu'ils ne répondaient pas tout à fait à la question de recherche. Enfin, comme le présent article n'est pas une recension systématique, le degré de preuve des études n'a pas été analysé.

CONCLUSION

Selon cette synthèse des connaissances, un modèle multiniveau comme la RAI est recommandé pour organiser les services d'ergothérapie en milieu scolaire, y compris en santé mentale. L'approche ergothérapique *Every Moment Counts* permet d'agir en ce sens. De plus, les interventions recensées peuvent être intégrées aux différents paliers de la RAI. Ces interventions s'adressaient surtout à des élèves présentant des problèmes de comportement, un TSA ou un TDA/H, et étaient principalement axées sur la participation et fondées sur l'intégration sensorielle. Elles ciblaient aussi l'autorégulation, le bien-être psychologique, les comportements, la socialisation et le jeu. Certains programmes d'intervention, soit *Comfortable Cafeteria*, *Group Mindfulness Therapy*, *Sensory activity schedule* et *Learn to play*, ont démontré des effets positifs statistiquement significatifs. Ces effets ont, entre autres, été notés au niveau du plaisir, du stress, de l'anxiété, de l'attention, des interactions sociales et du rendement à la tâche. Certaines interventions peuvent être appliquées avec ou par des enseignants ou d'autres membres du personnel scolaire. Dans le cadre de futures études, il serait souhaitable de proposer et d'évaluer un modèle collaboratif de services pour intervenir de manière optimale en matière de santé mentale en milieu scolaire. Les effets de certaines interventions, comme l'accompagnement d'enseignants selon l'OPC et le jeu au parc, mériteraient d'être étudiés par le biais de devis expérimentaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Occupational Therapy Association. (2015). Occupational therapy for children and youth using sensory integration theory and methods in school-based practice. (2015). *American Journal of Occupational Therapy*, 69(Supplement_3), 1-6913410040. https://doi.org/10.5014/ajot.2015.696S04

American Occupational Therapy Association. (2011). Occupational therapy services in early childhood and school-based settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(Suppl.), S46-S54. https://doi.org/10.5014/ajot.2011.65S46

American Psychiatric Association, Benyamina, A., Guilabert, C., Guelfi, J.-D., Crocq, M.-A., Boyer, P., Pull, C.-B., Pull, M.-C., Abbar, M. et Arbabzadeh-Bouchez, S. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.

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

Bayona, C. L., McDougall, J., Tucker, M. A., Nichols, M., et Mandich, A. (2006). School-based occupational therapy for children with fine motor difficulties. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, *26*(3), 89-110. http://dx.doi.org/10.1080/J006v26n03_07

Bazyk, S. (2011). *Mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth: A guiding framework for occupational therapy*. AOTA Press.

Bazyk, S. et Cahill, S. (2015). School-based occupational therapy. Dans J. Case-Smith et J. C. O'Brien (dir.), *Occupational Therapy for Children and Adolescents* (7e éd., pp. 664-703). Mosby Elsevier.

Bazyk, S., Demirjian, L., Ciolek, G., Emig, J., Koverman, J. et Assad, D. (2020). *Comfortable Cafeteria*. *Every Moment Counts.* https://everymomentcounts.org/comfortable-cafeteria/#about-the-program

Bazyk, S., Demirjian, L., Horvath, F., et Doxsey, L. (2018). The comfortable cafeteria program for promoting student participation and enjoyment : An outcome study. *American Journal of Occupational Therapy*, *72*(3), 1-9. https://doi.org/10.5014/ajot.2018.025379

Bazyk, S., Michaud, P., Goodman, G., Papp, P., Hawkins, E. et Welch, M. A. (2009). Integrating occupational therapy services in a kindergarten curriculum: A look at the outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, *63*(2), 160-171. doi: 10.5014/ajot.63.2.160

Benson, J. D., Breisinger, E. et Roach, M. (2019). Sensory-based intervention in the schools : A survey of occupational therapy practitioners. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, *12*(1), 115-128. https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1496872

Buckle, F., Franzsen, D. et Bester, J. (2011). The effect of the wearing of weighted vests on the sensory behaviour of learners diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder within a school context. *South African Journal of Occupational Therapy*, *41*(3), 36-42.

Bundy, A. C et Lane, S. J. (2019). *Sensory integration. Theory and practice* (3rd ed.). F.A. Davis.

Cahill, S. M. et Bazyk, S. (2020). School-based occupational therapy. Dans C. O'Brien et H. Kunanecky (dir.), *Case-Smith's occupational therapy for children and adolescents* (pp. 627-658). Elsevier.

Cahill, S. M., Egan, B. E. et Seber, J. (2020). Activity and occupation-based interventions to support mental health, positive behavior, and social participation for children and youth: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy, 74*(2), 1-28. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038687

Cahill, S. et Egan, B. (2017). Perceptions of occupational therapy involvement in school mental health : A pilot study. *The Open Journal of Occupational Therapy*, *5*(1). https://doi.org/10.15453/2168-6408.1281

Cahill, S. et Lopez-Reyna, N. (2013). Expanding School-Based Problem-Solving Teams to Include Occupational Therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, *6*, 314-325. https://doi.org/10.1080/19411243.2013.860763

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. et Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif.* Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

Chan, C., Dennis, D., Kim, S. J. et Jankowski, J. (2017). An integrative review of school-based mental health interventions for elementary students: Implications for occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health, 33*(1), 81-101. https://doi.org/10.1080/0164212X.2016.1202804

Chandler, B. E. (2013). History of occupational therapy in the schools. Dans G. F. Clark et B. E. Chandler (dir.), *Best practices for occupational therapy in schools* (pp. 3-14). American Occupational Therapy Association.

Clark, F. A. *et al.* (2015). *Lifestyle redesign: the intervention tested in the USC well elderly studies* (2nd ed.). AOTA Press, The American Occupational Therapy Association.

Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Ce que nous faisons. Enfants et jeunes.* https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/enfants-et-jeunes

Conseil supérieur de l'éducation. (2020). *Le bien-être de l'enfant à l'école : faisons nos devoirs : sommaire.* Le Conseil.

Cornell, H. R., Lin, T. T. et Anderson, J. A. (2018). A systematic review of play-based interventions for students with ADHD : Implications for school-based occupational therapists. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, *11*(2), 192-211. https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1432446

Couture, H. (2019). *La santé mentale des enfants et des adolescents : données statistiques et enquêtes recensées.* Études et recherches, Conseil supérieur de l'éducation.

Crowley, M. J., Nicholls, S. S., McCarthy, D., Greatorex, K., Wu, J. et Mayes, L. C. (2018). Innovations in practice : Group mindfulness for adolescent anxiety – Results of an open trial. *Child and Adolescent Mental Health*, *23*(2), 130-133. https://doi.org/10.1111/camh.12214

Egilson, S. et Hemmingsson, H. (2009). School participation of pupils with physical and psychosocial limitations : A comparison. *The British Journal of Occupational Therapy*, *72*(4), 144-152. https://doi.org/10.1177/030802260907200402

Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec (CSQ). (2017). *Nos professions.* https://www.fppe.ca/nos-professions/

Gill, K., Thompson-Hodgetts, S. et Rasmussen, C. (2018). A critical review of research on the Alert Program®. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, *11*(2), 212-228. https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1432445

Gouvernement du Québec. (2021). *Code des professions*. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf

Gouvernement du Québec. (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/SEC_Services_19-7029_.pdf

Graham, F., Kennedy-Behr et Ziviani, J. (2021). *Occupational Performance Coaching. A manual for practitioners and researchers.* Routledge.

Grajo, L. C., Candler, C. et Sarafian, A. (2020). Interventions within the scope of occupational therapy to improve children's academic participation : A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, *74*(2), 1-32. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.039016

Hocking, C., et Wright-St. Clair, V. (2011). Occupational science: Adding value to occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy, 58*(1), 29-35.

Hui, C., Snider, L. et Couture, M. (2016). Self-regulation workshop and occupational performance coaching with teachers : A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue canadienne d'ergothérapie*, *83*(2), 115-125. https://doi.org/10.1177/0008417415627665

Kingsley, K., Sagester, G. et Weaver, L. L. (2020). Interventions supporting mental health and positive behavior in children ages birth-5 Yr : A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, *74*(2), 1-29. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.039768

Jasmin, E. (2019). Compte rendu de la formation *Every Moment Counts*, novembre 2018, Cleveland, Ohio, États-Unis. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, *5*(2), 107-112. https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.162

Jasmin, E., Ariel, S., Gauthier, A., Caron, M.-S., Pelletier, L., Currer-Briggs, G. et Ray-Kaeser, S. (2019). La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, *42*(1), 222-250.

Jasmin, E., Gauthier, A., Julien, M. et Hui, C. (2018). Occupational therapy in preschools: A synthesis of current knowledge. *Early Childhood Education Journal*, *46*(1), 73-82. https://doi.org/10.1007/s10643-017-0840-3

Lemay, L., Marion, É., Jasmin, E., Tougas, A.-M, Lessard, M. et Ricard, N. (2021). La collaboration entre l'école et les services sociaux et de santé au profit des jeunes qui vivent des problèmes multiples et complexes : une analyse des controverses. *Nouvelle Revue – Éducation et Société inclusives*, *89-90*(2), 111-117.

Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*(69), 1-9. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69

Mac Cobb, S., Fitzgerald, B. et Lanigan-O'Keeffe, C. (2014). The Alert Program for self-management of behaviour in second level schools : Results of phase 1 of a pilot study. *Emotional and Behavioural Difficulties*, *19*(4), 410-425. https://doi.org/10.1080/13632752.2014.903593

Macphee, F. L., Merrill, B. M., Altszuler, A. R., Ramos, M. C., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Coxe, S., Raiker, J. S., Coles, E., Burger, L. et Pelham, W. E. (2019). The effect of weighted vests and stability balls with and without psychostimulant medication on classroom outcomes for children with ADHD. *School Psychology Review, 48*(3), 276-289. https://doi.org/10.17105/SPR-2017-0151.V48-3

McCarthy, D., Nicholls, S. et Crowley, M. J. (2014). *Group Mindfulness Therapy (GMT) for anxiety.* Yale Child Study Center.

Miller, L. J., Schoen, S. A., Camarata, S. M., McConkey, J., Kanics, I. M., Valdez, A. et Hampton, S. (2017). Play in natural environments : A pilot study quantifying the behavior of children on playground equipment. *Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention, 10*(3), 213-231. https://doi.org/10.1080/19411243.2017.1325818

Mills, C. et Chapparo, C. (2017). Listening to teachers : Views on delivery of a classroom based sensory intervention for students with autism. *Australian Occupational Therapy Journal*, *65*(1), 15-24. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12381

Mills, C., Chapparo, C. et Hinitt, J. (2016). The impact of an in-class sensory activity schedule on task performance of children with autism and intellectual disability : A pilot study. *The British Journal of Occupational Therapy*, *79*(9), 530-539. https://doi.org/10.1177/0308022616639989

Nye, J. A. et Sood, D. (2018). Teachers' Perceptions of needs and supports for handwriting instruction in kindergarten. *The Open Journal of Occupational Therapy*, *6*(2). https://doi.org/10.15453/2168-6408.1411

Olson, L. J. et Moulton, H. J. (2004). Occupational therapists' reported experiences using weighted vests with children with specific developmental disorders. *Occupational Therapy International*, *11*(1), 52-66. https://doi.org/10.1002/oti.197

Organisation mondiale de la Santé. (2019, 3 octobre). Faits en images : Santé mentale. https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health

Petryk, A. L. (2014). Une perspective occupationnelle sur la santé mentale des enfants et des adolescents: Réflexions d'une ergothérapeute travaillant en milieu scolaire. Actualités ergothérapiques, 16.3, 16-18. https://caot.ca/document/3978/may_AEmai14.pdf

Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M.-È. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. Santé mentale au Québec, *42*(1), 19-42. https://doi.org/10.7202/1040242ar

Pollock, N. (2009). Sensory integration: A review of the current state of the evidence. *Occupational Therapy Now*, 11.5, 6-10. CAOT Publications ACE. https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/158/original/Sensory_Integration.pdf

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. et Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? a systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 183-211. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4

Reid, D., Chiu, T., Sinclair, G., Wehrmann, S. et Naseer, Z. (2006). Outcomes of an occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *73*(4), 215-224. https://doi.org/10.1177/000841740607300406

Riberdy, H., Tétreault, K., et Desrosiers, H. (2013). La santé physique et mentale des enfants : une étude des prévalences cumulatives, *Institut de la statistique du Québec, 6*(4), 1-28. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-sante-physique-et-mentale-des-enfants-une-etude-des-prevalences-cumulatives.pdf

Sams, M. J., Fortney, E. V. et Willenbring, S. (2006). Occupational therapy incorporating animals for children with autism : A pilot investigation. *American Journal of Occupational Therapy*, *60*(3), 268-274. https://doi.org/10.5014/ajot.60.3.268

Stagnitti, K., O'Connor, C. et Sheppard, L. (2012). Impact of the Learn to Play program on play, social competence and language for children aged 5-8 years who attend a specialist school. *Australian Occupational Therapy Journal*, *59*(4), 302-311. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01018.x

Stagnitti, K. (1998). Learn to Play: A Practical Program to Develop A Child's Imaginative Play Skills. Co-ordinates Publications.

Tétreault, S. et Blais-Michaud, S. (2014). Étude de la portée (scoping review). Dans S. Tétreault et P. Guillez (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 151-160). De Boeck Supérieur.

Tokolahi, E., Hocking, C. et Kersten, P. (2016). Development and content of a school-based occupational therapy intervention for promoting emotional well-being in children. *Occupational Therapy in Mental Health*, *32*(3), 245-258. https://doi.org/10.1080/0164212X.2015.1129522

Tokolahi, E., Vandal, A. C., Kersten, P., Pearson, J. et Hocking, C. (2018). Cluster-randomised controlled trial of an occupational therapy intervention for children aged 11-13 years, designed to increase participation to prevent symptoms of mental illness. *Child and Adolescent Mental Health*, *23*(4), 313-327. https://doi.org/10.1111/camh.12270

Townsend, E. et Polatajko, H. (Éd.) (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice à travers l'occupation* (2e édition). COAT Publications ACE.

Wehrmann, S., Chiu, T., Reid, D. et Sinclair, G. (2006). Evaluation of occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *73*(4), 225-235. https://doi.org/10.2182/cjot.05.0016

Wilbarger, P. et Wilbarger, J. (2007) *Sensory defensiveness: A comprehensive treatment approach: Course materials*. Avant Educational Programs.

Whalen. S. S. (2003). Effectiveness of Occupational Therapy In the School Environment. CanChild. https://www.canchild.ca/en/resources/201-effectiveness-of-occupational-therapy-in-the-school-environment

Whiting, C. C. (2018). Trauma and the role of the school-based occupational therapist. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, *11*(3), 291-301. https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1438327

Williams, M. W. et Shellenberger, S., (1996). How does your engine run ? A leader's guide to the alert program for self-regulation. Therapy Works Inc.

.

Volume 9, Numéro 1 | 2023

ARTICLE DE RECHERCHE

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

Julie Lahaie[1], Martine Brousseau[2]

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

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

Adresse de contact : julie.lahaie@uqtr.ca

Reçu le 14.06.2022 – Accepté le 22.12.2022

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.228

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

CC BY NC SA

RÉSUMÉ

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

MOTS-CLÉS

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

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

ABSTRACT

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

KEYWORDS

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

INTRODUCTION

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

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

Recension des écrits

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

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

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

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

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

Tableau 1 : Catégories d'interventions non pharmacologiques

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

Tiré de MSSS, 2014

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

Objectif de la recherche

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

MÉTHODES

Cadre de référence

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

Devis

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

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

Échantillonnage

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

Méthodes de collecte de données

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

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

Analyse des données

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

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

RÉSULTATS

Caractéristiques des répondants

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

Initiation et prise de contact

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

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

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

[a] Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.

[b] Les résultats sont présentés par ordre décroissant de fréquence.

Évaluation

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

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

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

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

[a] Les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.

[b] Les résultats sont présentés par ordre décroissant de fréquence.

Intervention

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

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

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

Suivi et fin de l'intervention

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSION

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

Initiation et prise de contact

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

Évaluation

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

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

Intervention et suivi

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

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

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

Forces et limites de l'étude

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

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

FINANCEMENTS

Aucun financement n'a été obtenu pour cette recherche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé publique du Canada. (2017). *La démence au Canda, y compris la maladie d'Alzheimer*. canada.ca. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/dementia-highlights-canadian-chronic-disease-surveillance/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.pdf

Alzheimer's disease international. (2009). *World Alzheimer Report*. alzint.org. https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport.pdf

Auld, M. L. et Johnston, L. M. (2018). A touchy topic: tactile assessment among pediatric therapists. *Disability and Rehabilitation, 40*(3), 267-276. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.125017

Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J. et Cox, R. (2016). Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal, 63*(1), 9-18. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12260

Bennett, S., Shand, S. et Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: a profile in need of change. *Australian Occupational Therapy Journal, 58*(3), 155-163. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00930.x

Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S. et Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: a survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal, 50*(1), 13-22. https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x

Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière et N. Larivière (Dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.

Cook, C., Heath, F. et Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web-or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement, 60*(6), 821-836. https://doi.org/10.1177/00131640021970934

Finkel, S. I. et Burns, A. (1999). BPSD consensus statement. *International Psychogeriatric Association*.

Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20*(3), 162-173. https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912

Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Chenelière éducation.

Fraker, J., Kales, H. C., Blazek, M., Kavanagh, J. et Gitlin, L. N. (2014). The role of the occupational therapist in the management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. *Occupational Therapy in Health Care, 28*(1), 4-20. https://doi.org/10.3109/07380577.2013.867468

Graff, M., Thijssen, M., Van Melick, M., Verstraten, P. et Zajec, J. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID*. De Boeck Supérieur.

