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

eésp école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

ASSOCIATION DES ERGOTHERAPEUTES

SUPSI

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

Volume 1, Numéro 2 | 2015

EDITORIAL

ÉVOLUER ET S'ADAPTER

Au cours des dernières décennies, le monde de l'ergothérapie a évolué de façon significative. L'ergothérapie est passée d'une vision pratique et analytique à une vision plus réflexive et holistique. Il est intéressant d'illustrer ces constats en examinant la situation en Belgique. À ce propos, l'enquête « État des lieux de l'ergothérapie en Belgique » (Steinberg, 2011), réalisée auprès de 2 998 ergothérapeutes francophones, a permis de ressortir la diversification et l'éloignement des pratiques actuelles par rapport à l'arrêté royal belge de 1996 établissant les actes des ergothérapeutes.

En Belgique, la formation en ergothérapie s'est transformée également. Ainsi, l'enseignement des compétences techniques tend à disparaitre pour être remplacé par des activités significatives répondant mieux au processus de l'ergothérapie, tel qu'il est conçu maintenant. L'introduction de l'*Evidence Based Practice* ou encore de la pratique basée sur les preuves scientifiques (ou données probantes) a révolutionné les cours sur la recherche. Malgré des efforts des professeurs en ergothérapie, cette orientation scientifique n'est pas encore totalement mise en œuvre dans le cursus de la formation initiale des ergothérapeutes belges. Il faut préciser, pour bien comprendre le contexte, que l'absence d'un master francophone en ergothérapie représente un frein au développement de ces connaissances dans la formation initiale. Toutefois, il ne faut pas se tromper, c'est à tous les niveaux et dans tous les secteurs que les ergothérapeutes doivent défendre et promouvoir leurs actes sur la base de données probantes. Par conséquent, il est essentiel d'offrir, dès la formation initiale, une initiation à la recherche. Cette sensibilisation doit transparaître à tous les niveaux de la formation en ergothérapie, que ce soit en classe ou en milieu clinique.

Plusieurs constatations confirment le bien-fondé de cette recommandation. Il suffit de prendre conscience des avancées dans le domaine de la santé, au plan des techniques médicales et paramédicales et donc de l'ergothérapie. Par ailleurs, l'augmentation et la diversification des types d'offres de soins suscitent le besoin et la demande auprès de la population d'offrir des soins de haute qualité. L'augmentation de l'espérance de vie, phénomène mondial, est également un facteur influençant les

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

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

CC BY NC SA

besoins de soins qui à l'avenir ne pourront aller que croissants. Cette situation contribue inéluctablement à l'augmentation des coûts de la santé pour la société. En contrepartie, les textes de loi, au même titre que le secteur actuel des soins de santé, exigent de plus en plus des ergothérapeutes qu'ils démontrent l'efficacité de leurs pratiques. L'initiative de la *RFRE*, qui veut offrir la possibilité d'accéder aisément aux nouvelles connaissances en ergothérapie, s'avère être une contribution judicieuse pour répondre à cette exigence. Dans cette perspective, ce deuxième numéro de la revue fait la part belle aux questions de mobilité. Nul doute que ces articles donneront des idées et des pistes nouvelles pour la recherche et pour la pratique clinique. Car même si des connaissances existent dans la littérature anglophone, elles sont difficilement accessibles, dans leurs nuances, aux ergothérapeutes francophones.

La recherche en ergothérapie demeure un moyen probant pour optimiser les pratiques actuelles et démontrer l'utilité de nos actes. Toutefois, la recherche demande un investissement conséquent à tout individu qui désire se lancer dans cette aventure. Et force est de constater qu'au-delà de la motivation et de la bonne volonté… eh bien, certaines caractéristiques indispensables à cet exercice, comme la rigueur ou la méthodologie, ne peuvent être maitrisées sans formation. Ces éléments de réflexion mettent en évidence la nécessité d'offrir au plus tôt une introduction à la recherche, dans la formation initiale des ergothérapeutes. Il importe d'outiller les futurs professionnels pour leur permettre d'accéder aux dernières connaissances, avancées, évaluations, approches qui leur permettront d'accompagner le patient-client vers le mieux-être auquel il a droit.

Il est évident que les trois années de la formation initiale ne sont pas extensibles à l'infini et qu'il faudra limiter les ambitions. Mais il est nécessaire de faire comprendre aux ergothérapeutes en devenir que leur pratique devra suivre une démarche qui – si elle est empreinte de leur expertise, centrée sur la personne, appliquée rigoureusement et adaptée au contexte – pourrait se nommer « l'Ergothérapie *Evidence-Based* ».

Marc-Eric Guisset et Anne Ledoux (Belgique)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Steinberg, P. (2011). *Étude prospective en vue de l'agrément des ergothérapeutes comme professionnels des soins de santé. Rapport II. Résultats de l'enquête auprès des ergothérapeutes*. Bruxelles: Service Publique Fédéral. Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crise. Coordination stratégique des professions de santé.