Gobeil, J., Larivière, N., Carrier, A., Bier, N., Bottari, C., Veillette, N., Rouleau, S., Gélinas, I., Provencher, V., Couture, M. et Levasseur, M. (2019). Overview of the assessment practices of occupational therapists working in Quebec. *Canadian Journal of Occupational therapy*, *86*(5), 388-399. https://doi.org/10.1177/0008417419839867

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J. et Costa P. T. (2011). A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(6), 1032-1041. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. inesss.qc.ca. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf

McGrath, M. et O'Callaghan, C. (2014). Occupational therapy and dementia care: a survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal, 61*(2), 92-101. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12081

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : état cognitif et comportemental : agitation dans les démences*. gouv.qc.ca. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. gouv.qc.ca. https://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. oeq.org. https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/17~v~2018-2019.pdf

Polatajko, H. J., Davis, J., et Craik, J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., pp. 103-112). CAOT Publications ACE.

Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M. et Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing, 15*(31), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12912-016-0154-6

Rahja, M., Comans, T., Clemson, L., Crotty, M. et Laver, K. (2018). Are there missed opportunities for occupational therapy for people with dementia? An audit of practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal, 65*(6), 565-574. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12514

Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (Dir.). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., pp. 103-112). CAOT Publications ACE.

Van't Leven, N., Graff, M., J., Kaijen, M., de Swart, B. J., Olde Rikkert, M. G. et Vernooij-Dassen, M. J. (2012). Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(7), 742-748. https://doi.org/10.1002/gps.2782

Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3e éd.). Pearson ERPI.

Volume 9, Numéro 1 | 2023

ARTICLE DE RECHERCHE

L'IMPACT DE L'ISOLEMENT SOCIAL ENGENDRÉ PAR LA COVID-19 SUR LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET LA CAPACITÉ À RÉALISER LES ACTIVITÉS DES PERSONNES AÎNÉES VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE DE PORTÉE

Mathilde Chagnon[1], Sarah Rahimaly[2], Ariane Grenier[3], Marilie Charbonneau[1], Louis Leblanc[1], Valérie David[1], Florence Moreau-Trahan[1], Naomie Cassidy[1], Chantal Viscogliosi[4]

[1] *Ergothérapeute, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

[2] *Ergothérapeute, M.A. gérontologie, étudiante au doctorat en gérontologie, École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université. De Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

[3] *Ergothérapeute, M.A. gérontologie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Canada*

[4] *Ergothérapeute, PhD, Centre de recherche sur le vieillissement, École de réadaptation, Faculté médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

Adresse de contact : chantal.viscogliosi@usherbrooke.ca

Reçu le 21.07.2022 – Accepté le 30.01.2023

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.229

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

RÉSUMÉ

La pandémie de la COVID-19 a entraîné la mise en place de plusieurs mesures sociosanitaires. À notre connaissance, aucune recension des écrits ne s'est intéressée aux impacts de ces mesures sur le fonctionnement cognitif et la capacité à réaliser des activités du quotidien, notamment chez les personnes aînées vivant avec un trouble neurocognitif (TNC). Le but de cette étude de portée est donc d'explorer les impacts de l'isolement social prolongé, causé par la COVID-19, sur le fonctionnement cognitif et la capacité à réaliser les activités du quotidien des personnes aînées vivant avec un TNC. L'étude de portée utilisant la méthode de Arksey et O'Malley a été réalisée dans cinq banques de données (MedLine, APA PsycInfo, Cinahl, AgeLine et Abstract in Social Gerontology), à partir de 22 mots clés. Les 31 articles inclus dans cette étude de portée montrent une augmentation du déclin cognitif général (n = 23 ; 74,2 %), de même qu'une diminution de la capacité à réaliser les activités du quotidien (n = 20 ; 64,5 %), principalement au niveau des loisirs (n = 7 ; 22,6 %) et des soins personnels (n = 6 ; 19,3 %). Ces impacts sont dus à une diminution des opportunités de stimulation cognitive consécutive à l'isolement social prolongé et à l'interruption des services de santé et de soutien offerts à cette clientèle. Il importe de développer et de mettre en place des interventions permettant de prévenir les pertes cognitives et la capacité à réaliser les activités du quotidien dans l'éventualité où un isolement social prolongé serait imposé, afin de favoriser le bien-être de cette clientèle.

MOTS-CLÉS

Personnes âgées, Confinement, Démence, Fonctions cognitives, SARS-CoV-2

IMPACT OF PROLONGED SOCIAL ISOLATION CAUSED BY COVID-19 PANDEMIC ON COGNITIVE FUNCTIONING AND REALIZATION OF ACTIVITIES OF DAILY LIFE FOR OLDER ADULTS LIVING WITH A NEUROCOGNITIVE DISORDER: RESULTS FROM A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Public health measures were implemented during the COVID-19 pandemic. To our knowledge, no literature review has focused on the impacts of these measures on cognitive functioning, nor on the realization of activities in older adults living with a neurocognitive disorder (NCD). Hence, this scoping review explores the impacts of prolonged periods of social isolation caused by the COVID-19 pandemic on cognitive functioning in older adults living with a NCD and their ability to carry out daily activities. From 22 keywords, 31 articles were retrieved from five electronic databases. Results: Most of the participants in the included studies were living with a NCD (n = 24; 77.4%). Evidence suggests that a decrease in cognitive stimulation opportunities, an augmentation of periods of social isolation, and an interruption of healthcare services and support generate a general cognitive decline (n = 23; 74.2%), as well as an augmentation of difficulties performing daily activities (n = 20; 64.5%), mainly leisure activities (n = 7; 22.6%) and personal care (n = 6; 19.3%). The results of the present study show the importance of developing and implementing alternatives that will prevent cognitive loss and the realization of activities if another prolonged period of social isolation is imposed.

KEYWORDS

Elders, Lockdown, Dementia, Cognitive function, SARS-CoV-2

INTRODUCTION

Le vieillissement mondial de la population représente un important enjeu de santé publique puisqu'il est accompagné d'une augmentation de la prévalence des problèmes de santé associés au vieillissement (Organisation mondiale de la Santé, 2016). En effet, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 5,2 % dans les 30 dernières années (Statistique Canada, 2021) et on s'attend que les personnes de ce groupe d'âge représentent entre 21,4 % et 29,5 % de la population canadienne d'ici 2068 (Statistique Canada, 2019). Par ailleurs, le risque de développer des troubles neurocognitifs (TNC) augmente avec l'âge (World Health Organization, 2019). En effet, 55,2 millions de personnes dans le monde vivaient avec un TNC en 2019 et on estime que ce chiffre passera à 78 millions en 2030 (Organisation mondiale de la santé, 2021). De plus, les TNC représentent l'une des principales causes de perte d'autonomie chez les personnes aînées (World Health Organization, 2021), notamment en raison d'une diminution de la mémoire, des fonctions exécutives, de l'apprentissage, de l'attention, du langage, de la perception et de la cognition sociale (American Psychiatric Association, 2013). Ces déficits cognitifs diminuent la capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne (AVQ) (De Vriendt , 2021) et l'adaptation aux changements devient souvent difficile voire impossible (Meléndez , 2018). Dans ce contexte, l'augmentation de l'incidence des TNC ainsi que la gravité des atteintes associées constituent une préoccupation importante de santé publique (Institut national de santé publique du Québec, 2020). La prévention ou le ralentissement du déclin cognitif permettrait ainsi de favoriser un vieillissement en bonne santé et de diminuer la surcharge du système de santé. « Vieillir en bonne santé », un concept issu de la Décennie du vieillissement en bonne santé de l'Organisation mondiale de la santé, a pour définition de développer et maintenir des aptitudes fonctionnelles, lesquelles sont déterminées par l'interaction entre l'environnement (physique, social et politique) et les capacités de la personne (physiques et mentales), afin que les personnes aînées bénéficient d'une qualité de vie satisfaisante (Organisation mondiale de la santé, 2016).

L'isolement social prolongé constitue l'un des facteurs de risque de TNC entraînant des conséquences sur des AVQ (Cacioppo et Cacioppo, 2014; Clair , 2021; I. E. M. Evans , 2019; Kumar et Salinas, 2021; Okamoto et Kobayashi, 2021). En ce sens, la pandémie de COVID-19 a entraîné des mesures d'isolement social prolongé, notamment pour les personnes aînées, qui constituaient une population particulièrement vulnérable au virus de la COVID-19 (Petretto et Pili, 2020). L'isolement social prolongé réfère aux situations où il y a une réduction en nombre, en fréquence, en durée ou en qualité des contacts sociaux (Pai et Vella, 2021). Au Canada, comme dans plusieurs autres pays, certaines mesures d'isolement social prolongé ont empêché les personnes aînées de sortir de leur domicile, ou de leur chambre pour celles vivant en institution. Plus encore, les diverses mesures d'isolement social prolongé ont réduit l'accès aux réseaux de soutien social et aux activités alors que ces deux composantes ont un effet protecteur sur la santé (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Cet isolement social prolongé engendré par la pandémie pourrait donc avoir contribué au développement de pertes cognitives ou encore avoir aggravé celles déjà présentes (Azevedo , 2021) et, ainsi, affecter négativement la capacité à réaliser des AVQ.

À ce jour, la plupart des revues systématiques et des examens de portée concernant les personnes vivant avec un TNC se sont principalement intéressés aux manifestations des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) à la suite de l'isolement social prolongé causé par la COVID-19 (Curelaru , 2021; Manca , 2020; Simonetti , 2020). Ces articles ont montré que l'isolement social prolongé de la pandémie de COVID-19 était associé à l'agitation, l'anxiété, l'apathie, la dépression et l'irritabilité chez les personnes aînées vivant avec un TNC (Simonetti , 2020; Suárez-González , 2021) et ont observé une apparition ou une aggravation des SCPD chez 25 à 60 % des personnes aînées vivant avec un TNC (Manca *et al*., 2020). Bien que quelques études se soient intéressées à certaines fonctions cognitives dans le contexte de l'isolement social prolongé pendant la pandémie (Dellazizzo , 2021; Suárez-González , 2021), aucune de celles-ci n'a étudié l'impact sur la capacité à réaliser les activités quotidiennes. Une meilleure compréhension de l'altération du fonctionnement cognitif et des capacités à réaliser les activités quotidiennes dans le contexte de l'isolement social prolongé occasionné par la pandémie permettrait d'améliorer les services et les soins prodigués aux personnes aînées vivant avec un TNC. Pour l'ergothérapeute, il importe en effet d'avoir une compréhension approfondie des conséquences d'un isolement social prolongé afin de développer de nouvelles interventions visant le maintien de la capacité à réaliser les activités quotidiennes et la prévention des pertes cognitives, et d'adopter une pratique fondée sur les données probantes.

Cette étude de portée vise donc à analyser les impacts de l'isolement social prolongé causé par la COVID-19 sur les fonctions cognitives des personnes aînées vivant avec un TNC et sur leur capacité à réaliser leurs activités.

MÉTHODES

Conformément aux lignes directrices PRISMA (Moher , 2009) ainsi qu'au cadre méthodologique pour les études de portée (Arksey et O'Malley, 2005; Levac , 2010), une étude de portée a été réalisée en vue de fournir une synthèse des connaissances sur l'impact de l'isolement social prolongé imposé dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 sur les fonctions cognitives des personnes aînées vivant avec un TNC et sur leur capacité à réaliser leurs activités quotidiennes. Pour ce faire, la recherche documentaire s'est déclinée en cinq étapes, soit 1) l'identification de la question de recherche, 2) l'identification des articles pertinents, 3) la sélection des articles, 4) l'extraction et la classification des données et, finalement, 5) la synthèse des données recueillies. Toutes les étapes mentionnées sont décrites ci-dessous.

1. Identification de la question de recherche

La question de recherche retenue pour cette étude est la suivante : quels sont les impacts de l'isolement social prolongé causé par la COVID-19 sur les fonctions cognitives des personnes aînées de 60 ans et plus vivant avec un TNC et sur leur capacité à réaliser leurs activités quotidiennes ?

2. Identification des articles pertinents

La recherche documentaire a été réalisée en janvier 2022, puis mise à jour en juillet 2022. La stratégie de recherche a été validée par une bibliothécaire détenant une expertise dans le domaine de la santé. Cinq banques de données ont été consultées : Medline, APA PsycInfo, Cinahl, Ageline et Social gérontologie. Les mots-clés sélectionnés (voir Tableau 1) ont été recherchés dans les titres, les résumés et les mots-clés des articles.

Tableau 1 : Mots-clés et éléments et éléments de la stratégie de recherche

Stratégie de recherche : 1 AND 2 AND 3 AND 4		
Concepts		**Mots-clés**
1	Trouble neurocognitif	("neurocognitive* disorder*" OR alzheimer* OR dementia) OR AB ("neurocognitive* disorder*" OR alzheimer* OR dementia)
2	Isolement	(containment OR isolation OR confinement OR loneliness OR quarantine) OR AB (containment OR isolation OR confinement OR loneliness OR quarantine)
3	Personnes aînées	aged OR elder* OR geriatr* OR "elderly people" OR "old people" OR senior*) OR AB (aged OR OR elder* OR geriatr* OR "elderly people" OR "old people" OR senior*)
4	Covid-19	("covid-19" OR coronavirus OR "2019-ncov" OR "sars-cov-2" OR "cov-19" OR pandemic OR lockdown) OR AB ("covid-19" OR coronavirus OR "2019-ncov" OR "sars-cov-2" OR "cov-19" OR pandemic OR lockdown)

La stratégie de recherche complète peut être fournie sur demande

3. Sélection des articles

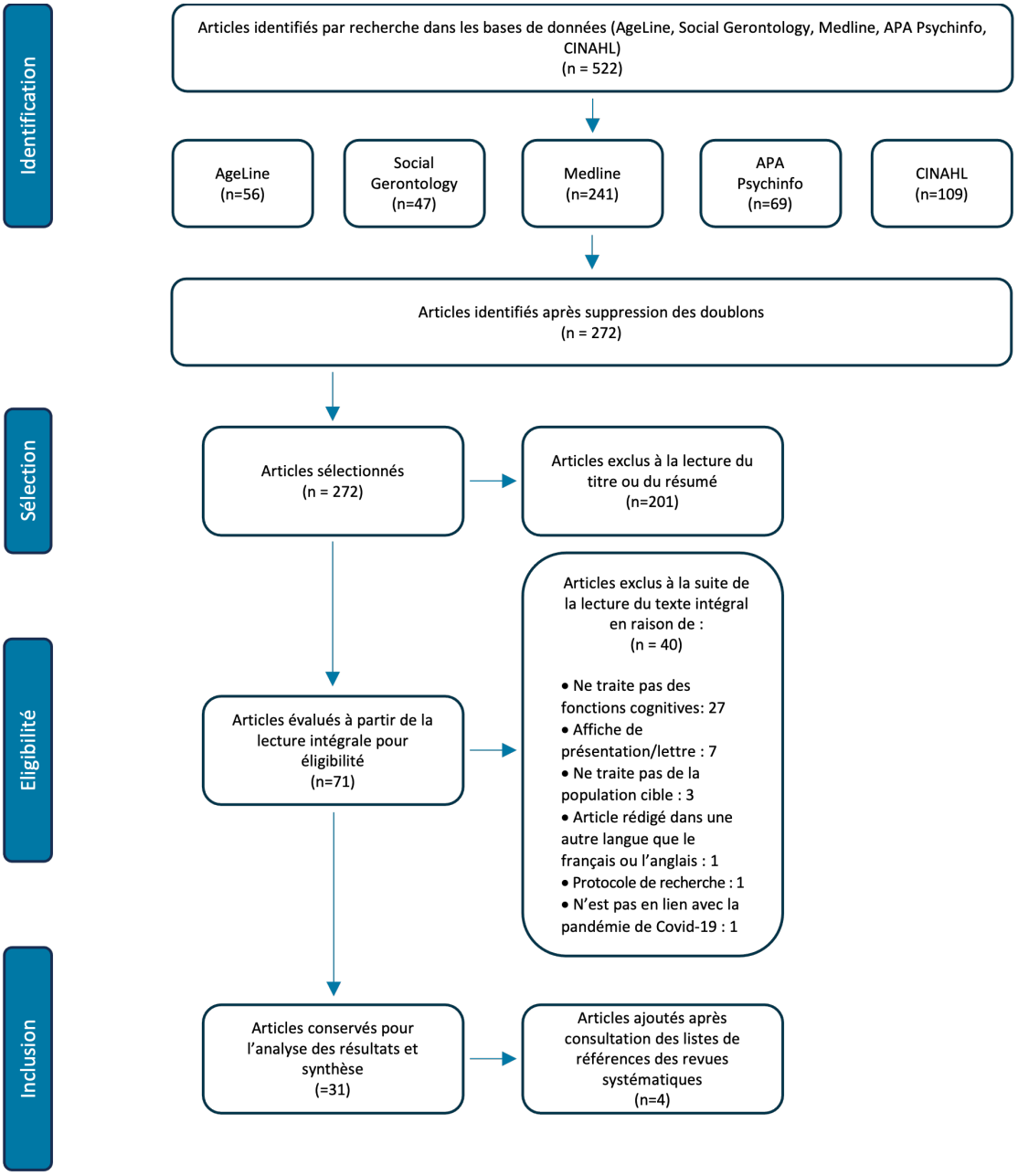
Après avoir retiré les doublons, les articles recensés lors de la recherche documentaire ont été répartis également et aléatoirement entre les évaluateurs pour l'analyse des titres et des résumés. Le groupe d'évaluateurs était constitué de six étudiants à la maîtrise en ergothérapie à l'Université de Sherbrooke. À cette étape et aux étapes subséquentes, les quatre autres co-chercheures ont validé le bon déroulement des opérations et ont participé aux ajustements et aux prises de décision sur les ambiguïtés. Les critères d'inclusion pour la sélection des articles ont été les suivants : 1) la population à l'étude devait cibler les personnes aînées de 60 ans et plus vivant avec un TNC majeur ou mineur; 2) l'article devait rapporter des résultats qualitatifs ou quantitatifs; et 3) l'isolement social prolongé s'inscrivait dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Les critères d'exclusion des articles ont été les suivants: 1) les articles étaient rédigés dans d'autres langues que le français ou l'anglais; 2) les articles ne rapportaient que les impacts de l'isolement social prolongé sur les personnes proches aidantes; 3) les articles ne rapportaient que les impacts psychosociaux et comportementaux de l'isolement social prolongé; ou 4) les articles ne rapportaient que les conséquences physiques ou cognitives à la suite d'une infection au virus de la COVID-19. Les articles retenus au terme de l'analyse du titre et du résumé ont ensuite été répartis également et aléatoirement entre les évaluateurs pour une lecture complète. Pour les revues systématiques incluses dans cette étude de portée, les listes de références ont été consultées afin d'ajouter les

études répondant aux critères d'inclusion mentionnés précédemment (n = 4). Deux rencontres de validation de la sélection des articles ont eu lieu avant la lecture de ceux-ci, soit une au début et une à la fin du processus de sélection. Les évaluateurs, en dyade, ont ensuite comparé leurs sélections en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus afin d'obtenir un consensus pour identifier des articles potentiellement pertinents (voir Figure 1).

4. Extraction et classification des données

Les données pertinentes au regard de la question de recherche ont été extraites à la suite de la lecture complète des articles. Les données extraites ont été regroupées dans un tableau présentant les auteurs, le pays, l'année de publication, le type d'étude, le devis, les buts et objectifs de l'étude, le nombre et les caractéristiques des participants, les particularités des restrictions liées à la COVID-19, la méthodologie, les résultats ainsi que les forces et les limites de l'étude. Cette étape a été effectuée individuellement, en répartissant les articles également et aléatoirement entre les co-évaluateurs, et validée en groupe par la suite. Deux rencontres de validation de l'extraction des données ont eu lieu, soit une avant et une autre au milieu du processus afin d'obtenir un consensus en présence d'ambiguïtés.

Figure 1 : Processus de sélection des articles de l'étude de portée



5. Synthèse des données

Les données recueillies portant sur les fonctions cognitives et les activités quotidiennes ont été synthétisées selon les termes les plus fréquemment utilisés dans les articles. Puis elles ont été catégorisées afin de mettre en évidence les impacts de l'isolement social prolongé sur le plan des fonctions cognitives et sur la capacité à réaliser les activités quotidiennes.

RÉSULTATS

Le tableau 2 présente les auteurs, la date de publication, le pays, le devis de recherche, la population, les méthodes de collecte de données, le but de l'étude ainsi que les limites méthodologiques de chacune des études.

Après avoir retiré les doublons, un total de 272 articles ont été recensés à partir de la recherche dans l'ensemble des banques de données (voir figure 1) et 71 ont été sélectionnés à partir du titre et du résumé pour une lecture du texte intégral. Parmi ces 71 articles, 31 ont finalement été conservés pour cette étude de portée.

De ces 31 articles, près de la moitié sont des études transversales (n = 14), plus du quart sont des études longitudinales (n = 9), quelques-unes sont des revues systématiques (n = 4), trois sont des études de cas (n = 3) et une est une étude de portée (n = 1). Les articles ont tous été publiés entre 2020 et 2022.

Les différentes populations visées étaient majoritairement les personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n = 24). Un faible nombre d'articles incluaient des personnes aînées vivant avec un TNC mineur (n = 9) ou un déclin cognitif subjectif (n = 4). Certaines études se penchaient sur la perception des proches aidants (n = 8) ainsi que des professionnels de la santé œuvrant auprès des personnes vivant avec un TNC (n = 1). Les 23 articles rapportant des données provenant d'études longitudinales ou transversales, montraient que la majorité de celles-ci ont eu recours à des entrevues structurées ou semi-structurées pour leur collecte de données (n = 11). Quelques-unes ont utilisé une combinaison d'entrevues semi-structurées et d'outils de mesure standardisés (n = 8) et d'autres n'ont utilisé que des outils de mesure standardisés (n = 7).

Tableau 2 : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
1	(Aragón *et al.*, 2021)	Argentine	Enquête descriptive longitudinale	Personnes aînées vivant avec un déclin cognitif subjectif, un TNC mineur ou un TNC majeur (n=51)	68,5 (8,1)	Domicile (n=51)	Questionnaire auto-administré	Explorer l'impact de l'isolement social prolongé occasionné par la pandémie à la Covid-19 sur différents aspects (cognition, qualité de vie, humeur) chez les personnes aînées vivant avec un TNC.	Données auto-rapportées par les participants Petit échantillon Outils de mesures qui n'avaient pas de données normatives
2	(Azevedo *et al.*, 2021)	Brésil	Enquête descriptive transversale	Proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=321) Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=321)	77,2 (9,35) 58,8 (15,3)	n.s	Entrevue semi-structurée par téléphone	Explorer et comprendre les conséquences de l'isolement social prolongé secondaire à la pandémie de Covid-19 sur les personnes âgées vivant avec un TNC majeur ainsi que leurs proches aidants	Les participants provenaient de 3 pays différents qui n'avaient pas les mêmes conditions de confinement Données auto-rapportées par les participants Entrevues faites par téléphone Échantillon de convenance
3	(Bacsu *et al.*, 2021)	Canada	Étude de portée	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=21)§	n.a	n.s	Recherche dans 5 bases de données (Scopus, PubMed, CINAHL, EMBASE, Web of Science)	Explorer les données probantes existantes sur les conséquences de la Covid-19 sur les personnes aînées vivant avec un TNC majeur et sur leurs proches aidants.	Les articles étaient seulement publiés en anglais Ils ont seulement inclus des articles révisés par des pairs Généralisation par rapport au genre et au lieu de résidence est limité

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
4	(Barguilla *et al.*, 2020)	Espagne	Enquête descriptive longitudinale	Personnes aînées vivant avec un TNC majeur ou un TNC mineur (n=60)	75,4 (5,2)	n.s	Entrevue semi-structurée par téléphone	Explorer et décrire les conséquences de l'isolement social prolongé et des mesures restrictives sur les patients présentant un déclin cognitif sur différents aspects du quotidien.	Entrevues téléphoniques seulement Données auto-rapportées
5	(Borelli *et al.*, 2021)	Brésil	Étude descriptive corrélationnelle	Proches aidants de personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=58) Personnes aînées vivant avec TNC majeur et résidant (n=58)	76,5 (55-89)* 57,0 (21-87)*	Institu-tionnel (n=58)	Entrevue semi-structurée par téléphone FABQ NPI BAI ZBI MMSE	Évaluer l'impact de la pandémie sur le déclin neurocognitif des personnes vivant avec un TNC majeur ainsi que l'impact pour les proches aidants.	Outils d'évaluation non standardisés pour déterminer les altérations cognitives. Devis transversal ne permettant pas de voir l'évolution
6	(Chen *et al.*, 2021)	Chine	Étude descriptive corrélationelle	Personnes aînées vivant avec TNC mineur (n=50) Personnes aînées vivant avec TNC majeur de type Alzheimer (n=105) Personnes aînées vivant avec TNC majeur de type corps de Lewy (n=22)	71,5 (8,1) 74,0 (7,9) 68,7 (8,5)	n.s	Entrevue semi-structurée MMSE MoCA NPI HAMD	Déterminer l'impact de l'isolement social prolongé sur les fonctions cognitives et les symptômes neuropsychiatriques des personnes vivant avec un TNC majeur.	Petite taille d'échantillon Aucune prise de données sur les activités des personnes vivant avec un TNC majeur pendant l'isolement social prolongé Aucun groupe contrôle Biais de mémoire possible

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
7	(Clare *et al.*, 2021)	Royaume-Uni	Méthode mixte	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=173)	70,9 (31,8)	Domicile (n=173)	Entrevue structurée MoCA MMSE	Évaluer l'effet de la pandémie sur les personnes aînées vivant dans la communauté avec un TNC majeur	Interruption de la collecte de donnée pendant leur étude en lien avec les restrictions sanitaires en place durant la pandémie de la COVID-19 et la nature présentielle de leur collecte Prétest 18 mois avant la pandémie Ils ont assumé que les échantillons étaient indépendants
8	(Cousins *et al.*, 2021)	Royaume-Uni	Étude phénoméno-logique	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=5) Proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=7)	n.s n.s. (65-84)*	n.s	Entrevues semi-structurées	Évaluer l'impact de l'isolement social prolongé chez les personnes vivant avec un TNC majeur et leurs proches aidants.	Petite taille d'échantillon Recrutement des participants favorisait ceux qui utilisaient la technologie Entrevues échelonnées sur une longue période lors de périodes différentes de confinement pouvant affecter les réponses données par les participants
9	(Curelaru *et al.*, 2021)	États-Unis	Revue systématique	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=45)§	n.a	n.s	n.s.	Faire ressortir les impacts de l'isolement social prolongé chez la population avec démence et les interventions qui sont bénéfiques pour cette clientèle	n.s.

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
10	(Dellazizzo *et al.*, 2021)	Canada	Revue systéma-tique	Personnes aînées vivant avec TNC mineur ou un TNC majeur (n=59)§	n.a	n.s	Recherche dans PubMed, PsycINFO, Web of Science et Google Scholar.	Documenter les effets de l'isolement social prolongé causé par la COVID-19 sur la santé mentale, les traitements et les ressources des personnes aînées vivant avec un TNC majeur ou un TNC mineur	Il y a des données provenant de devis différents non-distingués dans l'analyse Faible qualité des évidences provenant des articles sélectionnés
11	(Farhang *et al.*, 2021)	Chili	Étude phénomé-nologique	Personnes aînées vivant avec un TNC mineur (n=10)	75,4 (6,4)	Domicile (n=10)	Entrevue semi-structurée par téléphone	Explorer les expériences et les émotions vécus par les personnes aînées vivant avec un TNC mineur pendant la pandémie et voir les stratégies qu'ils ont utilisé pour contrer l'isolement social prolongé	Petite taille d'échantillon Pas de groupe contrôle avec des personnes aînées sans TNC
12	(Gan *et al.*, 2021)	Chine	Étude de cohorte rétrospective	Personnes aînées vivant avec un déclin cognitif subjectif (n=205)	70,6 (7,9)	Institutionnel (n=198) Domicile avec des membres éloignés de la famille et des amis (n=7)	Entrevue semi-structurée MMSE MoCA NPI CDR	Déterminer les changements neuropsychologiques et cognitifs chez les personnes aînées vivant avec des atteintes cognitives avant et pendant la pandémie.	N'ont pas évalué les activités qui auraient pu avoir un impact sur les changements cognitifs

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
13	(LeVasseur, 2021)	États-Unis	Étude de cas	Personne aînée vivant avec un TNC majeur (n=1)	87,0 (n.a)	Institutionnel (n=1)	Patient Health Questionnaire-9 Brief Interview for Mental Status	Discuter des mesures d'isolement social prolongé liées à la COVID-19 mises en place en soins de longue durée ainsi que les conséquences de celles-ci, principalement sur la cognition et la dépression	n.s
14	(Manca *et al.*, 2022)	Royaume-Uni	Étude descriptive corrélation-nelle	Personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=38) Proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=45)	70,0 (9,3) 69,2 (10,2)	n.s	Entrevues semi-structurées par téléphone	Évaluer l'impact du confinement sur le fonctionnement quotidien et les fonctions cognitives des personnes vivant avec un TNC majeur et de leurs proches aidants.	Faible taille d'échantillon contenant des formes rares de TNC majeurs Formes rares de TNC majeur (ex. corps de Lewy) n'ont pas été distinguées dans leurs analyses Éléments rapportés par les proches aidants
15	(Manca *et al.*, 2020)	Royaume-Uni	Revue systémati-que	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=15)§	n.a	n.s	Recherche dans PubMed et Web of Science	Documenter les conséquences biologiques, psychosociales et neuropsychologiques chez les aînés vivant avec et sans TNC majeur.	Plusieurs variables pouvant influencer le déclin cognitif ou les SCPDs n'ont pas été pris en compte dans les études incluses Aucun groupe contrôle ou de données pré-COVID

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
16	(Panerai *et al.*, 2020)	Italie	Étude descriptive corrélation-nelle	Personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=128)	76 (68,75-82)*	n.s	Entrevues semi-structurées NPI CBI	Établir la présence de changements à la suite de la pandémie COVID-19 au niveau des SCPDs des personnes aînées vivant avec un TNC majeur ainsi que dans le niveau de fardeau et de détresse des proches-aidants	Données rapportées par les proches aidants
17	(Rainero *et al.*, 2021)	Italie	Enquête descriptive transversale	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=4913)	78,3 (8,2)	Domicile (n=4913)	Entrevue semi-structurée au téléphone CDR Questionnaire maison	Évaluer les impacts de l'isolement social prolongé chez les personnes âgées vivant avec différents niveaux de TNC majeur	Données rapportées par les proches aidants Étude transversale et donc difficile d'identifier si les effets perdurent dans le temps Inclut seulement des personnes aînées vivant à domicile
18	(Resnick *et al.*, 2021)	États-Unis	Étude descriptive simple	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=12)	90,4 (5,7)	Institution nel (n=12)	Maryland Resident Assessment Tool	Évaluer l'impact de l'isolement social prolongé chez les personnes aînées vivant avec un TNC majeur en institution, plus particulièrement au niveau de la cognition (incluant l'orientation, comment le résident répond à la question et la mémoire), les fonctions physiques et le comportement.	Petit échantillon Un seul site Outil d'évaluation utilisé se base sur la subjectivité de l'infirmière

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
19	(Rising *et al.*, 2022)	États-Unis	Étude phénoménologique	Personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=17) Proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=8)	67,1 (7,6) 73,7 (9,8)	n.s	Entrevue semi-structurée par téléphone	Explorer les conséquences de l'isolement social prolongé lié à la COVID-19 sur les personnes aînées vivant avec un TNC majeur.	Recrutement dans un seul centre médical Tous les proches aidants sont des femmes (100%), majoritairement caucasiennes (87,5%) La majorité sont des personnes aînées issues de minorité visibles (70,6%)
20	(Roach *et al.*, 2021)	Canada	Étude phénoménologique	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=20)	69,0 (8,3)	n.s	Entrevue semi-structurée par téléphone	Établir les conséquences des mesures d'isolement social prolongé en lien avec la COVID-19 sur les expériences de soins, de santé et de bien-être chez les personnes aînées vivant avec un TNC majeur.	Recrutement dans un seul centre médical Données récoltées auprès du proche aidant
21	(Rokstad *et al.*, 2021)	Norvège	Étude phénoménologique	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=17)	n.s.	Domicile (n=17)	Entrevue semi-structurée par téléphone	Déterminer les conséquences de l'isolement social prolongé de la COVID-19 sur les services sociaux et de santé normalement offerts aux personnes aînées vivant avec un TNC majeur	Entretiens par téléphone peut diminuer l'engagement et la confiance du proche aidant

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
22	(Shea *et al.*, 2020)	Chine	Étude de cas	Personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=3)	n.s.	n.s	MoCA MMSE	Partager l'expérience clinique des professionnels dans la prise en charge de trois personnes aînées vivant avec un TNC majeur qui ont des SPCD	n.s
23	(Smaling *et al.*, 2022)	Pays-Bas	Étude phénomé-nologique	Proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur et professionnels de la santé (n=40)	58,4 (15,7)	Domicile (n=20) Institutionnel (n=20)	Entrevue semi-structurée	Examiner l'impact des mesures prises pendant la covid-19 sur toutes les personnes impliquées dans la prise en charge d'individu vivant avec un TNC majeur	Données rapportées par les proches aidants Aucune personne aînée avec un TNC majeur n'a été incluse dans l'étude Les données ont été récoltées par des entretiens en visioconférence
24	(Soldevila-Domenech *et al.*, 2021)	Espagne	Étude corrélation-nelle prédictive	Personnes aînées vivant avec un déclin cognitif subjectif (n=16)	65,8 (3,7)	Domicile (n=16)	MoCA Genereal Health Questionnaire	Explorer les effets de l'isolement social prolongé à domicile strict du COVID-19 en Espagne sur la santé mentale et la cognition chez des sujets non infectés diagnostiqués avec un déclin cognitif subjectif	Le MoCA, instrument de dépistage ne permet pas d'évaluer les différentes fonctions cognitives Petite taille d'échantillon Analyse non ajustée en fonction des variables confondantes

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
25	(Suárez-González *et al.*, 2021)	Royaume-Uni	Revue systématique	Personnes aînées vivant avec TNC majeur (n=15)‡	n.a	Domicile (n=13) Institutionnel (n=2)	Recherche dans PubMed, PsychINFO et CINHAL	Résumer les données de recherches mondiales décrivant l'effet des mesures d'isolement social prolongé en lien avec la COVID-19 sur la santé des personnes aînées vivant avec un TNC majeur	Hétérogénéité des outils de mesures utilisés dans les différentes études Variété de type de données rapportées
26	(Talbot & Briggs, 2021)	Royaume-Uni	Étude phénoménologique	Personnes aînées vivant avec déclin cognitif subjectif ou TNC mineur (n=19)	62,5 (7,0)	Domicile (n=19)	Entrevue semi-structurée	Examiner les impacts de la pandémie à la COVID-19 sur la vie des personnes aînées vivant avec un TNC mineur ou un déclin cognitif subjectif	Données auto-rapportées Recrutement via les réseaux sociaux
27	(Tondo *et al.*, 2021)	Italie	Étude de cohorte rétrospective	Personnes aînées vivant avec TNC majeur en 2018 (n=46) Personnes aînées vivant avec TNC majeur en 2019 (n=40) Personnes aînées vivant avec TNC majeur en 2020 (n=46)	79,6 (6,2) 78,8 (8,8) 79,3 (6,2)	n.s	MMSE	Évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la cognition des personnes vivant avec un TNC majeur	Petit échantillon Seulement le MMSE, instrument de dépistage, ne permettant pas de préciser les difficultés spécifiques de fonctions cognitives

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (suite) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
28	(Tsapanou *et al.*, 2021)	Grèce	Étude descriptive corrélation-nelle	Proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=339)	53,0 (13,9) Personnes aînées vivant avec un TNC majeur : 81,0 (7,5)	n.a	Entrevue structurée	Examiner l'effet de l'isolement social prolongé en raison de la pandémie de COVID-19 sur les personnes vivant avec un TNC majeur et leurs aidants	Données sont auto-rapportées Aucun outil standardisé n'a été utilisé
29	Tsatali *et al.* (2021)	Grèce	Étude corrélation-nelle prédictive	Personnes aînées vivant avec TNC mineur ou majeur (n=296) Personnes aînées vivant avec TNC majeur de type Alzheimer (n=111)	77,3 (6,6) 71,6 (7,7)	n.s	Entrevue semi-structurée MoCA MMSE RCFT WAIS	Évaluer les changements cognitifs, de l'humeur (dépression et anxiété) et les comportements pouvant être liés à l'isolement sociale prolongé occasionné par la pandémie à la COVID-19 chez les personnes aînées vivant avec un TNC mineur ou majeur.	La qualité de vie n'a pas été mesurée et aurait pu influencer les résultats sur l'humeur.