Volume 1, Numéro 2 | 2015

ARTICLE DE RECHERCHE

IMPACT D'UN SUIVI SYSTÉMATIQUE PAR APPELS AUTOMATISÉS SUR L'ADHÉSION AUX RECOMMANDATIONS ERGOTHÉRAPIQUES SUITE À L'ATTRIBUTION D'UN FAUTEUIL ROULANT CHEZ DES UTILISATEURS DE PLUS DE 50 ANS

Claudine Auger[1], **Jennifer Readman**[2], **Aysha Dominique**[3], **François Thibault** [4], **Élise Jobin**[5], **Sarah Beauregard**[6]

[1] *Erg., PhD, École de réadaptation de l'Université de Montréal et Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain CRIR-CRLB du CIUSSS Centre-Est-de-l'Ile-de-Montréal*

[2] *Erg., MSc, École de réadaptation de l'Université de Montréal*

[3] *Erg., MSc, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain CRIR-CRLB du CIUSSS Centre-Est-de-l'Ile-de-Montréal*

[4] *Erg., Centre de réadaptation Lucie-Bruneau du CIUSSS Centre-Est-de-l'Ile-de-Montréal*

[5] *Erg., LLM, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, CRIR-CRCL du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal*

[6] *Erg., Institut de réadaptation Gingras-Lindsay du CIUSSS Centre-Est-de-l'Ile-de-Montréal*

Adresse de contact : claudine.auger@umontreal.ca

Reçu le : 09.10.2015 – Accepté le 01.06.2015

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

CC BY NC SA

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

RÉSUMÉ

Les théories des comportements de santé suggèrent que les croyances et les caractéristiques personnelles peuvent influer sur l'adhésion aux recommandations cliniques et que certaines mesures incitatives peuvent modifier les comportements de santé. Suite à l'attribution d'un fauteuil roulant (FR), le fait d'offrir un suivi systématique pourrait inciter les usagers à percevoir l'importance d'adopter certains comportements préventifs. Cette étude visait à décrire et à caractériser l'impact d'un suivi systématique informatisé par appels automatisés pour inciter l'adhésion aux recommandations d'un ergothérapeute suite à l'attribution d'un FR. Une collecte de données effectuée à partir des dossiers clinico-administratifs de 70 utilisateurs âgés de plus de 50 ans a documenté l'adhésion aux recommandations cliniques au cours des premiers six mois post-attribution d'un FR dans le cadre d'une intervention de suivi du projet Mobilité Optimale via l'Information par les Technologies (MOvIT). Une recherche descriptive corrélationnelle a mis en lien différentes variables indépendantes (âge, sexe, type et importance accordée par l'usager aux activités réalisées en fauteuil roulant à l'intérieur et à l'extérieur, récurrence des problèmes) et l'adhésion aux recommandations émises (révision clinique ou mécanique du FR). Suite à l'appel automatisé MOvIT, une révision du FR a été suggérée à 28 (40,0 %) participants, et 78,6 % (n=22) d'entre eux ont adhéré aux recommandations de l'ergothérapeute. Aucune association entre les variables indépendantes et l'adhésion aux recommandations cliniques n'était statistiquement significative. Le suivi MOvIT se traduit par une forte adhésion aux recommandations cliniques de l'ergothérapeute. Ces résultats suggèrent de poursuivre une approche de suivi uniforme, sans égard aux facteurs personnels ou au type d'appareil.

MOTS-CLÉS

Suivi systématique, Adhésion, Fauteuil roulant, Personnes âgées, Comportements de santé

IMPACT OF SYSTEMATIC MONITORING WITH COMPUTERIZED CALLS ON ADHERENCE TO OT RECOMMENDATIONS FOLLOWING WHEELCHAIR PROVISION FOR USERS OVER 50YEARS OF AGE

ABSTRACT

Theories of health behavior suggest that beliefs and personal characteristics may influence adherence to clinical guidelines and that some incentives can change health behaviors. Thus, systematic monitoring following the provision of a wheelchair (WC) could encourage users to perceive the importance of adopting certain preventive behaviors. This study aimed to describe and characterize the impact of an automated call monitoring intervention to encourage adherence to the recommendations of an occupational therapist following WC provision. A prospective data collection was performed with the Mobility Outcomes via Information Technologies (MOvIT) monitoring questionnaire with 70 users aged over 50 years. Adherence to the recommendations was extracted from their clinical and administrative records during the first six months post WC delivery. Descriptive correlational analyses linked various independent variables (age, sex, type and importance of activities performed with the WC inside and outside home, recurrence of problems) with adherence to recommendations (clinical or mechanical WC revision). Following the MOvIT automated calls, the occupational therapists suggested a WC revision for 28 (40.0%) participants, and 78.6% (n=22) of them adhered to the recommendations. No association between age, sex, type, importance of activities performed with the WC, recurrence of problems and adherence was statistically significant. The MOvIT monitoring resulted in strong adherence to clinical recommendations. These results suggest to pursue a uniform approach to monitoring, without regard to personal factors or device type.

KEYWORDS

Systematic follow-up, Adherence, Wheelchair, Older adults, Health behavior

INTRODUCTION

Le fauteuil roulant fait partie des aides techniques les plus couramment utilisées afin d'améliorer la mobilité des individus. Ainsi, à l'échelle mondiale, 65 millions de personnes nécessitent son utilisation (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2008), et les personnes âgées constituent la majorité des utilisateurs de fauteuils roulants. En effet, les individus âgés de 65 ans et plus sont quatre fois plus susceptibles que l'ensemble de la population d'utiliser un fauteuil roulant au Canada (Clarke et Colantonio, 2005), et ils sont particulièrement à risque de développer des effets indésirables pouvant être directement ou indirectement liés aux interventions relatives au fauteuil roulant (Ory *et al*., 2005). Par exemple, des études canadiennes rapportent que de 22 à 59 % des personnes âgées sont confrontées à un problème de positionnement inadéquat au fauteuil roulant (Bourbonniere, Fawcett, Miller et Garden, 2007 ; Mortenson, Miller, Oliffe et Backman, 2010). Aussi, le maintien de la position assise de façon prolongée chez les personnes âgées est un facteur de risque significatif du développement d'ulcères de pression (Allman, Goode, Patrick, Burst et Bartolucci, 1995 ; Bergquist, 2001 ; Lindgren, Unosson, Fredrikson et Ek, 2004). Les troubles secondaires évitables, tels qu'une sous-utilisation du fauteuil roulant, le développement d'ulcères de pression et de douleur ont également un impact majeur sur l'utilisation des services de santé par les aînés américains et sur leur qualité de vie (Leung, Colantonio et Santaguida, 2005). En effet, dès les premiers mois d'utilisation, l'usager peut ressentir de la douleur et de l'inconfort reliés à l'utilisation du fauteuil roulant (Frank, De Souza, Frank et Neophytou, 2012 ; Leung *et al*., 2005). Chez les usagers qui utilisent leur fauteuil roulant manuel ou motorisé pour l'ensemble de leurs déplacements, de 44,8 à 52,6 % sont confrontés à un minimum d'une réparation par période de six mois selon deux études américaines (McClure *et al*., 2009 ; Worobey, Oyster, Nemunaitis, Cooper et Boninger, 2012). Également, Gaal *et al*. (1997), ont observé dans une enquête auprès de 109 usagers américains que 33 % des incidents reliés à l'utilisation du fauteuil roulant sont dus à la défaillance d'une de ses composantes et que 27 % des incidents ont causé des blessures.