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 2 (fin) : information descriptive des 31 articles inclus dans cette étude de portés

#	Auteurs (Année)	Pays	Devis	Population (n)	Âge moyen (Écart-type)	Milieu de vie† (n)	Méthode de collecte de donnée	But	Limites de l'étude
30	(Tsiakiri *et al.*, 2022)	Grèce	Étude de cohorte prospective	Personnes aînées vivant avec un TNC majeur (n=21) Personnes aînées vivant avec un TNC mineur (n=34)	n.s	n.s	MMSE MoCA GDS FRSSD	Évaluer l'effet de l'isolement prolongé sur les fonctions cognitives des personnes vivant avec un TNC	Petite taille d'échantillon Aucun re-test à long terme pour mieux comprendre si les changements étaient transitoires ou permanent
31	(Vernuccio *et al.*, 2022)	Italie	Étude descriptive comparative	Personnes aînées vivant avec un TNC mineur (n=28) Personnes aînées vivant avec un TNC majeur de stade modéré (n=30) Personnes aînées vivant avec un TNC majeur de stade grave (n=42)	76,4 (6,9) 79,0 (6,5) 74,9 (6,7)	n.s	MMSE ADL IADL	Évaluer les changements au niveau fonctionnel, cognitif et psychologique des personnes vivant avec la démence ainsi que le stress vécu par les proches aidants	Aucun groupe contrôle Biais de sélection Inclut des personnes qui proviennent d'un seul centre médical et qui avaient besoin d'une évaluation médicale

* Médiane et intervalle interquartile, n.a : non applicable, n.s : Non spécifié, § : Nombre d'études incluses dans la revue systématique, † : Milieu de vie des personnes aînées de l'échantillon

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NPI : neuropsychiatric inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, ZBI : Zarit Burden Interview, MMSE : mini-mental status, MoCA : Montreal cognitive assessment, ADL : activities of daily living, IADL : Instrumental activities of daily living, HAMD : Hamilton depression scale, CDR : Clinical Dementia Rating Scale, CBI: Copenhagen Burnout Inventory, RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, TNC : Troubles neurocognitifs, GDS : Échelle gériatrique de dépression, FRSSD : Functiona Rating Scale for Symptoms of Dementia

Parmi les études sélectionnées, certaines se sont intéressées aux impacts de l'isolement social prolongé sur les fonctions cognitives (voir Tableau 3) ainsi que sur la capacité à réaliser les activités quotidiennes (voir Tableau 4) des personnes vivant avec un TNC. Les prochaines sections détaillent respectivement ces deux sphères.

Impacts sur les fonctions cognitives

L'ensemble des études montre une détérioration des fonctions cognitives chez les personnes aînées vivant avec un TNC pendant la période d'isolement social prolongé, notamment en ce qui a trait à l'attention et la concentration, la mémoire, la fluidité verbale et le langage, l'orientation et la confusion, les fonctions exécutives (plus spécifiquement la planification) ainsi que le fonctionnement cognitif global (voir Tableau 3).

La majorité des études (n = 23) a noté des effets sur la cognition en général dus à l'isolement social prolongé. Un déclin cognitif statistiquement significatif a été rapporté dans 22 d'entre elles, et près de la moitié (n = 10) observait des changements attribuables à l'isolement social prolongé de la pandémie de la COVID-19. Une minorité (n = 3) a mentionné que le déclin cognitif pourrait être attribuable à l'évolution typique du TNC. Deux études (n = 2) ont mentionné ne pas connaître la cause expliquant le déclin cognitif observé, et une seule (n = 1) n'a pas constaté de déclin cognitif statistiquement significatif. Les résultats de quatre études (n = 4) s'appuyaient sur des changements rapportés par les proches aidants.

Plus de la moitié (n = 17) des études sélectionnées ont montré les effets sur la mémoire. La majorité de celles-ci (n = 13) a noté une diminution de la mémoire en raison de l'isolement social prolongé à la suite de la pandémie de la COVID-19. Deux études (n = 2) ont émis l'hypothèse que le déclin de la mémoire serait attribuable à l'évolution habituelle de la maladie. Une seule étude (n = 1) n'observait aucun déclin significatif de la mémoire. Cependant, dans cette étude, un entraînement cognitif avait été offert aux participants par des professionnels de la santé.

Le quart des études sélectionnées (n = 7) a constaté une diminution concernant la fluidité verbale et le langage. Une seule étude (n = 1) n'a pas observé de déclin significatif.

Six études (n = 6) ont noté une diminution de l'orientation ou une augmentation de la confusion en raison de l'isolement social prolongé pendant la pandémie, alors qu'une seule (n = 1) l'attribuait aux observations plus soutenues des proches aidants demeurant avec les personnes aînées vivant avec un TNC. Enfin, une seule étude (n = 1) s'est intéressée aux fonctions exécutives en constatant une diminution de la capacité à planifier.

Quelques études (n = 6) se sont intéressées à l'attention ou à la concentration. Parmi celles-ci, quatre (n = 4) concluaient que l'isolement social prolongé causé par la COVID-19 a mené à une baisse de l'attention. Toutefois, l'une d'entre elles rapportait que cette diminution était plutôt attribuable aux occasions accrues d'observations par les aidants qui cohabitaient avec leurs proches durant le confinement et qui passaient donc davantage de temps auprès d'eux. Une autre étude attribuait la baisse des capacités attentionnelles à l'évolution attendue des TNC.

Tableau 3 : Description de l'impact sur les fonctions cognitives

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
1	Aragón & al. (2021)*	Quantitatif (n = 51)	Diminution de l'attention (p = 0,012) chez les personnes vivant avec un TNC majeur Aucune différence statistiquement significative des résultats au TYM mesurant la mémoire (p = 0,067) Aucune différence statistiquement significative au test de fluidité verbale (p = 0,323) Aucune différence statistiquement significative au test de mémoire (p = 0,098)
2	Azevedo & al. (2021)	Quantitatif (n = 321)	Diminution de la mémoire (p < 0,001)
3	Bacsu & al. (2021)	N/a (n = 21)	Déclin cognitif général selon 3 articles sur un total de 21
4	Barguilla & al. (2020)	Qualitatif (n = 60)	Déclin cognitif général perçu par les aidants chez 60% des participants
5	Borelli & al. (2021)	Qualitatif (n = 58)	Déclin cognitif perçu par les aidants chez 53,4% des participants : Diminution de la mémoire (46,6%) Diminution de l'attention (29,3%) Diminution de l'orientation (29,3%)
6	Chen & al. (2021)	Quantitatif (n = 177)	Déclin cognitif général au MMSE chez : Alzheimer : (p<0,001) Corps de Lewy : (p=0,002) Pas de déclin cognitif pour les personnes avec : Trouble neurocognitif mineur : (p=0,298)

BIMS : Brief Interview for Mental Status ; ET = Erreur-Type ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; RAT : Resident Assessment Tool ; RAVLT : Rey's Auditory Verbal Learning Test ; RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial ; TYM : Test your Memory, * = les participants ont reçu du support via télésanté ou ont reçu un programme d'entraînement cognitif

Tableau 3 (suite) : Description de l'impact sur les fonctions cognitives

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
7	Clare & al. (2021)	Mixte (n = 173)	Impacts négatifs significatifs sur la cognition générale au MMSE (23,99±5,80 (groupe INCLUDE) versus 25,18±3,67 (groupe IDEAL T3), p = 0,019) de personnes avec un TNC majeur de stade léger à modéré Résultats du groupe INCLUDE (pendant la pandémie) : Diminution de la concentration (49,1% selon participants et 70,2% selon les aidants) Diminution de la mémoire : Mémoire sémantique (43,9% selon participants et 77,7% selon les aidants) Mémoire de travail (45,1% selon participants et 73,1% selon les aidants) Diminution du langage (42,8% selon participants et 63,2% selon les aidants) Diminution des fonctions exécutives : Diminution de la planification (31,8% selon participants et 49,2% selon les aidants) Augmentation de la confusion (47,4% selon les participants et 77,3% selon les aidants)
8	Cousins & al. (2021)	Qualitatif (n = 5)	Déclin cognitif selon les proches
9	Curelaru & al. (2021)	Qualitatif (n = 45)	Augmentation de la vitesse de progression du TNC majeur incluant : Diminution de la mémoire Diminution de la fluidité verbale Diminution de la performance cognitive
10	Dellazizzo & al. (2021)	N/a (n = 59)	Déclin pour la mémoire et l'orientation dans les études transversales et longitudinales incluses
11	Farhang & al. (2021)	Qualitatif (n = 10)	Diminution de la mémoire selon la majorité des participants Diminution de la concentration selon la majorité des participants
12	Gan & al. (2021)	Quantitatif (n = 205)	Déclin cognitif significatif pour les patients vivant avec des TNC : C-MMSE et MoCA sont significativement inférieurs (p<0,05) après 14 mois Chez les patients vivant avec la maladie d'Alzheimer, le déclin cognitif n'est toutefois pas significativement supérieur à celui qui est observé sans la pandémie sur ces 14 mois (pré-pandémie vs post-pandémie)

BIMS : Brief Interview for Mental Status ; ET = Erreur-Type ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; RAT : Resident Assessment Tool ; RAVLT : Rey's Auditory Verbal Learning Test ; RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial ; TYM : Test your Memory, * = les participants ont reçu du support via télésanté ou ont reçu un programme d'entraînement cognitif

Tableau 3 (suite) : Description de l'impact sur les fonctions cognitives

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
13	LeVasseur & al. (2021)	Quantitatif (n =1)	Déclin cognitif : T1 : 11/15 à T3 : 0/15 au BYMS sur une période de 7 mois
14	Manca *et al.* (2022)	Qualitatif (n = 38)	Déclin cognitif significatif perçu par les proches aidant (p<0,05) des participants vivant avec un TNC majeur dont : Augmentation de la confusion chez 50% d'entre eux Diminution de la mémoire chez 73% d'entre eux
15	Manca *et al.* (2020)	Qualitatif (n = 15)	Déclin cognitif perçu par les aidants chez 60% des participants vivant avec un TNC majeur dont Diminution de la mémoire chez 68% d'entre eux Augmentation de la confusion chez 67,9% d'entre eux Diminution de l'orientation spatiale chez 37% d'entre eux
16	Panerai *et al.* (2020)	Qualitatif (n = 128)	Diminution de la mémoire perçue par les proches aidants de personnes aînées vivant avec un TNC majeur 84,0% (*p* = 0,00001)
17	Rainero *et al.* (2021)	Qualitatif (n = 4913)	Déclin cognitif perçu par les proches aidants chez 55,7% des patients, dont Diminution de la mémoire chez 38% des patients Augmentation de la confusion chez 37,5% des patients Diminution de l'orientation temporelle chez 21,1% des patients Diminution des fonctions langagières chez 25,5% des patients
18	Resnick *et al.* (2021)	Quantitatif (n = 12)	Diminution statistiquement significative de la cognition globale mesurée par le RAT (*p* = 0,01)
19	Rising *et al.* (2022)	Qualitatif (n = 17)	Diminution de la mémoire perçue par les patients
20	Roach *et al.* (2021)	Qualitatif (n = 20)	Déclin cognitif perçu par le conjoint (accélération de la progression et sévérité du déclin)
21	Rokstad *et al.* (2021)	Qualitatif (n =17)	Déclin cognitif perçu par le conjoint
22	Shea *et al.* (2020)	Qualitatif (n = 3)	Augmentation de prosopagnosie
23	Smaling *et al.* (2022)	Qualitatif (n = 40 [proches aidants])	Déclin cognitif général perçu par les proches aidants et les professionnels de la santé

BIMS : Brief Interview for Mental Status ; ET = Erreur-Type ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; RAT : Resident Assessment Tool ; RAVLT : Rey's Auditory Verbal Learning Test ; RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial ; TYM : Test your Memory, * = les participants ont reçu du support via télésanté ou ont reçu un programme d'entraînement cognitif

Tableau 3 (suite) : Description de l'impact sur les fonctions cognitives

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
24	Soldevila-Domenech *et al.* (2021)	Quantitatif (n = 16)	Aucun changement statistiquement significatif au MoCA entre la période pré-isolement social prolongé et post-isolement social prolongé (p = 0,669)
25	Suárez-González *et al.* (2021)	N/a (n =15)	Déclin cognitif général rapporté pour 60% des études (9/15) : Personnes vivant en communauté : 61% des études (8/13) dont les domaines les plus touchés sont la concentration, la mémoire, l'orientation et la communication Personnes vivant en centres d'hébergement : 50% des études (½) dont le domaine le plus touché est la mémoire
26	Talbot & Briggs (2021)	Qualitatif (n = 19)	Déclin des fonctions cognitives : Diminution du langage Diminution de la mémoire Diminution de la concentration
27	Tondo *et al.* (2021)	Quantitatif (n = 46)	Déclin cognitif au MMSE statistiquement significatif entre 2019 et 2020 (p < 0,001)
28	Tsapanou *et al.* (2021)	Qualitatif (n = 339 [proches aidants])	Déclin de la communication rapporté par les proches aidants 41,6% (coté « beaucoup »)

BIMS : Brief Interview for Mental Status ; ET = Erreur-Type ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; RAT : Resident Assessment Tool ; RAVLT : Rey's Auditory Verbal Learning Test ; RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial ; TYM : Test your Memory, * = les participants ont reçu du support via télésanté ou ont reçu un programme d'entraînement cognitif

Tableau 3 (fin) : Description de l'impact sur les fonctions cognitives

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
29	Tsatali *et al.* (2021)	Quantitatif (n = 407)	Participants ayant un TNC majeur de type Alzheimer : Déclin de la cognition générale au MMSE : score M = 1,624, ET. = 0,152 Participants ayant un TNC mineur : Déclin de la cognition générale au MMSE : score M = 0,013, ET. = 0,093 Période prépandémie (D1) **:** Déclin de la mémoire à court terme au RAVL (rappel immédiat) : score M = -0,13, ET = 0,13 Déclin de l'apprentissage verbal au RAVL : score M = -0,01, ET = 0,14 Déclin de la mémoire à long terme au RAVL (rappel différé) : score M = 0,03, ET= 0,14 Déclin de la fluidité verbale au Test de fluidité verbale phonémique adapté en grec par Kosmides & al. : score M = -0,26, ET = 0,14 Période pendant la pandémie (D2) : * Déclin de la mémoire à court terme au RAVL (rappel immédiat) : score M = 0,93, ET = 0,14 Déclin de l'apprentissage verbal au RAVL : score M = 1,09, ET = 0,14 Déclin de la mémoire à long terme au RAVL (rappel différé) : score M = 1,53, ET= 0,18 Aucun déclin de la mémoire à long terme au RCFT (rappel différé) en lien avec la période prépandémie (D1) Déclin de la fluidité verbale au Test de fluidité verbale phonémique : score M = 0,43, ET = 0,14
30	Tsiakiri *et al.* (2022)	Quantitatif (n = 55)	Déclin significatif de la cognition en générale au MMSE (p<0,001) et MoCA (p<0,001), plus précisément : Diminution significative de l'orientation dans le temps (p<0,001) Diminution significative de la mémoire (p<0,05)
31	Vernuccio *et al.* (2022)	Quantitatif (n = 100)	Déclin cognitif significatif dans les deux groupes en général au MMSE (p<0,05) Participants ayant un TNC majeur de stade modéré : Déclin significatif de la cognition en général au MMSE : score M = -3,40, ET = 0,70 Participants ayant un TNC majeur de stade grave : Déclin significatif de la cognition en général au MMSE : score M = -2,71, ET = 0,68

BIMS : Brief Interview for Mental Status ; ET = Erreur-Type ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; RAT : Resident Assessment Tool ; RAVLT : Rey's Auditory Verbal Learning Test ; RCFT : Rey Complex Figure Test and Recognition Trial ; TYM : Test your Memory, * = les participants ont reçu du support via télésanté ou ont reçu un programme d'entraînement cognitif

Impacts sur la capacité à réaliser les activités quotidiennes

Plus de la moitié des études retenues pour la présente étude de portée rapportaient des répercussions sur la réalisation des activités (n = 20), plus précisément, la communication, les soins personnels et de santé, l'entretien du domicile, les relations sociales, les loisirs physiques et les activités récréatives, chez les personnes aînées vivant avec un TNC.