Pour identifier ces problèmes, un suivi post-attribution d'un fauteuil roulant devrait être effectué afin de s'assurer qu'avec le temps, l'appareil continue de répondre aux besoins des utilisateurs (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [AETMIS], 2007 ; OMS, 2008). La détection précoce des effets indésirables liés à l'utilisation du fauteuil roulant pourrait également permettre de prévenir un incident. Toutefois, le suivi post-attribution est souvent minimal ou absent alors que les ressources en réadaptation sont limitées (AETMIS, 2007 ; Best, Routhier et Miller, 2014 ; Greer, Brasure et Wilt, 2012).

Une façon efficace d'introduire le suivi systématique post-attribution consiste à automatiser les processus à l'aide des technologies de l'information, tel qu'un système de réponse vocale interactif. Ce dernier consiste en un système d'appels automatisés permettant aux individus d'interagir avec un dispositif informatique. Les usagers entendent un questionnaire préenregistré à partir de leur téléphone ordinaire. Leurs réponses sont saisies à l'aide du clavier ou de la reconnaissance vocale afin d'être emmagasinées

dans une base de données. Le système de réponse vocale interactif est donc une modalité pour rejoindre et dépister les problèmes, qui, une fois dépistés par le questionnaire informatisé, émettent une alerte électronique par courriel à un expert clinicien qui les contacte dans le but d'émettre des recommandations. Il existe plusieurs avantages à utiliser ce système pour permettre un suivi auprès des personnes âgées (Miller, Bruce, Gagnon, Talbot et Messier, 2011 ; Oake, Jennings, van Walraven et Forster, 2009). D'abord, elles sont plus à l'aise avec la téléphonie comparativement à l'utilisation du courrier électronique puisque 98,9 % possèdent un téléphone alors que l'Internet est utilisé par la moitié (51 %) des personnes âgées de 65 à 74 ans, et le quart (27 %) de ceux âgés de 75 ans et plus (Statistique Canada, 2011). De plus, le système de réponse vocale interactif peut être programmé en dehors des heures ouvrables, et permettre jusqu'à 33 % de réduction de la charge de travail des intervenants cliniques, qui autrement contacteraient eux-mêmes les clients suite à de multiples tentatives (Miller *et al*., 2011 ; Oake, van Walraven, Rodger et Forster, 2009). Finalement, Oake *et al*. (2009) rapportent une amélioration de 7,9 % de l'adhésion aux traitements et tests recommandés en soins primaires, suite à des appels automatisés et ils soulignent l'utilité potentielle de ce système chez les adultes et les personnes âgées, pour promouvoir l'adhésion aux traitements et faciliter les changements de comportements de santé.

Même si l'efficacité du système de réponse vocale interactif a été démontrée dans d'autres domaines (Miller et al., 2011 ; Oake, van Walraven, *et al*., 2009), aucune étude n'a tenté de démontrer l'impact d'un tel suivi sur l'adhésion des usagers aux recommandations cliniques ou mécaniques après l'attribution d'un fauteuil roulant (par ex. se présenter pour une révision clinique par un ergothérapeute pour un ajustement du positionnement ou pour une révision mécanique pour la réparation des composants du fauteuil par un mécanicien). La présente étude vise à décrire et à caractériser l'impact d'un suivi systématique sur l'adhésion aux recommandations cliniques suite à l'attribution d'un fauteuil roulant chez des utilisateurs de plus de 50 ans.

Cadre conceptuel de l'étude

L'adhésion aux recommandations peut être influencée par les croyances relatives à la santé d'un individu (Filiatrault et Richard, 2005 ; Peralta-Catipon et Hwang, 2011). Le « modèle des croyances relatives à la santé » (*Health Belief Model*) permet de mieux comprendre le lien entre les croyances d'un individu et le fait que ce dernier adhère ou non aux recommandations cliniques. Ce cadre théorique stipule que les changements comportementaux d'un individu dépendent non seulement de composantes cognitives (perception d'une menace pour la santé, des bénéfices et des obstacles), mais également d'incitatifs provenant de l'environnement externe (par ex. recommandations d'un professionnel de la santé) et d'une condition interne (par ex. symptômes d'une maladie) (Filiatrault et Richard, 2005). D'autres variables peuvent également influer sur la probabilité d'adopter un comportement de santé (dont l'adhésion aux recommandations) telles que certaines caractéristiques démographiques (âge, sexe, ethnie) (Filiatrault et Richard, 2005 ; Peralta-Catipon et Hwang, 2011). Les construits de cette théorie peuvent apporter de nombreuses contributions dans le domaine de la réadaptation, particulièrement en fournissant une meilleure compréhension des raisons qui poussent

un individu à adhérer ou non à un plan de traitement (Nieuwenhuijsen, Zemper, Miner et Epstein, 2006).