Parmi ces études, la moitié (n = 11) rapportait une augmentation des difficultés à réaliser des activités quotidiennes en raison d'un bouleversement dans les routines ou de l'abandon d'activités. Certaines études (n = 2) constataient qu'une perturbation de la routine quotidienne augmentait la confusion, la désorientation et engendrait une diminution de la capacité à réaliser les activités de la journée. Cette diminution a aussi été remarquée dans une étude (n = 1), et ce, principalement dans les soins personnels. Une étude (n = 1) constatait une diminution significative de la capacité à réaliser les AVQ chez les personnes aînées vivant avec un TNC majeur, comparativement à celles vivant avec un TNC mineur. Une étude (n = 1) a relevé une diminution des habiletés à réaliser les soins personnels, et une autre (n = 1) a montré une perte de l'indépendance dans ce même domaine. Trois autres études (n = 3) ont observé une diminution de la capacité à réaliser les activités qui concernait principalement la sphère des soins personnels et de santé durant l'isolement social prolongé.

Une diminution de la capacité à réaliser les activités quotidiennes a été observée dans quelques études (n = 3). Celle-ci serait attribuable à une réduction des opportunités de réaliser les diverses activités en raison des restrictions imposées durant la pandémie du COVID-19. Une étude (n = 1) a constaté une diminution de la participation aux activités quotidiennes par les participants, ce qui a entraîné une perte de sens, une perte du sentiment d'actualisation de soi et de l'identité, lesquelles ont finalement mené à une diminution du bien-être.

Certaines études (n = 3) ont rapporté des impacts sur les interactions sociales quotidiennes des participants. En effet, une étude (n = 1) rapportait un abandon des rencontres sociales ainsi qu'une interruption des visites familiales. Une autre (n = 1) a constaté que les interactions sociales étaient initialement utilisées comme stratégie pour compenser la perte de mémoire. Ainsi, la perte des activités sociales a contribué, selon cette étude, à l'aggravation de la perte de mémoire chez les personnes aînées vivant avec un TNC. Enfin, une étude (n = 1) a rapporté une altération des habiletés de communication associée à la diminution des activités consécutive à l'isolement social prolongé.

Quelques études (n = 2) ont également rapporté des modifications au niveau des habitudes de sommeil durant l'isolement social prolongé. Une diminution significative des heures de sommeil et une incapacité significative à se rendormir, principalement chez des personnes vivant à domicile, ont également été observées par une étude.

Certaines études (n = 3) rapportaient des changements survenus dans la réalisation des tâches liées à l'entretien du domicile. Une étude (n = 1) a observé une tendance à une diminution de la participation dans la réalisation des tâches domestiques. Toutefois, une autre étude a mis en lumière que certaines personnes aînées vivant avec un TNC ont, au contraire, expérimenté un surengagement dans certaines activités, principalement d'entretien du domicile.

Des études (n = 3) notent également des changements en ce qui a trait aux activités physiques. Par exemple, une étude (n = 1) a rapporté que 60 % de ses participants ont arrêté leurs activités récréatives prépandémiques. Une autre étude (n = 1) a plutôt fait mention d'effets bénéfiques de l'isolement social prolongé, notamment dans l'apprentissage de nouveaux loisirs ou la reprise d'anciens loisirs sans craindre d'échouer.

Tableau 4 : Impacts sur la capacité à réaliser des activités

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
1	Aragón & al. (2021)*	Quantitatif (n = 51)	Changement significatif dans les habitudes de sommeil (p = 0,021) Diminution de la participation aux tâches liées à l'entretien du domicile (p = 0,095)
2	Azevedo & al. (2021)	Quantitatif (n = 321)	Altération de la performance dans les AVQ (28,3%) Changement dans les habitudes de sommeil (23,1%)
4	Barguilla & al. (2020)	Qualitatif (n = 60)	Abandon des activités quotidiennes pré-pandémiques (70%) Abandon des réunions sociales (43,3%) et activités de stimulation cognitive (28,3%) Arrêt des activités physiques (41,7%) Arrêt des visites familiales pré-pandémiques (31%)
5	Borelli & al. (2021)	Qualitatif (n = 58)	Diminution ou interruption complète de la fréquence des habitudes d'exercice des patients lors de l'isolement social prolongé (22,4%) Diminution de la capacité à réaliser les AVQ (34,5%), principalement dans la sphère des soins personnels (15,5%)
6	Chen & al. (2021)	Quantitatif (n = 177)	Perte significative de la capacité à réaliser les AVQs chez les aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur Diminution soudaine de l'activité physique est un facteur prédictif du déclin au MMSE
7	Clare & al. (2021)	Mixte (n = 173)	Selon les participants : Aucun changement dans l'habileté à faire les AVQ (58,4%) ou avoir "quelques problèmes" à le faire (35,8%). Aucune difficulté à réaliser les soins personnels (69,4%) ou avoir "quelques problèmes" (24,3%) Selon les proches aidants : Difficulté significative dans la réalisation des AVQ (23,6%). Incapacité à se laver ou à s'habiller de manière indépendante (18,2%).
11	Farhang & al. (2021)	Qualitatif (n = 10)	Diminution de l'engagement dans les activités de la vie quotidienne Diminution de l'activité physique

*FRSSD: Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia

Tableau 4 (suite et fin) : Impacts sur la capacité à réaliser des activités

#	Auteurs (Année)	Type d'étude	Résultats
12	Gan & al. (2021)	Quantitatif (n = 205)	Diminution de l'indépendance aux AVD (p = 0,049) lorsque comparé avec le groupe contrôle, mais pas de différence significative dans les scores
14	Manca *et al.* (2022)	Qualitatif (n = 38)	Diminution des habiletés à la marche chez 30% des personnes vivant avec un TNC.
16	Panerai *et al.* (2020)	Qualitatif (n = 128)	Diminution des habiletés aux soins personnels (79,5%) (p=0,000029)
19	Rising *et al.* (2022)	Qualitatif (n = 17)	Perte des interactions sociales qui étaient utilisées comme stratégies pour compenser la perte de mémoire. Contribue selon les patients à l'aggravation de la perte de mémoire.
21	Rokstad *et al.* (2021)	Qualitatif (n = 17)	Diminution du niveau fonctionnel en lien avec la perte d'activités significative Pertes des routines et activités significatives créant de la confusion et difficultés à l'orientation Diminution de l'engagement dans les activités de la vie quotidienne chez certains participants Certains participants ont vécu une hyperfixation sur des activités, principalement d'entretien domiciliaire
22	Shea *et al.* (2020)	Qualitatif (n = 3)	Diminution de l'engagement dans les activités significatives en lien avec des opportunités limités
23	Smaling *et al.* (2022)	Qualitatif (n = 40 [proches aidants])	Selon les participants : Diminution des interactions sociales a entrainé un déclin cognitif Pertes d'activités significatives
25	Suárez-González *et al.* (2021)	N/a (n = 15)	Diminution du niveau fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne (variant de 0 à 34%), plus précisément au niveau des soins personnels et de l'entretien ménager.
26	Talbot & Briggs (2021)	Qualitatif (n = 19)	Diminution de la participation aux activités significatives ayant entraînée une perte de la valeur, de l'identité et une diminution du bien-être Pour certains, augmentation de l'éventail des loisirs
28	Tsapanou *et al.* (2021)	Qualitatif (n = 339 [proches aidants])	Changement significatif en lien avec les habitudes de communication : 41,6% des rapportent un changement important
30	Tsiakiri *et al.* (2022)	Quantitatif (n = 55)	Déclin fonctionnel significatif au FRSSD (p<0,001)
31	Vernuccio *et al.* (2022)	Quantitatif (n = 100)	Déclin fonctionnel significatif de -2,56 (ÉT = 0,39) point au IADL (p<0,001) Déclin fonctionnel plus important pour les TNC majeurs de type mineur (p<0,0001). Plus spécifiquement dans les activités suivantes : Alimentation, capacité à s'habiller, communication, continence

*FRSSD: Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia

DISCUSSION

L'objectif de cette étude de portée était d'explorer les impacts de l'isolement social prolongé causé par la pandémie de la COVID-19 sur les fonctions cognitives des personnes aînées vivant avec un TNC ainsi que sur la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne. Les résultats ont permis de mettre en lumière les impacts sur les différentes sphères cognitives ainsi que les impacts fonctionnels. Plusieurs études attribuent à l'isolement social prolongé dû aux mesures sociosanitaires liées à la COVID-19 une diminution de l'attention, la concentration, la mémoire, la fluidité verbale, l'orientation ainsi que la planification chez les participants. Cet isolement a aussi causé des difficultés significatives dans la réalisation des activités, plus particulièrement dans les habitudes de communication, de soins personnels et de santé, d'entretien du domicile, dans les relations sociales ainsi que les activités physiques et récréatives.

Impacts sur les fonctions cognitives

Selon la présente étude, l'isolement social prolongé est associé à une diminution accentuée des fonctions cognitives (Aragón , 2021; Bacsu , 2021; Roach , 2021), plus spécifiquement au niveau de la mémoire (Azevedo , 2021; Farhang , 2021) et de la fluidité verbale (Curelaru , 2021; Talbot et Briggs, 2021; Tsatali , 2021). En effet, la diminution des contacts sociaux avec les proches en raison des mesures sociosanitaires affecte les occasions d'échanger, de communiquer et d'être stimulé sur le plan cognitif, comme l'indiquent Evans et ses collaborateurs (2021).

Par ailleurs, la pandémie a entraîné l'interruption totale ou partielle de nombreux services de santé, dont l'ergothérapie, ce qui a pu avoir des effets néfastes sur les fonctions cognitives chez les personnes aînées (Azevedo , 2021; Chen , 2021). Ces résultats concordent avec l'étude de Yuill et Hollis (2011), qui souligne l'efficacité des services d'ergothérapie pour prévenir les pertes cognitives en permettant aux personnes vivant avec un TNC de demeurer engagées dans des occupations signifiantes. La stimulation cognitive permet de développer la réserve cognitive, laquelle agit comme un facteur protecteur contre la perte des fonctions cognitives (Clare , 2021). En ce sens, les ergothérapeutes peuvent promouvoir la santé cognitive (Aubé et Tourigny, 2017) par l'engagement dans des activités cognitivement stimulantes (OEQ, 2020). Ainsi, la réduction des opportunités de stimulation cognitive et l'interruption des services de santé pendant la pandémie ont pu contribuer à la diminution des fonctions cognitives des personnes aînées vivant avec un TNC.

Ensuite, la présence de SCPD est souvent associée à une perte plus importante des fonctions cognitives (Vik-Mo , 2018). La prévalence et l'importance des SCPD durant la pandémie se sont avérées supérieures à celles des années antérieures (Boutoleau-Bretonnière , 2020), possiblement en raison des perturbations du quotidien attribuables aux mesures sociosanitaires, notamment l'interruption de certaines activités (Tuijt , 2021). Les SCPD pouvant être atténués par les services d'ergothérapie, ils pourraient donc avoir contribué au déclin cognitif observé pendant la pandémie (Manca , 2020).

Par ailleurs, certaines personnes aînées ont cohabité avec leurs proches aidants durant la période de confinement, offrant à ces derniers davantage d'opportunités d'observer les manifestations des difficultés cognitives au quotidien. Dans ce contexte, il est possible que la diminution des fonctions cognitives rapportée par les proches aidants s'explique par une plus grande vigilance envers les manifestations du TNC que par une réelle diminution des fonctions cognitives (Barguilla , 2020; Clare , 2021; Cousins , 2021). Ces études ont mesuré le déclin cognitif à l'aide de questionnaires subjectifs qui ont été complétés par les proches aidants sans toutefois corroborer ces observations avec des mesures objectives. Les résultats ont donc pu être biaisés par leurs perceptions. Ainsi, il est difficile de conclure à partir de ces études que l'isolement social prolongé causé par la pandémie soit la seule cause du déclin cognitif observé.

D'autres études (Gan , 2021; Panerai , 2020; Resnick , 2021; Tsatali , 2021) proposent l'hypothèse que le déclin cognitif observé soit la manifestation de l'évolution typique de la maladie. En effet, l'étude de Tsatali (2021) a comparé les données d'un groupe contrôle, qui avaient été collectées avant la pandémie, à celles collectées pendant la pandémie d'un autre groupe, tous deux composés de personnes aînées vivant avec un TNC. Il s'est avéré que le rythme auquel le déclin se produisait pendant ces deux périodes n'était pas significativement différent l'un de l'autre. Ainsi, il est possible que certains changements dans les fonctions cognitives s'expliquent par l'évolution typique de la maladie, sans nécessairement avoir été affectés par le contexte de la pandémie.

Enfin, les personnes aînées vivant avec un TNC ayant eu des opportunités de stimulation cognitive malgré le contexte de pandémie ont vécu un déclin cognitif moins prononcé. En effet, pour trois des quatre études constatant une évolution attendue du TNC (Panerai , 2020; Resnick , 2021; Tsatali , 2021;), les patients n'étaient pas isolés dans leur chambre et pouvaient réaliser certaines activités, telles que prendre un repas en communauté et recevoir des visites de leur famille. De plus, certains recevaient du soutien virtuel via télésanté durant la période de l'étude Panerai et ses collaborateurs (2020). En comparaison, les études dont les résultats évoquent un déclin accéléré mentionnent la présence d'un isolement social prolongé sans mentionner des facteurs facilitants comme ceux des trois études précédemment mentionnées.

Impacts sur la réalisation des activités

Les résultats de cette étude de portée montrent que la réalisation des activités a également été affectée par l'isolement social prolongé des personnes aînées vivant avec un TNC. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Shea (2020) qui soutient que compte tenu des mesures sociosanitaires d'isolement social prolongé établies dans plusieurs pays pour contrer la propagation du virus, les occasions de réaliser certaines activités ont été réduites). De plus, l'aide disponible était limitée en raison d'une restriction des contacts sociaux (Smaling , 2022; Tsapanou , 2021) et de nombreuses perturbations des programmes de soutien. Des interruptions dans les services offerts par les ressources communautaires sont survenues, limitant ainsi l'aide disponible pour les personnes aînées vivant avec un TNC (Palermo , 2020). Ces interruptions du soutien social ont nui à

la réalisation des activités quotidiennes antérieures à la pandémie chez les personnes vivant avec un TNC (Roach , 2021) et peu de nouvelles opportunités d'engagement dans des activités signifiantes leur ont été présentées. Par ailleurs, les résultats de la présente étude de portée indiquent que l'isolement social prolongé a limité les opportunités de socialisation, affectant ainsi négativement les activités de communication des personnes aînées vivant avec un TNC. Ces résultats sont soutenus par une récente étude de Kostyál et al. (2022), qui a observé que le manque d'interactions sociales et l'interruption des routines quotidiennes sont des facteurs qui contribuent à la détérioration des fonctions cognitives des personnes aînées vivant avec un TNC (Chen , 2021; Kostyál , 2022). Celles-ci sont nécessaires pour communiquer adéquatement lors de la réalisation d'activités signifiantes, notamment les loisirs ou les activités se déroulant dans la communauté (Levasseur , 2021).

D'autre part, il est probable que plusieurs personnes aînées vivant avec un TNC n'aient pas repris leurs activités antérieures lorsque les mesures d'isolement social prolongé ont été levées. Cet enjeu souligne l'importance de leur donner accès à des services qui leur permettront de retrouver leur niveau de fonctionnement habituel. L'implication de l'ergothérapeute est alors essentielle pour favoriser la reprise des activités ainsi que l'apprentissage par l'intégration de méthodes reposant sur les capacités cognitives préservées et compensant les déficits cognitifs (Aubé et Tourigny, 2017). Toutefois, dans le contexte pandémique, les services d'ergothérapie ont souvent été priorisés pour les situations urgentes comportant notamment un enjeu important de sécurité (Hoel , 2021). Les interventions misant sur l'intégration de méthodes reposant sur les capacités préservées, nouvellement implantées par les ergothérapeutes de certaines régions du Québec, se sont avérées bénéfiques pour optimiser l'autonomie des personnes aînées vivant avec un TNC majeur, et ce, sans augmenter le fardeau des proches aidants (Déry , 2019; Thivierge , 2014; Viscogliosi , 2019), en plus de réduire le nombre d'heures allouées à leurs soins (Déry , 2019).

Ensuite, le déclin des fonctions cognitives, comme on l'a montré précédemment, pourrait être un facteur explicatif de la réalisation restreinte des activités pendant la pandémie. Inversement, la réalisation limitée des activités contribue au déclin cognitif, ce qui explique le déclin accru à la fois sur le plan des fonctions cognitives et sur le plan de la réalisation des activités chez les personnes aînées vivant avec un TNC dans ce contexte. Selon Chen et coll. (2021), cette relation peut aussi exister spécifiquement avec l'activité physique. Dans ce cas, le déclin cognitif entraînerait une réduction de l'activité physique et la réduction de celle-ci augmenterait à son tour le déclin cognitif. Les ergothérapeutes peuvent contribuer à promouvoir la santé cognitive (Aubé et Tourigny, 2017) par l'engagement dans des activités cognitivement stimulantes (OEQ, 2020).

Forces et limites de l'étude

L'utilisation de la méthode reconnue pour des études de portée (Arksey et O'Malley, 2005 ; Levac , 2010) a permis d'assurer une rigueur dans la méthodologie de la recherche. De plus, l'étude de portée a été réalisée par des chercheurs, ce qui a permis de réaliser une analyse de la problématique avec une perspective ergothérapique, la contextualisant ainsi aux enjeux de la pratique actuelle.

Cette étude de portée comporte également certaines limites, notamment pour la généralisation des résultats. D'abord, la présence d'études provenant d'une variété de pays a permis de montrer l'isolement social prolongé dans une diversité de contextes, qui engendraient une variété de mesures sociosanitaires. Ainsi, les impacts de l'isolement social prolongé sur les fonctions cognitives ou sur la capacité à réaliser les activités ont été mesurés auprès de populations qui n'ont pas été soumises aux mêmes mesures sociosanitaires, par exemple en termes de durée des périodes d'isolement, d'accès à des services ou de programmes de soutien. Aussi, la COVID-19 étant relativement récente, une quantité limitée de publications était disponible à ce moment. Ensuite, la majorité des études incluses avaient un devis transversal, ne permettant pas de savoir si les effets se maintiendront dans le temps, comme le ferait une étude longitudinale. Finalement, une limite à considérer pour notre étude est le biais de publication. En effet, la publication d'articles scientifiques est dépendante de la significativité et de la direction des résultats, ce qui peut signifier que des résultats neutres ou contradictoires aux hypothèses n'ont pas été publiés (Delgado-Rodriguez, 2004). Malgré ce biais potentiel, nous avons tout de même réussi à exposer des résultats qui ne démontraient pas d'altération des fonctions cognitives ou encore qui s'expliquaient potentiellement par l'évolution habituelle du TNC.