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle qui explore le lien entre le suivi systématique et l'adhésion aux recommandations cliniques émises, ainsi que le lien entre les caractéristiques des usagers et l'adhésion aux recommandations cliniques. Les hypothèses de l'étude sont : 1- L'adhésion aux recommandations de révision clinique ou mécanique est confirmée chez plus de 50 % des personnes dépistées par les appels automatisés. Nous avons établi ce critère sur la base du jugement clinique ; 2- La récurrence d'une problématique, une grande importance accordée par l'usager aux activités réalisées en fauteuil roulant et l'utilisation du fauteuil roulant de type motorisé ont une influence positive sur l'adhésion aux recommandations.

L'autorisation du Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain a été obtenue (CRIR-558-1110).

Échantillon

L'échantillon de convenance sélectionné pour ce projet de recherche comprend 70 usagers de fauteuil roulant âgés de 50 à 90 ans, sans atteintes cognitives documentées, et ayant démontré la capacité d'utiliser un système d'appels automatisé pour répondre à des questions par oui ou non avec la voix ou le clavier du téléphone, dans le cadre de leur participation au projet Mobilité Optimale via l'Information par les Technologies (MOvIT). Les participants vivent à domicile et ont été recrutés dans les services des aides techniques de trois établissements de la région de Montréal, Canada. Chacun de ces services d'aide technique comprend une clinique de fauteuil roulant qui offre des services spécialisés du point de vue clinique (médecin, ergothérapeute, technicien en orthèse prothèse) et mécanique (mécanicien, technicien en électronique). Les services comprennent l'évaluation, la conception, l'entraînement et la réparation des appareils.

Description du suivi systématique MOvIT

Le questionnaire de suivi MOvIT sert à la détection précoce d'effets indésirables reliés à l'utilisation du fauteuil roulant et à leurs conséquences. Il a été intégré dans un système de réponse vocale interactif effectuant des appels automatisés suite à la livraison du fauteuil roulant manuel ou motorisé, c'est-à-dire à un mois (T1) et trois mois (T2) post-attribution. Lors des appels automatisés de suivi T1 et T2, le questionnaire de suivi MOvIT était administré dans le but d'identifier neuf problèmes potentiels suite à l'attribution du fauteuil roulant (par ex. la présence de douleur, un problème de positionnement, une chute, la non-utilisation du fauteuil roulant). Lors de la détection d'un problème, une alerte électronique était acheminée aux coordonnateurs cliniques, qui étaient tous ergothérapeutes. Les cas positifs relevés lors de T1 et T2 étaient contactés par téléphone pour une consultation afin de clarifier leurs besoins et une recommandation était émise lorsque nécessaire (par ex. des conseils pour prévenir des ulcères de

pression, prendre un rendez-vous à la clinique de fauteuil roulant). Une interface web permettait au coordonnateur clinique de voir les réponses aux questionnaires, de visualiser la liste des problèmes dépistés et de décrire les recommandations faites à l'usager.

Opérationnalisation des variables

La variable dépendante à l'étude est l'adhésion aux recommandations cliniques (révision clinique ou mécanique du fauteuil roulant). L'adhésion est définie comme « le fait, pour une personne, de s'engager à suivre de bon gré toutes les thérapies qui lui sont proposées et expliquées par un professionnel de la santé » (Office québécois de la langue française [OLF], 2007). L'adhésion implique également l'assentiment de l'individu à l'ensemble du processus lié aux différentes interventions qu'il s'apprête à suivre (Boulet, Vervloet, Magar et Foster, 2012 ; Horne, Weinman, Barber, Elliott et Morgan, 2005 ; OLF, 2007). Aux fins de la présente étude, l'adhésion est définie comme l'adhésion des usagers aux recommandations de révision clinique ou mécanique émises par un ergothérapeute lors d'un suivi systématique post-attribution d'un fauteuil roulant. L'opérationnalisation de l'adhésion (cf. Annexe 1) a été réalisée comme suit. En premier lieu, les recommandations saisies par le coordonnateur clinique dans l'interface web ont été exportées dans un fichier Excel. Cela a permis de classifier les cas ayant reçu une recommandation suite à l'appel T1 et/ou T2 pour une révision clinique ou mécanique (case à cocher oui ou non par le coordonnateur clinique). Ensuite, le dossier clinico-administratif de l'usager était consulté afin de relever toute information indiquant la raison pour laquelle ce dernier était revenu à la clinique de fauteuil roulant dans une période de un à six mois post-attribution. Sur la base de cette information, l'adhésion de chaque participant était codée parmi trois catégories : Adhésion à la recommandation T1 (oui ou non), Adhésion à la recommandation T2 (oui ou non), Adhésion à la recommandation T1 et T2 (oui aux deux recommandations, oui à au moins une recommandation, non aux deux recommandations). La période de six mois est basée sur le jugement clinique. En effet, puisque les appels de suivi dans le cadre de MOvIT couvrent les périodes de un et trois mois post-attribution, il est nécessaire d'ajouter un certain délai suite au deuxième appel afin que l'usager puisse prendre un rendez-vous et se déplacer à la clinique pour résoudre le problème. Un délai de trois mois post-suivi est suffisant et assez court, afin d'éviter que les retours à la clinique ne soient dus à d'autres problèmes que ceux soulevés dans le cadre du suivi.