Afin d'avoir une compréhension claire des impacts à long terme, il serait pertinent de miser davantage sur les devis longitudinaux pour décrire les impacts de l'isolement social prolongé en raison de la COVID-19 sur les fonctions cognitives des personnes aînées vivant avec un TNC. Également, il serait intéressant pour une future étude d'analyser les éléments de l'environnement qui ont été modifiés par le contexte sociosanitaire lié à la COVID-19 et de distinguer les impacts qui sont liés à ces derniers de ceux liés à l'isolement social prolongé. Finalement, il serait pertinent pour les cliniciens, notamment les ergothérapeutes, d'accorder une plus grande attention au volet promotionnel de la santé et des activités quotidiennes, à l'aide, entre autres, de stimulation cognitive pour contrer les pertes cognitives et fonctionnelles des personnes aînées vivant avec un TNC, considérant que les services actuellement offerts sont de nature compensatoire (OEQ, 2016).

CONCLUSION

La présente étude de portée a permis d'analyser les impacts de l'isolement social prolongé sur les fonctions cognitives et la capacité à réaliser les activités quotidiennes chez des personnes aînées vivant avec TNC lors de la pandémie de la COVID-19. Il est noté que l'isolement social prolongé a diminué la mémoire, l'attention, la concentration et l'orientation, en plus de provoquer une modification dans la réalisation des activités. En fait, ce changement dans la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne ainsi que les difficultés cognitives ont notamment provoqué une diminution de l'engagement dans ces activités. Ainsi, il importe de développer et de mettre en place des alternatives permettant de prévenir les pertes cognitives chez cette clientèle et de maintenir leurs capacités à réaliser les activités signifiantes lorsque les mesures sanitaires mises en place perturbent leur quotidien. Cela permettrait aux professionnels de

la santé, notamment les ergothérapeutes, de mieux adapter et orienter leurs interventions pour prévenir l'aggravation des déficits cognitifs et des incapacités à réaliser les activités quotidiennes. Ainsi, l'utilisation d'activités de stimulation cognitive et de soutien social accessible (p. ex. en ligne) pourrait être une avenue intéressante à explorer afin de contrer les pertes cognitives et fonctionnelles occasionnées par l'isolement social prolongé dus à la pandémie à la COVID-19.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier Mme Josée Toulouse, bibliothécaire à la Bibliothèque des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, pour sa précieuse aide lors de la recherche documentaire.

FINANCEMENTS

Aucune source de financement externe n'a été utilisée dans cette étude.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Aragón, I., Flores, I., Dorman, G., Rojas, G., Sierra Sanjurjo, N. et O'Neill, S. (2021). Quality of life, mood, and cognitive performance in older adults with cognitive impairment during the first wave of COVID-19 in Argentina. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. https://doi.org/10.1002/gps.5650

Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 1932. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Aubé, D. (2017). *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé : synthèse des connaissances* (Institut national de santé publique du Québec: Direction du développement des individus et des communautés, éd.). Institut national de santé publique du Québec.

Azevedo, L. V. D. S., Calandri, I. L., Slachevsky, A., Graviotto, H. G., Vieira, M. C. S., Andrade, C. B. de, Rossetti, A. P., Generoso, A. B., Carmona, K. C., Pinto, L. A. C., Sorbara, M., Pinto, A., Guajardo, T., Olavarria, L., Thumala, D., Crivelli, L., Vivas, L., Allegri, R. F., Barbosa, M. T., … Caramelli, P. (2021). Impact of social isolation on people with dementia and their family caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease*, *81*(2), 607617. https://doi.org/10.3233/JAD-201580

Bacsu, J.-D. R., O'Connell, M. E., Webster, C., Poole, L., Wighton, M. B. et Sivananthan, S. (2021). A scoping review of COVID-19 experiences of people living with dementia. *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, *112*(3), 400411. https://doi.org/10.17269/s41997-021-00500-z

Barguilla, A., Fernández-Lebrero, A., Estragués-Gázquez, I., García-Escobar, G., Navalpotro-Gómez, I., Manero, R. M., Puente-Periz, V., Roquer, J. et Puig-Pijoan, A. (2020). Effects of COVID-19 pandemic confinement in patients with cognitive impairment. *Frontiers in Neurology*, *11*, 589901. https://doi.org/10.3389/fneur.2020.589901

Borelli, W. V., Augustin, M. C., de Oliveira, P. B. F., Reggiani, L. C., Bandeira-de-Mello, R. G., Schumacher-Schuh, A. F., Chaves, M. L. F. et Castilhos, R. M. (2021). Neuropsychiatric symptoms in patients with

dementia associated with increased psychological distress in caregivers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Alzheimer's Disease*, *80*(4), 17051712. https://doi.org/10.3233/JAD-201513

Boutoleau-Bretonnière, C., Pouclet-Courtemanche, H., Gillet, A., Bernard, A., Deruet, A. L., Gouraud, I., Mazoue, A., Lamy, E., Rocher, L., Kapogiannis, D. et El Haj, M. (2020). The effects of confinement on neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease during the COVID-19 crisis. *Journal of Alzheimer's Disease*, *76*(1), 4147. https://doi.org/10.3233/JAD-200604

Cacioppo, J. T. et Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation: social relationships and health. *Social and Personality Psychology Compass*, *8*(2), 5872. https://doi.org/10.1111/spc3.12087

Chen, Z.-C., Liu, S., Gan, J., Ma, L., Du, X., Zhu, H., Han, J., Xu, J., Wu, H., Fei, M., Dou, Y., Yang, Y., Deng, P., Wang, X.-D. et Ji, Y. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic and lockdown on mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies in China: a 1-year follow-up study. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 711658. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.711658

Clair, R., Gordon, M., Kroon, M. et Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, *8*(1), 28. https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3

Clare, L., Martyr, A., Gamble, L. D., Pentecost, C., Collins, R., Dawson, E., Hunt, A., Parker, S., Allan, L., Burns, A., Hillman, A., Litherland, R., Quinn, C., Matthews, F. E. et Victor, C. (2021). Impact of COVID-19 on « living well » with mild-to-moderate dementia in the community: Findings from the IDEAL cohort. *Journal of Alzheimer's Disease*. https://doi.org/10.3233/JAD-215095

Cousins, E., de Vries, K. et Harrison Dening, K. (2021). 'Four walls and a garden': Exploring the experiences of families affected by dementia during the COVID-19 pandemic. *Dementia (London, England)*, 14713012211059020. https://doi.org/10.1177/14713012211059021

Curelaru, A., Marzolf, S. J., Provost, J.-C. K. G. et Zeon, H. H. H. (2021). Social isolation in dementia: The effects of COVID-19. *The Journal for Nurse Practitioners*, *17*(8), 950953. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.05.002

De Vriendt, P., Cornelis, E., Cools, W. et Gorus, E. (2021). The usefulness of evaluating performance of activities in daily living in the diagnosis of mild cognitive disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), 11623. https://doi.org/10.3390/ijerph182111623

Delgado-Rodriguez, M. (2004). Bias. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *58*(8), 635-641. https://doi.org/10.1136/jech.2003.008466

Dellazizzo, L., Léveillé, N., Landry, C. et Dumais, A. (2021). Systematic review on the mental health and treatment impacts of COVID-19 on neurocognitive disorders. *Journal of Personalized Medicine*, *11*(8). https://doi.org/10.3390/jpm11080746

Déry, J., Poulin, A. et Morin, C. (2019). *La réadaptation cognitive pour l'autonomisation des aînés présentant des troubles neurocognitifs* [document inédit]. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec.

Evans, I. E. M., Martyr, A., Collins, R., Brayne, C. et Clare, L. (2019). Social isolation and cognitive function in later life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, *70*(s1), S119S144. https://doi.org/10.3233/JAD-180501

Evans, S., Bray, J. et Brooker, D. (2021). How meeting centres continue to support people affected by dementia: Report on UK COVID-19 impact. *Working with Older People: Community Care Policy & Practice*, *25*(4), 283293.

Farhang, M., Miranda-Castillo, C., Behrens, M. I., Castillo, E., Mosquera Amar, S. et Rojas, G. (2021). Impact of social isolation and coping strategies in older adults with mild cognitive impairment during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Aging & Mental Health*. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1958145

Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale "Modèle de développement humain–Processus de production du handicap" (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, *21*(235), 1519. https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003

Gan, J., Liu, S., Wu, H., Chen, Z., Fei, M., Xu, J., Dou, Y., Wang, X. et Ji, Y. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on Alzheimer's disease and other dementias. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 703481. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.703481

García Santelesforo, R., Rodríguez Del Rey, T., Pérez-Sáez, E. et Peláez Hernández, B. (2022). Impact of confinement measures due to the COVID-19 pandemic on people living with dementia and their caregivers in Spain. *Health & Social Care in the Community*. https://doi.org/10.1111/hsc.13960

Hoel, V., Zweck, C. von, Ledgerd, R. et World Federation of Occupational Therapists. (2021). The impact of COVID-19 for occupational therapy: Findings and recommendations of a global survey. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, *77*(2), 6976. https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1855044

Institut national de santé publique du Québec., Leclair, V., Lévesque, J., Poitras, D., Robitaille, É. et Tourigny, A. (2020). *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes ainées en contexte de pandémie*. Direction du développement des individus et des communautés. Institut national de santé publique du Québec; Santécom. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/126840.pdf

Kostyál, L. Á., Széman, Z., Almási, V. E., Fabbietti, P., Quattrini, S., Socci, M. et Gagliardi, C. (2022). The impact of COVID-19 on the health and experience of the carers of older family members living with dementia: An italian-hungarian comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9), 5329. https://doi.org/10.3390/ijerph19095329

Kumar, A. et Salinas, J. (2021). The long-term public health impact of social distancing on brain health: Topical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(14). https://doi.org/10.3390/ijerph18147307

Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, *5*(1), 69. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69

LeVasseur, A. L. (2021). Effects of social isolation on a long-term care resident with dementia and depression during the COVID-19 pandemic. *Geriatric Nursing (New York)*, *42*(3), 780781. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.007

Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S. et Tremblay, L. (2021). Scoping study of definitions of social participation: Update, co-construction of an interdisciplinary consensual definition, and exploration of the influence of international health policies. *Age and Ageing*, *51*(2), afab215. https://doi.org/10.1093/ageing/afab215

Manca, R., De Marco, M., Colston, A., Raymont, V., Amin, J., Davies, R., Kumar, P., Russell, G., Blackburn, D. J. et Venneri, A. (2022). The impact of social isolation due to the COVID-19 pandemic on patients with dementia and caregivers. *Acta Neuropsychiatrica*, 16. https://doi.org/10.1017/neu.2022.12

Manca, R., De Marco, M. et Venneri, A. (2020). The impact of COVID-19 infection and enforced prolonged social isolation on neuropsychiatric symptoms in older adults with and without Dementia: A review. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 585540. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585540

Meléndez, J. C., Satorres, E., Redondo, R., Escudero, J. et Pitarque, A. (2018). Wellbeing, resilience, and coping: Are there differences between healthy older adults, adults with mild cognitive impairment, and adults with Alzheimer-type dementia? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *77*, 3843. https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.004

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., … Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, *151*(4), 264269. https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). *Position de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec quant à l'opportunité d'intégrer la réadaptation cognitive aux orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs*. https://www.oeq.org/DATA/ACTUALITE/27~v~readaptationcognitive_tncm_positionoeq_mars2020.pdf

Okamoto, S. et Kobayashi, E. (2021). Social isolation and cognitive functioning: A quasi-experimental approach. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(7), 14411451. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa226

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2021). *Rapport mondial de situation sur l'action de santé publique contre la démence : résumé d'orientation*. Organisation mondiale de la santé. https://apps.who.int/iris/handle/10665/350992

Pai, N. et Vella, S.-L. (2021). COVID-19 and loneliness: A rapid systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(12), 1144-1156. https://doi.org/10.1177/00048674211031489

Palermo, G., Tommasini, L., Baldacci, F., Del Prete, E., Siciliano, G. et Ceravolo, R. (2020). Impact of coronavirus disease 2019 pandemic on cognition in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, *35*(10), 17171718. https://doi.org/10.1002/mds.28254

Panerai, S., Prestianni, G., Musso, S., Muratore, S., Tasca, D., Catania, V., Gelardi, D. et Ferri, R. (2020). The impact of COVID-19 confinement on the neurobehavioral manifestations of people with major neurocognitive disorder and on the level of burden of their caregivers. *Life Span and Disability*, *23*(2), 303320.

Petretto, D. R. et Pili, R. (2020). Ageing and COVID-19: What is the role for elderly people? *Geriatrics*, *5*(2), 25. https://doi.org/10.3390/geriatrics5020025

Rainero, I., Bruni, A. C., Marra, C., Cagnin, A., Bonanni, L., Cupidi, C., Laganà, V., Rubino, E., Vacca, A., Di Lorenzo, R., Provero, P., Isella, V., Vanacore, N., Agosta, F., Appollonio, I., Caffarra, P., Bussè, C., Sambati, R., Quaranta, D., … Ferrarese, C. (2021). The impact of COVID-19 quarantine on patients with dementia and family caregivers: A nation-wide survey. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *12*. https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.625781

Resnick, B., Galik, E., Holmes, S. et McPherson, R. (2021). The impact of COVID-19 in an assisted living community. *Geriatric Nursing (New York)*, *42*(5), 11511155. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.08.005

Rising, K. L., Salcedo, V. J., Amadio, G., Casten, R., Chang, A., Gentsch, A., O'Hayer, C. V., Sarpoulaki, N., Worster, B. et Gerolamo, A. M. (2022). Living through the pandemic: The voices of persons with dementia and their caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, *41*(1), 3035.

Roach, P., Zwiers, A., Cox, E., Fischer, K., Charlton, A., Josephson, C. B., Patten, S. B., Seitz, D., Ismail, Z. et Smith, E. E. (2021). Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on well-being and virtual care for people living with dementia and care partners living in the community. *Dementia (London, England)*, *20*(6), 20072023. https://doi.org/10.1177/1471301220977639

Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Fossberg, M. et Eriksen, S. (2021). The COVID-19 pandemic as experienced by the spouses of home-dwelling people with dementia–A qualitative study. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 583. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02551-w

Shea, Y. F., Shum, C. K., Wan, W. H. et Chan, M. M. K. (2020). Worsening behavioural and psychological symptoms of dementia during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, *20*(6), 916917. https://doi.org/10.1111/psyg.12608

Simonetti, A., Pais, C., Jones, M., Cipriani, M. C., Janiri, D., Monti, L., Landi, F., Bernabei, R., Liperoti, R. et Sani, G. (2020). Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: Definition, treatment, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 579842. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.579842

Smaling, H. J. A., Tilburgs, B., Achterberg, W. P. et Visser, M. (2022). The impact of social distancing due to the COVID-19 pandemic on people with dementia, family carers and healthcare professionals: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1). https://doi.org/10.3390/ijerph19010519

Soldevila-Domenech, N., Forcano, L., Boronat, A., Lorenzo, T., Piera, I., Puig-Pijoan, A., Mateus, J., González de Echevarri Gómez, J. M., Knezevic, I., Soteras, A., Fauria, K., Pizarro, N., Molinuevo, J. L. et de la Torre, R. (2021). Effects of COVID-19 home confinement on mental health in individuals with increased risk of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, *79*(3), 10151021. https://doi.org/10.3233/JAD-201408

Statistique Canada. (2021). *Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires*. *91*, 71.

Statistique Canada. (2019). *Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043)*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2019001/hi-fs-fra.htm

Suárez-González, A., Rajagopalan, J., Livingston, G. et Alladi, S. (2021). The effect of COVID-19 isolation measures on the cognition and mental health of people living with dementia: A rapid systematic review of one year of quantitative evidence. *eClinicalMedicine*, *39*, 101047. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101047

Talbot, C. V. et Briggs, P. (2021). 'Getting back to normality seems as big of a step as going into lockdown': The impact of the COVID-19 pandemic on people with early to middle stage dementia. *Age and Ageing*, *50*(3), 657-663.

Thivierge, S., Jean, L. et Simard, M. (2014). A randomized cross-over controlled study on cognitive rehabilitation of instrumental activities of daily living in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(11), 11881199. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.008

Tondo, G., Sarasso, B., Serra, P., Tesser, F. et Comi, C. (2021). The Impact of the COVID-19 pandemic on the cognition of people with dementia. *International journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(8). https://doi.org/10.3390/ijerph18084285

Tsapanou, A., Zoi, P., Kalligerou, F., Blekou, P. et Sakka, P. (2021). The effect of prolonged lockdown due to COVID-19 on greek demented patients of different stages and on their caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease*, *83*(2), 907913. https://doi.org/10.3233/JAD-210702

Tsatali, M., Moraitou, D., Poptsi, E., Sia, E., Agogiatou, C., Gialaouzidis, M., Tabakis, I.-M., Avdikou, K., Bakoglidou, E., Batsila, G., Bekiaridis-Moschou, D., Chatziroumpi, O., Diamantidou, A., Gavra, A., Kouroundi, E., Liapi, D., Markou, N., Ouzouni, F., Papasozomenou, C., … Tsolaki, M. (2021). Are there any cognitive and behavioral changes potentially related to quarantine due to the COVID-19 pandemic in people with mild cognitive impairment and AD dementia? A longitudinal study. *Brain Sciences*, *11*(9). https://doi.org/10.3390/brainsci11091165

Tsiakiri, A., Vlotinou, P., Terzoudi, A., Heliopoulos, I. et Vadikolias, K. (2022). Cognitive, functional, and emotional changes during the COVID-19 pandemic in greek patients with neurocognitive disorders. *Journal of Alzheimer's Disease*. https://doi.org/10.3233/JAD-220118

Tuijt, R., Frost, R., Wilcock, J., Robinson, L., Manthorpe, J., Rait, G. et Walters, K. (2021). Life under lockdown and social restrictions–The experiences of people living with dementia and their carers during the COVID-19 pandemic in England. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 301. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02257-z

Vernuccio, L., Sarà, D., Inzerillo, F., Catanese, G., Catania, A., Vesco, M., Cacioppo, F., Dominguez, L. J., Veronese, N. et Barbagallo, M. (2022). Effect of COVID-19 quarantine on cognitive, functional and neuropsychiatric symptoms in patients with mild cognitive impairment and dementia. *Aging Clinical and Experimental Research*. https://doi.org/10.1007/s40520-022-02113-z

Vik-Mo, A. O., Giil, L. M., Ballard, C. et Aarsland, D. (2018). Course of neuropsychiatric symptoms in dementia: 5-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*(10), 1361-1369. https://doi.org/10.1002/gps.4933

Viscogliosi, C., Desrosiers, J. et Belleville, S. (2019). Optimizing participation of older adults with cognitive deficits post-stroke: Types of help and caregiver burden. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*, *38*(02), 222235. https://doi.org/10.1017/S0714980818000521

Wong, Y.-L., Cheng, C. P.-W., Wong, C. S.-M., Wong, S.-N., Wong, H.-L., Tse, S., Wong, G. H.-Y. et Chan, W.-C. (2021). Cognitive stimulation for persons with dementia: A systematic review and meta-analysis. *East Asian Archives of Psychiatry*, *31*(3), 5566. https://doi.org/10.12809/eaap2102

World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/344701

Yuill, N. et Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: An occupational therapy perspective. *Occupational Therapy International*, *18*(4), 163186. https://doi.org/10.1002/oti.315

Volume 9, Numéro 1 | 2023

VU POUR VOUS

ERGOTHÉRAPIE ET TRANSITION ÉCOLOGIQUE : TENSIONS ET POSSIBLES CONFÉRENCE DE MARIE-JOSÉE DROLET DU 10 NOVEMBRE 2022 LAUSANNE, SUISSE

Clarisse Mottaz[1]

[1] *Ergothérapeute, BSc, étudiante au master en sciences de la santé, Haute École spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : clarisse.mottaz@hetsl.ch

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.246

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

CC BY NC SA

Marie-Josée Drolet s'intéresse aux enjeux climatiques liés à la pratique de l'ergothérapie depuis plusieurs années. En tant que professeure titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), elle a donné une conférence intitulée « Ergothérapie et transition écologique : tensions et possibles » en novembre 2022 à la Haute École de travail social et de la santé de Lausanne (HETSL), en Suisse, organisée par la section Vaud de l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE-Vaud) et le réseau Occupations Humaines et Santé (OHS). Voici un bref compte rendu avec des pistes pour l'avenir.

L'intérêt de la Pre Drolet pour l'écologie a émergé en 2018, lors d'une rencontre avec Sarah Thiébaut-Samson, ergothérapeute et co-fondatrice du Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE, 2017). Selon la Pre Drolet, il est pertinent de parler d'écologie en ergothérapie, car les ergothérapeutes sont conscient·e·s, grâce à leur expertise, de l'impact des occupations sur le changement climatique. Ils et elles doivent accompagner les personnes vers une transition occupationnelle et faire partie du changement. Toutefois, pour parvenir à cette transition, la profession doit évoluer vers un nouveau paradigme.

La Fédération internationale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapy [WFOT]) a mis à l'honneur les enjeux de durabilité en proposant plusieurs sessions de conférences sur la thématique lors du 18e congrès de la WFOT à Paris en 2022. Malgré un intérêt grandissant, il existe un écart entre les idées émergentes et la réalité de la pratique, encore majoritairement centrée sur la santé avec une approche biomédicale.

Actuellement, il n'y a pas de réflexion collective ni de positionnement clair sur la place de l'éco-responsabilité dans la profession d'ergothérapeute. Individuellement, l'ergothérapeute peut difficilement agir. La Pre Drolet estime qu'il y a une urgence à agir et que les associations faîtières doivent se positionner. Pour devenir agent·e de changement, l'ergothérapeute peut se relier à d'autres personnes déjà engagées. Il existe à travers le monde plusieurs réseaux de développement durable, comme la Communauté ergothérapeutique engagée pour l'équité et l'environnement (C4E, s. d.), créée par la Pre Drolet au Canada, le groupe Occupational Therapists for Environmental Action (OTEA, s. d.) aux États-Unis, le R2DE mentionné ci-dessus ou le groupe Ergo-éco, fondé en 2020 en Suisse romande (Fédération romande de l'animation socioculturelle, 2023).

En ergothérapie, il est recommandé d'adopter une pratique centrée sur le ou la client·e (PCC). Cependant, la Pre Drolet explique qu'il existe un enjeu éthique à considérer entre la sécurité de la population et la liberté individuelle, surtout en matière d'éco-responsabilité. Parce que la crise climatique semble moins imminente, devrions-nous imposer la responsabilité environnementale à notre clientèle ? Est-ce du paternalisme ? Les limites de la PCC devraient-elles être repensées ? Des approches conscientisantes, éducatives, politiques ou communautaires pourraient être mises en place pour favoriser le développement durable en ergothérapie. Chaque citoyen·ne peut participer, mais les personnes les plus vulnérables ne doivent pas être les seules à devoir agir, car la société n'est pas conçue pour encourager la responsabilité environnementale. Les principales sources de consommation, comme le système de santé, devraient être examinées en premier.

La Pre Drolet a proposé plusieurs actions et avancées en ergothérapie et en sciences de l'occupation, en recherche, en enseignement, en pratique clinique et au niveau des associations et des gouvernements.

Au niveau de la recherche en ergothérapie et en sciences de l'occupation, la communauté est active. La Pre Drolet a écrit plusieurs articles sur la durabilité et la transition écologique, notamment sur la justice et les droits occupationnels intergénérationnels (Drolet *et al.*, 2020) ainsi que sur les pratiques adoptées ou envisagées par des ergothérapeutes francophones du Québec pour favoriser le développement durable au sein de la profession (Lafond et Drolet, 2021). Une étude exploratoire sur la durabilité environnementale dans la littérature anglophone sur les sciences de l'occupation et l'ergothérapie a été publiée en 2022 (Lieb, 2022).

En ce qui concerne l'enseignement, peu d'heures sont consacrées à la durabilité dans les programmes d'études des ergothérapeutes. Au Canada, trois heures sont dédiées à la durabilité, ainsi qu'un cours à option. Au niveau du master canadien, des étudiant·e·s réalisent leur travail de mémoire sur la durabilité. En Suisse romande, à la HETSL, le nouveau programme d'étude-cadre a prévu un axe d'enseignement consacré à la durabilité. De plus en plus de sujets de travaux de bachelors ou de masters suisses s'intéressent à la durabilité. La Pre Drolet ajoute qu'il faudrait changer la vision actuelle de l'environnement en ergothérapie qui, à part le modèle Kawa (Iwama, 2006), reste anthropocentrée et non écocentrée.

Dans la pratique, il est urgent d'agir pour faire face aux défis écologiques et sociaux qui nous attendent. Plusieurs projets ont vu le jour pour répondre à cette urgence, comme un projet de l'UQTR qui consiste à élaborer des fiches écologiques pour aider les organisations à gérer de manière durable l'eau et les ressources naturelles, réduire leur empreinte carbone, utiliser des matériaux durables, prodiguer des conseils et un accompagnement pour les personnes souffrant d'éco-anxiété, etc. Le projet prévoit également des fiches d'évaluation de la durabilité pour les repas.

En Suisse romande, une formation continue a été lancée en avril 2023 pour développer une pratique épanouissante en santé sociale dans le contexte de la transition écologique, sociale et sociétale (ergoTERREapie, s. d.). Dans les organisations et institutions, des pistes d'actions, telles que repenser l'économie de manière circulaire, viser une décroissance en s'engageant dans des activités positives pour l'environnement et la santé, sont à explorer. Les idées de projets ne manquent pas, comme reboiser les villes, organiser des activités régénératrices de l'environnement avec des personnes en situation de marginalité (Algado et Townsend, 2015), soutenir des groupes souffrant d'éco-anxiété et organiser des activités en pleine nature.

Cependant, pour convaincre les gouvernements de l'efficacité et de la valeur ajoutée de ces solutions, il est nécessaire de mener des études approfondies. Selon la Pre Drolet, une société plus égalitaire bénéficie d'environnements plus sains et fait donc face à moins de problèmes de santé. Les associations professionnelles d'ergothérapie nationales, ainsi que la WFOT, doivent également prendre position et soutenir le nouveau rôle de l'ergothérapeute en tant qu'acteur et actrice du changement. Il est crucial

de reconnaître que la crise climatique est la plus grande menace à la santé, et que les professionnels de la santé doivent être intégrés aux décisions politiques.

La Pre Drolet rappelle qu'historiquement l'ergothérapie a été intégrée au système de santé, mais qu'il est temps de se demander si la profession appartient vraiment à ce système. En quatre ans, les mentalités ont beaucoup évolué et il y a moins de scepticisme de la part des ergothérapeutes, peut-être en raison d'une meilleure sensibilisation de la population et d'un intérêt grandissant pour les publications scientifiques. Elle conclut sa conférence en disant qu'il est maintenant temps d'agir collectivement, en rassemblant les associations faîtières, les gouvernements, les communautés de pratique et en favorisant la collaboration entre le milieu universitaire et les milieux de pratique pour répondre aux défis de la transition écologique et sociale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Drolet, M.-J., Désormeaux-Moreau, M., Soubeyran, M. et Thiébaut, S. (2020). Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. *Journal of Occupational Science*, *27*(3), 417-431. https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148

ErgoTERREapie. (s. d.). *Développer une pratique épanouissante en santé-social dans un contexte de transition écologique, sociale et sociétale*. Consulté le 21 avril 2023. https://ergoterreapie.ch/formation-continue-des-professionnel-le-s-sante-social-developper-une-pratique-professionnelle-epanouissante-dans-un-contexte-de-transition-ecologique-sociale-et-societale/

Fédération romande de l'animation socioculturelle. (2023). Événements 2023 du Groupe ergo-éco. *federanim*. https://federanim.ch/evenements-2023-du-groupe-ergo-eco/

Iwama, M. K. (2006). *The kawa model: Culturally relevant occupational therapy*. Elsevier Health Sciences.

Lafond, V. et Drolet, M.-J. (2021). *Les pratiques professionnelles durables d'ergothérapeutes du Québec /Sustainable professional practices of occupational therapists from Quebec* [Application/pdf]. https://doi.org/10.13096/RFRE.V7N2.198

Lieb, L. C. (2022). Occupation and environmental sustainability: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, *29*(4), 505-528. https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1830840

Occupational Therapists for Environmental Action. (s. d.). *Occupational Therapists for Environmental Action*. Consulté le 21 avril 2023. https://www.otenvironmentalaction.com

Réseau pour le développement durable en ergothérapie. (2017). *Accueil*. r2dergo. https://r2dergo.wixsite.com/r2de

Simó Algado, S. et Ann Townsend, E. (2015). Eco-social occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, *78*(3), 182-186. https://doi.org/10.1177/0308022614561239

Volume 9, Numéro 1 | 2023

VU POUR VOUS

ENJEUX SOCIÉTAUX, DÉCOLONIALISME ET OUVERTURE SCIENTIFIQUE : CONGRÈS INAUGURAL DE LA « WORLD OCCUPATIONAL SCIENCE CONFERENCE » DE 2022 À VANCOUVER

Sophie Albuquerque[1], **Pedro H. Albuquerque**[2], **Romain Bertrand**[3]

[1] *Ergothérapeute, MScOT, doctorante à l'Université du Québec à Trois-Rivières (Canada), Enseignante à l'École des sciences de la réadaptation de la Faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix-Marseille Université (AMU) (France)*

[2] *Ingénieur en électronique et chercheur en sciences économiques, PhD, Aix-Marseille Université, Aix-Marseille School of Economics (AMSE), Centre national de la recherche scientifique (CNRS) (France)*

[3] *Ergothérapeute, PhD., Maître d'Enseignement à la Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Lausanne, (Suisse) ; AGEIS (Autonomie, Gérontologie, E-santé, Imagerie et Société), Université Grenoble-Alpes (France)*

Adresse de contact : sophie.ardenghi.albuquerque@uqtr.ca

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.248

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

CC BY NC SA

La conférence inaugurale mondiale de la science de l'occupation, la World Occupational Science Conference (WOSC), a eu lieu à Vancouver, au Canada, du 18 au 20 août 2022 sur le thème « Occupation and Society : Global to local perspectives for the future » (Occupation et société : Perspectives globales et locales pour le futur). Elle était organisée par le Département des sciences de l'occupation et d'ergothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique (UCB) et par l'International Society for Occupational Science (ISOS). Plusieurs membres de la Société Francophone de Recherche sur les Occupations (SFRO) ont eu la chance d'y présenter leurs recherches, dont Antoine Bailliard (États-Unis), Catherine Vallée et Suzanne Huot (Canada), Anne-Cécile Delaisse, ainsi que les personnes autrices de ce papier.

La Dre Susan Forwell, présidente de la conférence et directrice du département des sciences de l'occupation et d'ergothérapie de l'UCB, a ouvert les festivités en rendant un hommage aux peuples des premières nations Musqeam, Squamish et Tsleil-Waututh, et en exprimant sa gratitude et ses remerciements à utiliser leur territoire non cédé. Doris Fox, représentante des personnes aînées Musqeam et guérisseuse traditionnelle, a, quant à elle, béni cet événement et a invité l'assemblée à promouvoir la paix entre les peuples et le partage entre eux des connaissances produites. Ben Mortenson (Canada) et Sarah Kantartzis (Écosse), les co-présidents du comité de programme, ainsi que Rebecca Aldrich (États-Unis), membre de ce comité, ont suivi en citant les difficultés organisationnelles rencontrées lors de l'organisation de cette conférence et ont salué la mobilisation extraordinaire de personnes et d'organisations qui ont soutenu l'événement. Ils ont finalement remercié toutes les personnes ayant contribué financièrement à la tenue de l'événement par leurs généreux dons.

Près de 250 personnes de 37 pays ont participé à cette conférence, contribuant à 98 présentations orales, 40 présentations par affiche et 7 séances de discussion portant sur différents sujets en lien avec les occupations. Ont ainsi été abordées des thématiques aussi diverses que l'appartenance identitaire et la décolonisation, la migration, la formation initiale des ergothérapeutes, les thématiques d'inclusion occupationnelle vécue par les personnes LGBTQIA2S+, les transitions de vie et de mobilité, les transformations technologiques, l'utilisation de l'espace public et politique pour favoriser l'inclusion, les occupations socialement critiquées ou réprouvées, la retraite, le jeu, ou encore, l'oppression patriarcale.

Les séances plénières ont été honorées de la présence de deux personnes de marque. D'abord le Dr Sridhar Venkatapuram, professeur associé en santé globale et en philosophie au King's College de Londres, est venu parler du rôle que devraient jouer les sciences de l'occupation dans nos sociétés. Le Dr Venkatapuram, qui a travaillé sur le concept de la justice en santé selon une approche par les capabilités, a encouragé les chercheur·es en sciences de l'occupation à s'asseoir à la table des sciences sociales et de la santé afin de défendre les liens entre la santé et les déterminants personnels et sociaux. La deuxième conférencière plénière était présentée par la Dre Lilian Magalhães, qui poursuit sa carrière académique entre le Brésil et le Canada. Elle est actuellement professeure adjointe à l'Universidade Federal de São Carlos (Brésil) et professeure *emeritus* à la University of Western Ontario (Canada). Elle a présenté une rétrospective de ses recherches fondées sur des perspectives novatrices et critiques en science de l'occupation et en

ergothérapie. Elle a livré le témoignage d'une vie à la fois critique et optimiste sur l'intersectionnalité, la justice occupationnelle et le féminisme, au regard de l'héritage colonial de la connaissance. Elle nous a offert une perspective des rencontres qu'elle a pu faire au gré de ses recherches, évoquant comment des personnes racialisées et opprimées avaient touché sa vie et celles de ses collègues en recherche, et comment ces rencontres lui ont permis de développer une méthodologie du récit par la cartographie corporelle. Cette méthodologie a été mise en valeur par son propre récit familial, où elle a décrit comment les valeurs transmises par ses parents l'ont aidée à prendre sa place dans le monde, et ce, à travers les langues, les continents et les diversités épistémologiques. Enfin, comme elle l'a rappelé, Lilian a été une militante de l'ouverture du *Journal of Occupational Science* (*JOS*) aux « voix du Sud » et à la publication en langues autres que l'anglais pour la production des savoirs en science de l'occupation et en ergothérapie.

Au cours des trois jours de la conférence, les présentations de recherches effectuées en sciences de l'occupation ont été nombreuses et variées. L'objectif principal de cette conférence était de mettre au défi les organismes scientifiques étudiant l'occupation de répondre aux besoins sociaux à la fois d'un point de vue local et mondial. Le comité organisateur a été heureux d'avoir reçu, à cet égard, des soumissions de cinq continents. Dans un effort pour décoloniser la production des savoirs de leur héritage centré sur l'Occident et le monde anglophone, 20 % des présentations ont également offert leurs résumés dans une autre langue, telle que l'espagnol, le japonais, le français, l'allemand et le portugais.