Les variables indépendantes à l'étude sont l'âge (années), le sexe, le type de fauteuil roulant (manuel ou motorisé), l'importance accordée par l'usager aux activités réalisées en fauteuil roulant (*Wheelchair Outcome Measure*), ainsi que la nouveauté ou la récurrence d'un problème dépisté lors des appels de suivi. L'importance accordée par l'usager aux activités réalisées en fauteuil roulant était mesurée par entrevue face à face à l'aide de l'Évaluation du résultat de l'utilisation du fauteuil roulant « *Wheelchair Outcome Measure* » (WhOM) (Auger, Demers, Gélinas, Routhier, Mortenson et Miller, 2010 ; Mortensen, Miller et Miller Polgar, 2007) au moment de la livraison du fauteuil roulant. Ce questionnaire administré par entrevue mesure, entre autres, l'importance accordée à la participation à l'intérieur et à l'extérieur du domicile avec l'aide à la mobilité. Le score d'importance est obtenu sur une échelle ordinale à 11 niveaux, avec un

score d'importance variant entre 0 à 10 points, un score élevé correspondant à l'importance maximale (Auger *et al*., 2010). Finalement, l'adhésion à une recommandation de révision clinique ou mécanique pourrait varier d'un usager à un autre en fonction de la nouveauté ou de la récurrence d'un problème dépisté. Par exemple, avant même d'avoir reçu l'appel de suivi, certains usagers avaient eux-mêmes pris contact avec le centre de réadaptation afin de soulever certains problèmes relatifs au fauteuil roulant. Pour tenir compte de cette variable dans nos analyses, un algorithme a été développé (figure 2) afin d'opérationnaliser la façon dont « problématique nouvelle » et « problématique récurrente » ont été mesurées. Une problématique nouvelle était un ou des problèmes reliés à l'utilisation du fauteuil roulant non décrits dans le dossier du service d'aide technique entre l'évaluation initiale et l'appel automatisé. Une problématique récurrente était un ou des problèmes reliés à l'utilisation du fauteuil roulant, nécessitant une révision clinique ou mécanique, qui étaient déjà connus avant le premier appel automatisé. Plus précisément, trois types de problématiques récurrentes ont été déterminés :

1. Une problématique récurrente lors du premier appel, c'est-à-dire lorsque celle-ci est déjà connue au dossier entre l'attribution du fauteuil roulant et un mois post-attribution.
2. Une problématique récurrente lors du deuxième appel, c'est-à-dire lorsque celle-ci est déjà connue au dossier entre l'attribution du fauteuil roulant et trois mois post-attribution.
3. Une problématique récurrente au premier et au deuxième appel de suivi, c'est-à-dire lorsqu'une même problématique est soulevée à un mois et trois mois post-attribution du fauteuil roulant.

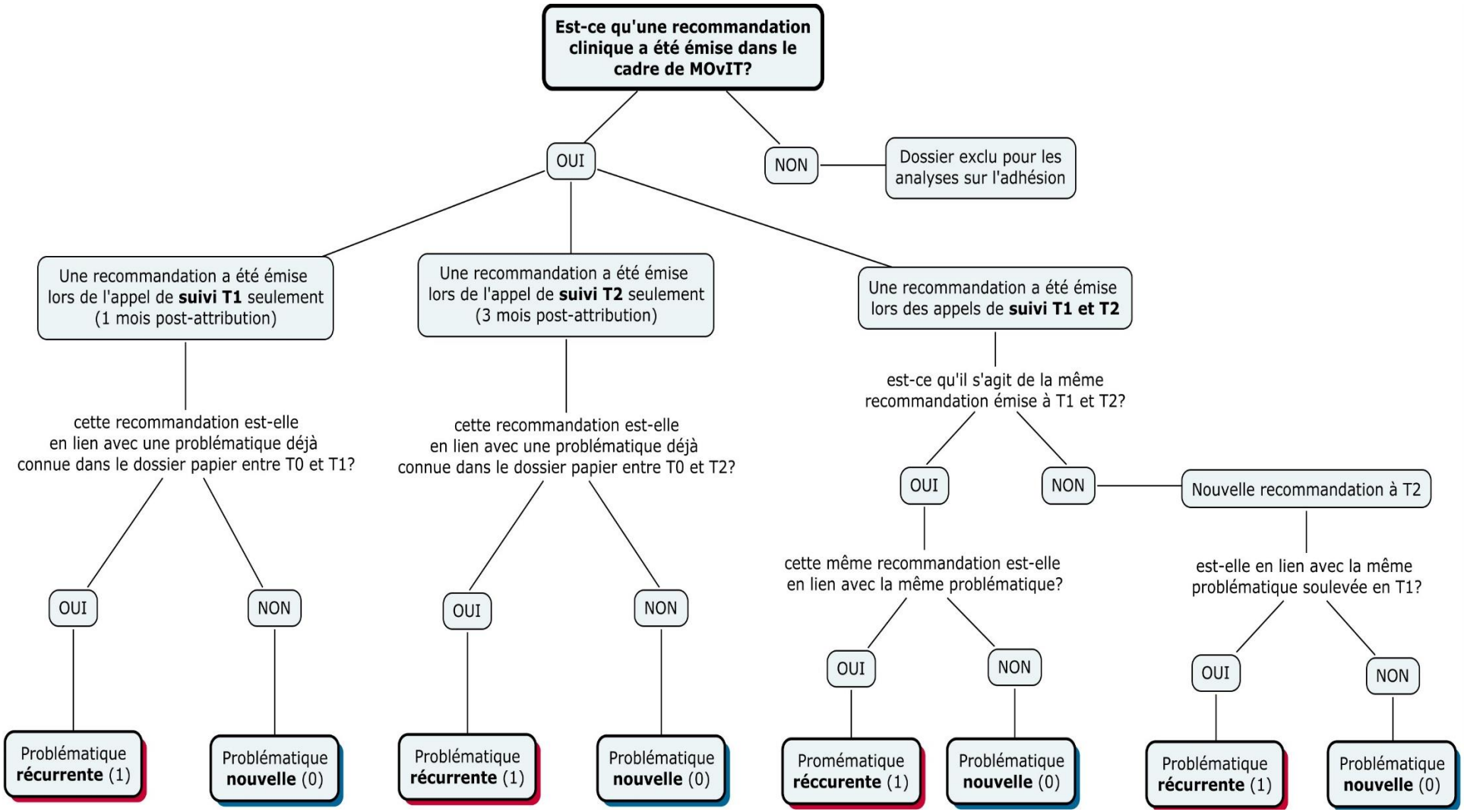
Collecte de données

Les dossiers du service d'aide technique des 70 usagers ont été consultés par un étudiant-chercheur (JR) afin de recueillir des données nécessaires à la mesure de l'adhésion aux recommandations cliniques. Plusieurs documents ont été examinés tels que les notes cliniques de l'ergothérapeute, celles du technicien en orthèse prothèse ainsi que les notes administratives afin de relever les visites de chaque participant à la clinique. Sur la base de la nature de la recommandation, la recherche d'informations dans les dossiers a été effectuée afin de repérer toutes les visites à la clinique dans un délai de six mois post-attribution du fauteuil roulant en lien avec la recommandation.

Les factures et bons de commande, contenant les notes du mécanicien, ont été consultés afin de vérifier les interventions effectuées relatives au fauteuil roulant. L'information recueillie a été retranscrite intégralement dans un fichier Excel contenant l'information relative à chacun des participants.

Finalement, une triangulation de l'information a été effectuée en consultant les bases de données de facturation en collaboration avec les responsables administratifs des milieux cliniques impliqués pour corroborer les données recueillies.

Figure 2. Opérationnalisation de la problématique nouvelle ou récurrente



Note : T0 : attribution du fauteuil roulant, T1 : premier appel de suivi (1 mois post-attribution), T2 : deuxième appel de suivi (3 mois post-attribution)

Analyses

Nous avons effectué des analyses descriptives (moyenne, écart-type) des données de l'échantillon et vérifié les présuppositions de base du test de t et du test de chi-carré telles que la taille d'échantillon, la normalité de la distribution des données (test de Kolmogorov-Smirnov), et les valeurs attendues dans chacune des cellules des tableaux de fréquence. Pour comparer les usagers adhérents et non adhérents, nous avons utilisé le test de t pour échantillons indépendants pour l'âge, le test non paramétrique de Mann-Whitney U pour comparer les scores continus du WhOM, ainsi que le test exact de Fisher pour comparer les proportions d'adhésion en fonction du sexe, du type d'appareil, et de la récurrence des problèmes. Le programme SPSS, version 20.0, a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques.

RÉSULTATS

Parmi les 70 participants inscrits au suivi MOvIT, 41 (58,6 %) n'ont reçu aucune recommandation de révision clinique ou mécanique. Il y a également un cas pour lequel l'information était manquante au dossier, faisant en sorte qu'il n'est pas possible de statuer sur l'adhésion ou la non-adhésion de ce participant. Ainsi, 28 (40,0 %) dossiers étaient admissibles à notre étude. Le tableau 1 montre que parmi les usagers ayant reçu une recommandation de révision clinique ou mécanique, plus de la moitié étaient des femmes, comme dans l'échantillon complet. Aussi, les deux types de fauteuils roulants étaient équitablement représentés parmi les usagers ayant reçu une recommandation de révision clinique ou mécanique, comparativement à l'échantillon complet où les utilisateurs de fauteuils roulants manuels étaient majoritaires. Les usagers ayant été confrontés à une problématique nouvelle ou récurrente étaient équitablement représentés.

En ce qui a trait au taux d'adhésion, 78,6 % (n=22) des 28 participants, pour lesquels une recommandation de révision clinique ou mécanique a été émise, ont adhéré aux recommandations, ce qui se traduit par un très petit échantillon de cas n'ayant pas adhéré (n=6). Il est possible de constater que le deuxième appel a permis de dépister de nouveaux problèmes et d'augmenter le taux d'adhésion pour les problèmes récurrents. En effet, nous notons que six participants ont reçu une première recommandation lors du deuxième appel de suivi en lien avec un nouveau problème, et 66,7 % d'entre eux (n=4⁄6) ont adhéré. Nous observons également que certains participants (n=4) ont eu besoin du deuxième appel afin d'adhérer aux recommandations cliniques pour un problème récurrent dépisté au cours des deux appels de suivi. Ce deuxième appel a permis d'augmenter l'adhésion à 100 % (4⁄4) chez ces usagers. En d'autres mots, le premier appel s'est avéré suffisant pour faire adhérer un peu moins de la moitié (42,9 %; n=12/28) des usagers. Le deuxième appel s'est avéré utile pour plus du tiers (35,7 %; n=10/28) des usagers ayant reçu des recommandations et le taux d'adhésion variait entre 66,7 % et 100 % pour les problèmes nouveaux et récurrents respectivement lors du deuxième appel.

Comparaison entre les utilisateurs adhérents et non adhérents aux recommandations

La comparaison entre les usagers adhérents et non adhérents en fonction du sexe, de l'âge, du type de fauteuil roulant, de la récurrence d'une problématique ainsi que l'importance accordée par l'usager aux activités réalisées en fauteuil roulant à l'intérieur et à l'extérieur (score au WhOM) s'est avérée statistiquement non significative (Tableau 1). Aucune des variables indépendantes n'a influencé l'adhésion des participants aux recommandations de révision clinique ou mécanique.