Le reste de ce «Vu pour vous » donne un portrait d'ensemble de certaines des questions discutées. Vous pouvez retrouver tous les résumés des présentations, des affiches et des séances de discussion sur https://med-fom-wosc.sites.olt.ubc.ca/files/2022/08/WOSC-2022_Conference_Abstracts.pdf. L'ensemble des résumés ont été également publiés dans une édition spéciale du *Journal of Occupational Science* (International Society of Occupational Science, 2022), disponible sur https://www.tandfonline.com/toc/rocc20/29/sup1.

LA DÉCOLONISATION DES OCCUPATIONS ET DES SAVOIRS

Plusieurs exposés ont abordé le point de vue de la décolonisation des connaissances sur l'occupation. En effet, les différentes personnes invitées ont cherché à montrer l'intérêt de déconstruire les savoirs dominants, souvent occidentaux, mais également d'offrir des perspectives méthodologiques innovantes qui permettent de soutenir la diversité de la production de connaissances.

Mandy Stanley et Trish Cain (Australie) ont, par exemple, présenté l'intérêt d'utiliser de grandes banques de données (*big data*) pour explorer de manière qualitative les phénomènes humains liés aux occupations. Pour cela, elles ont analysé les données publiques de la Commission royale australienne sur l'évaluation du risque ou de la sécurité chez les personnes aînées résidant en structures médicalisées. Par une analyse du discours sur les risques, elles ont constaté que ces personnes priorisaient la sécurité dans le choix de leurs occupations, et ce, au détriment de leur qualité de vie. Tim Barlott

(Canada), quant à lui, a montré que l'usage de la honte pouvait être un moteur pour créer de nouveaux espaces de recherche. Clare Hocking (New Zealand) a, elle, présenté les intérêts de la science de l'occupation pour la promotion de la santé des personnes non WEIRD (*white, educated, industrialized, rich and democratic*), vu que ces dernières restent des groupes sous-représentés dans les études réalisées dans la discipline.

Sayoko Kawabata (Japon) a discuté de l'évolution de la science de l'occupation au Japon, avec une étude de la portée démontrant que, malgré un fort intérêt de la recherche japonaise sur l'occupation, la connaissance contextualisée des occupations au Japon reste à être développée pour enrichir la pratique de l'ergothérapie. Le désir, la corporalité ont été également abordés par Tim Barlott (Canada) par l'exploration de la passion et de la créativité, via des moyens non conventionnels de production des savoirs, notamment non écrits. De son côté, Antoine Bailliard (États-Unis – membre de la SFRO) a proposé l'utilisation d'approches méthodologiques sensorielles pour mieux étudier et représenter les processus occupationnels qui restent habituellement dissimulés aux approches verbales et textuelles traditionnelles telles que l'entretien ou les discussions focalisées de groupe. Finalement, Rudolfo Morrisson (Chili) et Lisette Farias (Suède) ont pour leur part mené une séance de discussion sur la promotion d'un dialogue critique portant sur la décolonisation de la production des savoirs au sein de la science de l'occupation et sur leur (re)construction épistémologique et théorique selon des savoirs locaux et globaux.

LES INJUSTICES OCCUPATIONNELLES

Pour le thème des injustices occupationnelles, Claire Hart (Royaume-Uni) est venue présenter certains de ses travaux. À travers sa recherche, elle a constaté que le pouvoir d'une personne d'exercer le choix d'une occupation est fondamental pour sa motivation, sa performance et sa perception de la signifiance de l'occupation. Elle a toutefois soulevé que le choix occupationnel reste influencé par une série de facteurs personnels et structuraux qui déterminent les possibilités occupationnelles. Ces influences engendrent une grande variété d'injustices susceptibles d'empêcher le libre choix de l'occupation, tel que dans le cas de migrations forcées ou de maladies, qui représentent des événements perturbateurs du parcours biographique initial.

L'APPARTENANCE ET LA CITOYENNETÉ

Pour le thème de l'appartenance et de la citoyenneté, Sarah Kantartzis (Royaume-Uni) est venue présenter une recension des écrits qu'elle a menée sur la conceptualisation de la citoyenneté en science de l'occupation. Elle a ainsi pu montrer que le concept est profondément ancré dans des perspectives historiques et philosophiques occidentales. Selon elle, la nature politique et morale intrinsèque de la citoyenneté nous permet de mieux comprendre la vie quotidienne des gens à travers le monde. Toujours dans cette thématique, Suzanne Huot (Canada) et Anne-Cécile Delaisse (France), toutes les deux membres de la SFRO, ont présenté leurs travaux sur la migration et les espaces

inclusifs dans les contextes de diversité de populations et d'appartenance, au Canada et en France. Dans leurs travaux, elles se sont intéressées au point de vue des minorités migratoires ou de langues, comme la population francophone canadienne. Elles ont pu souligner la nécessité de prendre en compte les politiques qui promeuvent l'appartenance sociale dans la conception des espaces liés à la réalisation des occupations collectives. D'après elles, l'absence de ces espaces de participation se reflète notamment dans le confinement d'occupations à l'intérieur de la sphère privée, et donc à une forme d'isolement.

LES OCCUPATIONS SOCIALEMENT CRITIQUÉES OU RÉPROUVÉES

Pour le thème des occupations socialement critiquées ou réprouvées, Crystal Dieleman (Canada) a rappelé que les occupations socialement critiquées ou condamnées sont encore peu reconnues et étudiées en science de l'occupation. De ce fait, elle a souligné que la criminologie pouvait être un champ d'application de la science de l'occupation, fondé sur la perspective occupationnelle et les modèles de justice, en particulier. Niki Kiepek (Canada), de son côté, a présenté une approche critique et genrée à la criminalisation de trois occupations socialement critiquées ou réprouvées : l'aide apportée aux personnes réfugiées, la prostitution et la culture de produits illicites. Selon elle, les occupations peuvent être jugées moralement mauvaises (*mala in se*), ou interdites pour promouvoir le bien-être social (*mala prohibita*). Or, les occupations principalement touchées par les lois *mala prohibita* pénalisent principalement les groupes de population vulnérables. Kiepek suggère ainsi d'analyser les occupations illégales selon l'expérience des personnes qui s'y engagent, afin de mieux comprendre comment la criminalisation des occupations peut discriminer ces populations tout en renforçant les structures dominantes du pouvoir. Afsaneh Taei (Suède) a, quant à elle, apporté une perspective occupationnelle sur l'expérience des personnes vieillissantes vivant dans les quartiers défavorisés de Stockholm. Elle s'est intéressée à l'impact de leur lieu de vie sur leurs occupations et leur sentiment de sécurité. Elle a constaté que certaines personnes aînées subissent une aliénation occupationnelle en restreignant leurs sorties, alors que d'autres personnes trouvent un sens à s'engager dans la lutte contre cette criminalité.

LES TRANSITIONS

Les transitions de vie et les occupations fondées sur les nouvelles technologies ont été abordées à plusieurs reprises lors de ce congrès. Par exemple, Marco Seegers et Kathrin Ehmann (Allemagne) ont expliqué comment, en raison de la numérisation des organisations de travail et de l'évolution technologique, différents changements de compétences seront requis dans la réalisation des tâches liées au travail. En écho à ces préoccupations quant à l'avenir du travail, Sophie Albuquerque et Pedro H. Albuquerque, économiste, ont présenté une proposition post-travailliste de l'épanouissement humain fondé sur la valorisation des occupations et non plus du travail comme indicateur de richesse. De son côté, Thomas Morgenthaler (Suisse) a exploré la relation transactionnelle personne-environnement dans l'utilisation des aires de jeux, selon la

théorie des affordances. Selon lui, cette perspective illustre l'intérêt d'élargir la compréhension des occupations en s'intéressant à la signification fonctionnelle co-construite par la personne avec son environnement. Enfin, Romain Bertrand a présenté les résultats d'une étude qualitative descriptive portant sur l'expérience vécue par les couples qui font face à une atteinte sensorielle chez l'un des partenaires. Entre autres, il a mis en évidence que les occupations collectives des couples, qu'elles concernent une personne ou les deux partenaires, étaient perturbées à la suite de l'apparition ou de l'aggravation de la déficience, amenant ainsi les couples à entrer dans un processus de reconfiguration de ces occupations pour assumer leur continuité ainsi que celle de leur relation.

Les Jeux

Pour le thème des jeux, Karen McCarthy (États-Unis) a montré que, si les jeux comme occupation sont fréquemment étudiés dans le domaine des enfants, cela n'est pas le cas pour les adultes, alors que le jeu représente une occupation importante pour toutes les tranches d'âge.

De son côté, Shasta Rice (États-Unis) s'est intéressée, lors de son doctorat, aux jeux de rôle en ligne massivement multijoueurs (*Massively multiplayer online role-playing games* ou MMORPG) et à la qualité des transactions qui y ont lieu. Elle a pu montrer les aspects porteurs et les vecteurs de sens en lien avec cette participation, en dépit des préjugés associés à ce type d'occupations, souvent vues comme asociales.

Pour finir, le public a pu prendre connaissance des résultats préliminaires respectifs des huit premiers doctorats européens en sciences de l'occupation ayant démarré en 2021. Ces doctorats, portés par les fonds européens Horizon 2020, s'inscrivent dans le cadre du projet P4Play (pour *People, Place, Policy and Practice* dans le jeu) qui s'intéresse à l'étude des politiques publiques et des aspects d'accessibilité spatiale, technologique, et de design universel dans les jeux pour enfants. C'est notamment le cas dans la recherche d'Allison Mula, une des huit doctorantes du projet, sur la construction du genre chez les enfants à travers le jeu et l'espace, dont vous pouvez retrouver la capsule informative sur https://youtu.be/-0XKL8qMwXI. Les deux chercheuses principales de P4Play, la professeure Jeanne Jackson et la Dre Helen Lynch (Irlande), ont souligné l'envergure de cette collaboration européenne inédite, qui est portée par le consortium de quatre universités, écossaise (Université de la Reine Margaret), irlandaise (Université de Cork), suédoise (Université de Lulea) et suisse (Université de Sciences appliquées de Zürich). Vous pouvez retrouver plus de détails sur les présentations et les informations liées aux projets de recherche de P4Play sur https://www.p4play.eu/.

Clôture du congrès

Pour clore ce congrès, les participants ont assisté à une pièce dirigée par Tal Jarus, Laura Bulk et Laen A. D. Hershler (Canada), intitulée *Alone in the ring*, résultat d'une

recherche menée par et pour le corps étudiant et clinicien en situation de handicap dans le champ de la santé. Leurs témoignages, en tant que personnes chercheuses et artistes, mettaient en scène la réalité encore prégnante du validisme et des préjugés au sein des formations en santé et de la pratique en ergothérapie. Le public a pu interagir pour développer le dialogue sur les besoins des personnes vivant dans des situations de discrimination.

CONCLUSION

Les sciences de l'occupation célèbrent leurs trente-cinq années d'existence. La communauté scientifique actuelle y contribue de façon dynamique et continue d'affirmer la spécificité et la légitimité de ce domaine de recherche tout en poursuivant la diversification des connaissances. Nous repartons de ce congrès avec le sentiment que, comme le déclarait Sridhar Venkatapuram en début de congrès, les sciences de l'occupation doivent avoir une place dans le débat scientifique, pour mieux informer les politiques sociales et de santé.

Néanmoins, la communauté scientifique qui s'intéresse aux sciences de l'occupation demeure limitée et essentiellement composée d'ergothérapeutes. Ainsi, au-delà du besoin d'un débat critique sur la production des savoirs, il reste à notre communauté scientifique de sortir de ses propres limites, de développer son pouvoir d'agir et de collaborer transversalement avec d'autres disciplines, afin d'offrir des théories et des cadres conceptuels pertinents pour soutenir la justice sociale et occupationnelle des populations.

Ce travail a bénéficié d'une aide de l'État opérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du plan d'investissement France 2030 portant la référence ANR-17-EURE-0020 et de l'Initiative d'Excellence d'Aix-Marseille Université - A* MIDEX.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

International Society of Occupational Science. (2022). Inaugural World Occupational Science Conference. Occupation and Society: Global to Local Perspectives for the Future, *Journal of Occupational Science, 29*:sup1, S1-S116, https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2111001

Volume 9, Numéro 1 | 2023

RÉSUMÉS DU JOS

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.

SÉLECTIONNÉ POUR VOUS PAR LÉA NUSSBAUMER[1]

Parmi la grande diversité de provenance des onze articles parus dans le JOS au cours du printemps dernier, nous vous invitons en Allemagne afin de réfléchir au tabagisme comme occupation à la fois signifiante et nocive pour la santé. Le résumé suffit à mettre en tension les liens entre bien-être et santé et permet de remettre en question nos propres postures face à cette occupation. Au-delà du tabagisme, qu'en est-il de notre rapport à toutes ces autres occupations qui ont des répercussions plus ou moins directes sur la santé individuelle et collective : fumer, boire de l'alcool, voyager en avion, manger de la viande ou encore bronzer ? Ce résumé nous incite à réfléchir au-delà des prescriptions traditionnelles en santé et, bien sûr, à lire l'article en entier.

[1] *Ergothérapeute, MSc, Assistante de réseau, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse*

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

doi:10.13096/rfre.v9n1.253

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

CC BY NC SA

Le fruit défendu : une exploration de la construction du sens du tabagisme chez les personnes atteintes de broncho-pneumopathie chronique obstructive (ou maladie pulmonaire obstructive chronique)

Nathalie Gätz, Fenna van Nes et Jesper Lersen Maersk

Contexte : le tabagisme est un facteur de risque évitable de maladies, qui a un impact sur les systèmes socio-économiques et de soins de santé à l'échelle mondiale. Le sens, les objectifs et les valeurs liés à la poursuite du tabagisme après un diagnostic de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) n'ont pas encore été suffisamment explorés d'un point de vue occupationnel. Comprendre les raisons qui expliquent l'engagement dans des occupations nocives ou dommageables pour la santé permet de former une perspective plus inclusive et de poursuivre les discussions sur l'occupation. L'objectif de cette étude était d'explorer la construction de sens concernant l'occupation « fumer du tabac » chez les personnes atteintes de BPCO en Allemagne. Méthodologie : cette étude fait appel à une approche d'analyse phénoménologique interprétative (IPA) pour explorer l'expérience vécue par les personnes atteintes de BPCO qui continuent à fumer. Quatre participants ont été interrogés. Leurs récits ont ensuite été analysés conformément aux lignes directrices de l'IPA. Résultats : trois thèmes ont émergé des données : le tabac est gravé dans la pierre ; le tabac est un fruit défendu ; et il faut porter le sac et les cendres. Fumer est vécu comme une occupation significative, particulièrement appréciée pour la manière dont elle structure la journée. Fumer est une habitude familière qui favorise le bien-être émotionnel, physique et cognitif et contribue au sentiment d'identité. Conclusion : les résultats illustrent l'importance de comprendre les occupations qui ne sont pas associées positivement à la santé physique et au bien-être en raison de leur nature dommageable. Les résultats de cette étude suggèrent que les occupations n'ont pas besoin d'être favorables à la santé, productives ou raisonnables pour être signifiantes pour les individus – le sens est construit par les perceptions subjectives de plaisir, d'amusement et de bien-être ainsi que par l'expérience d'un sentiment de restauration et de récompense lorsqu'on s'y adonne.

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

Algado, S. S. (2023). Occupational ecology: An emerging field for occupational science. *Journal of Occupational Science, 0*(0), 1-13. https://doi.org/10.1080/14427591.2023.2185278

Asbjørnslett, M., Berg, S. R., Einarsdottir, V. et Skarpaas, L. S. (2023). Stranded in the living room: A narrative study of occupational disruption and imbalance as experienced by two Norwegian students during the COVID-19 pandemic lockdown. *Journal of Occupational Science, 30*(2), 184-195. https://doi.org/10.1080/14427591.2023.2190344

David van der Veen, R., Josephsson, S. et Satink, T. (2022). The experience of sleep: A descriptive phenomenological study of Dutch adults. *Journal of Occupational Science*, 1-17. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2132998

Edgelow, M., Zanatta, A., Williams, A., Hill, S., Tam-Seto, L. et Cramm, H. (2023). Time use during the military-civilian transition: Exploring concepts of occupational disruption, transition and balance. *Journal of Occupational Science*, 1-14. https://doi.org/10.1080/14427591.2023.2211977

Engelbrecht, M., van Niekerk, L. et Shaw, L. (2022). Supported employment for youth with intellectual disability: Promoting occupational justice. *Journal of Occupational Science*, 1-17. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2146159

Gätz, N., van Nes, F. et Maersk, J. L. (2022). Forbidden fruit: An exploration of meaning construction of tobacco smoking of people living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Journal of Occupational Science*, 1-15. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2148722

Hendricks, F., Galvaan, R. et al-Ninowy, S. M. bin Y. (2022). Tensions in describing Muslim religious practices: Insights generated from an Islamic monotheist perspective. *Journal of Occupational Science*, 1-11. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2132997

Lévesque, M. C., Kutcher, A., Roy, L., Linton, P., Trapper, L., Torrie, J. E. et MacDonald, M. E. (2022). Occupational transaction in support of miyupimaatisiiun (wellness): Eeyou/Eenou community voices. *Journal of Occupational Science*, 1-21. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2132999

Sy, M. P., Carrasco, R., Peralta-Catipon, T., Yao, D. P., Dee, V. et Ching, P. E. (2023). Shedding light on hidden Filipino occupations as portrayed by mass media and scholarly resources: A critical interpretive synthesis. *Journal of Occupational Science*, 1-17. https://doi.org/10.1080/14427591.2023.2182348

Taylor, E. (2022). Beyond 'bad' behaviors: A call for occupational scientists to rethink autism. *Journal of Occupational Science*, 1-16. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2136231

Zogogianni, S., Whiteford, G. et Siaperas, P. (2022). Understanding disruptions to children's patterns of occupation and forms of occupational engagement during COVID-19 in Greece: An exploratory study. *Journal of Occupational Science*, 1-13. https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2149051