Tableau 1. Influence des variables indépendantes sur l'adhésion aux recommandations

	Usagers adhérents	Usagers non adhérents	Valeurs de *p*
Sexe n (%)			0,63[a]
Homme	7 (31,8)	3 (50,0)	
Femme	15 (68,2)	3 (50,0)	
Âge moyen (années)	62,7	62,5	0,95[b]
Type de fauteuil roulant n (%)			0,66[a]
Manuel	11 (50,0)	4 (66,7)	
Motorisé	11 (50,0)	2 (33,3)	
Récurrence n (%)			0,66[a]
Problématique récurrente	11 (50,0)	2 (33,3)	
Problématique nouvelle	11 (50,0)	4 (66,7)	
Importance accordée au fauteuil roulant (WhOM ; /10)			
Utilisation intérieur	7,0	7,8	0,94[c]
Utilisation extérieur	8,9	5,0	0,06[c]

[a] Test exact de Fisher; [b] Test de t; [c] Test de Mann-Whitney U

Caractéristiques des usagers adhérents et non adhérents

La nature des problèmes relevés par les coordonnateurs cliniques dans l'interface MOvIT pour les 22 usagers ayant adhéré aux recommandations de révision clinique ou mécanique au cours de la période de six mois nous permettent de constater que plusieurs usagers adhérents (n=14) sont confrontés à plus d'un problème au cours d'un même appel (par ex. : douleur ou inconfort et problème avec l'une des composantes du fauteuil roulant). Aussi, la nature des problèmes de certains usagers explique qu'ils nécessitaient absolument une révision clinique ou mécanique afin de les régler [par ex. : contrôle de la manette ou des vitesses sur un fauteuil roulant motorisé (n=1), hauteur sol-siège inadéquate (n=1), vibration (n=1)]. Par ailleurs, nous notons que certains usagers adhérents étaient confrontés à des problèmes importants pouvant restreindre l'utilisation du fauteuil roulant (n=1) ou ayant un impact sur leur niveau de fonctionnement ou d'autonomie au quotidien (n=2). Par contre, la grande majorité des usagers non adhérents (n=5/6) déclinent, reportent ou ne se présentent pas au rendez-vous recommandé lors du suivi systématique. Ces mêmes usagers ont tous mentionné qu'ils contacteraient eux-mêmes le centre de réadaptation afin de prendre un rendez-vous, ce qu'aucun d'eux n'a fait. En effet, lors de la collecte de données, aucune information ne confirme qu'ils aient pris un rendez-vous à l'intérieur de la période de six mois post-attribution. Il est également possible de constater d'autres points en commun parmi ces

cas. D'abord, certains usagers étaient confrontés à des problèmes mineurs au niveau du fauteuil roulant [appui-pied déformé (n=1), rayon de la roue qui cause du bruit (n=1), coussin qui frotte sur une roue (n=1), légers accrochages (n=1)]. D'autres étaient confrontés à des problèmes ne les empêchant pas d'utiliser leur fauteuil roulant [douleurs (n=2), positionnement (n=2) ou inconfort (n=2)].

DISCUSSION

Les objectifs de la présente étude consistaient à quantifier le taux d'adhésion aux recommandations de révision clinique ou mécanique émises dans le cadre d'un suivi systématique informatisé et à comparer le profil des utilisateurs adhérents et non adhérents.

Les résultats confirment l'hypothèse relative au premier objectif de l'étude, à savoir que le taux d'adhésion dépasserait 50 %. En effet, dans le cadre du suivi systématique MOvIT, plus des trois quarts des usagers ayant identifié un problème lors des appels informatisés ont adhéré aux recommandations de révision clinique ou mécanique. Le premier appel s'est avéré suffisant pour revenir à la clinique pour un peu moins de la moitié des usagers. Le deuxième appel s'est avéré utile pour plus du tiers des usagers ayant reçu des recommandations. Nous constatons ainsi que la combinaison des deux appels est nécessaire pour certains usagers afin qu'ils adhèrent aux recommandations cliniques, ce qui nous porte à suggérer de tenter un troisième appel de suivi, surtout quand la relance a lieu pendant une saison peu propice aux déplacements, pour maximiser l'adhésion aux recommandations. De plus, le modèle du comportement de santé propose qu'un comportement de santé (par ex. l'adhésion à une recommandation) peut dépendre de la sévérité avec laquelle l'individu perçoit la problématique (Filiatrault et Richard, 2005). Il est alors possible de se questionner sur le degré de sévérité perçue avant et après l'appel téléphonique du coordonnateur clinique, du fait que l'individu a discuté avec l'ergothérapeute et que celui-ci réalise l'importance de la problématique à laquelle il est confronté. D'autres raisons possibles à explorer seraient la diminution du support social ou des capacités à se déplacer vers le centre, de même que l'altération des capacités exécutives. Il est possible d'émettre ces hypothèses, toutefois, le devis de la présente étude ne permet pas de les confirmer.

En ce qui a trait à l'hypothèse relative au deuxième objectif de l'étude, celle-ci n'a pu être confirmée statistiquement. Nous nous attendions à ce que la récurrence d'une problématique, une grande importance accordée par l'usager aux activités réalisées en fauteuil roulant et l'usage d'un fauteuil roulant de type motorisé aient une influence positive sur l'adhésion aux recommandations. Aussi, aucun lien statistiquement significatif n'a été démontré entre les variables du modèle des croyances relatives à la santé et l'adhésion aux recommandations cliniques. Bien que ce modèle stipule que les caractéristiques démographiques telles que l'âge et le sexe des individus ainsi que leur perception d'une menace pour la santé peuvent influencer la probabilité qu'ils adoptent un comportement de santé tel que l'adhésion aux recommandations (Filiatrault et Richard, 2005 ; Peralta-Catipon et Hwang, 2011), cela n'a pas été démontré dans la présente étude, possiblement en raison du faible taux de non-adhésion.

Dans le futur, il pourrait être intéressant d'évaluer le degré de sévérité/gravité de la problématique perçue par l'utilisateur, de le comparer à celui perçu par l'ergothérapeute et finalement d'effectuer un lien entre les résultats obtenus et leur influence sur l'adhésion aux recommandations. Jusqu'à preuve du contraire, nos résultats suggèrent de poursuivre le suivi systématique chez tous les types d'utilisateurs de fauteuil roulant, peu importe leur profil. Avant de statuer définitivement sur l'absence d'influence des différentes variables indépendantes sur l'adhésion aux recommandations, nous recommandons de reproduire l'étude auprès d'un plus grand échantillon.

L'analyse descriptive du profil des usagers nous a également permis de constater la gravité de certains problèmes post-attribution dépistés dans le cadre de MOvIT (par ex.: douleur et bris mécanique). C'est pourquoi nous considérons qu'il est critique d'effectuer un tel suivi post-attribution afin d'éviter que ceux-ci aient un impact majeur sur la qualité de vie ou la sécurité des utilisateurs (Gaal, Rebholtz, Hotchkiss et Pfaelzer, 1997 ; Leung *et al*., 2005). Les problèmes dépistés (inconfort, problème de positionnement, incidents) concordent avec ceux relevés précédemment dans la littérature (Bourbonniere *et al*., 2007 ; Gaal *et al*., 1997; Mortenson *et al*., 2010). Le fait d'intervenir avant que les bris n'interfèrent avec le quotidien des usagers est souhaitable, bien que nous ayons constaté que les usagers dont les problèmes paraissent mineurs n'adhèrent pas nécessairement dans un délai de six mois. Au contraire, les problèmes soulevés qui paraissent plus graves semblent expliquer la tendance à adhérer aux recommandations émises lors du suivi. Considérant l'ampleur et la nature variée des problèmes post-attribution, il est nécessaire que les ergothérapeutes effectuent un suivi adéquat, et ce, non seulement afin d'assurer la qualité des services offerts, mais également dans le but de déterminer les besoins non satisfaits des usagers et d'intervenir afin de pallier les problèmes vécus par ces derniers (OMS, 2008).

La limite principale de cette étude tient à l'analyse documentaire a posteriori. Tout d'abord, lors de la collecte de données, il était parfois difficile d'accéder à l'information nécessaire dans les dossiers cliniques pour deux raisons. Premièrement, la restructuration des bases de données des services d'aide technique qui a eu lieu en cours d'étude a occasionné des délais de facturation et de dépôt de documents dans les dossiers clinico-administratifs des usagers. Deuxièmement, dans certains milieux, les visites cliniques ne semblaient pas systématiquement notées au dossier de l'usager, faisant en sorte qu'il était parfois difficile de confirmer la présence physique de l'usager en clinique (par ex. création d'un bon de commande par le mécanicien, alors que la présence de l'usager n'a pas été confirmée dans le dossier). Pour pallier ces limites, une triangulation de l'information a été effectuée en collaboration avec les personnes responsables des milieux cliniques considérés. Grâce à cette triangulation de l'information, un seul cas a dû être retiré pour cause de données manquantes. Au final, cela a pu avoir un impact négligeable sur la proportion d'usagers adhérents et non adhérents aux recommandations. Finalement, la faible proportion d'usagers non adhérents (n=6) représente également une importante limite au présent projet de recherche. En effet, les analyses statistiques effectuées en fonction de la faible taille de l'échantillon (tests non paramétriques) ne nous ont pas permis d'obtenir la puissance statistique nécessaire pour statuer sur la véracité des hypothèses relatives au deuxième objectif de l'étude. En

effet, puisque ces tests sont beaucoup plus conservateurs, il faut interpréter avec précaution l'absence de lien entre ces variables et l'adhésion aux recommandations. Par contre, dans le futur, les données du présent projet permettront de mieux estimer la taille d'échantillon requise pour atteindre une puissance statistique suffisante pour utiliser des tests paramétriques afin de comparer le profil des utilisateurs adhérents et non adhérents aux recommandations cliniques.

Les résultats de cette étude constituent de nouvelles connaissances dans le domaine des aides à la mobilité, étant la première à s'intéresser à l'impact d'un suivi systématique post-attribution sur l'adhésion aux recommandations cliniques. Ainsi, nous avons démontré que le suivi systématique MOvIT favorise l'adhésion aux recommandations de révision clinique ou mécanique, avec une majorité d'usagers adhérents suite aux appels de suivi informatisés. Ces résultats témoignent de la pertinence et de l'efficacité d'un tel suivi. Considérant le fait que les milieux cliniques sont confrontés à de nombreux obstacles (grande charge de travail, budget/financement limité, manque de temps), nos résultats suggèrent qu'il est primordial de systématiser le suivi post-attribution d'un fauteuil roulant. Ainsi, dans le futur, la systématisation des suivis post-attribution à l'aide d'appels automatisés permettrait non seulement de s'assurer de l'efficacité du suivi, mais également de contrer les obstacles énumérés précédemment, faisant malheureusement partie de la réalité clinique. Ce type de suivi permettrait alors d'optimiser la qualité du suivi clinique, offert par les ergothérapeutes cliniciens, par la détection précoce des problèmes relatifs à l'utilisation du fauteuil roulant, la prévention d'effets indésirables et la rationalisation des ressources professionnelles et budgétaires.

Conclusion

Nos résultats suggèrent que l'appel automatisé s'avère un moyen efficace pour favoriser un suivi systématique post-attribution d'un fauteuil roulant auprès d'une clientèle âgée. Pour le moment, une approche de suivi uniforme, sans égard aux facteurs personnels ou au type d'appareil utilisé par l'utilisateur est recommandée.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier madame Chantal Drolet, chef administratif au programme des aides techniques de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal du CIUSSS Centre-Est-de-l'Ile-de-Montréal, pour le temps accordé lors de la collecte de données.

Financements

La collecte de données initiale a été réalisée grâce au soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada, N° IAD 112-242.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2007). Triporteurs et quadriporteurs : solutions de rechange aux fauteuils roulants à propulsion motorisée ? AETMIS, *3*(5), 84 p.

Allman, R.M., Goode, P.S., Patrick, M.M., Burst, N., et Bartolucci, A.A. (1995). Pressure Ulcer Risk Factors Among Hospitalized Patients With Activity Limitation. *JAMA, 273*(11), 865-870.

Auger, C., Demers, L., Gélinas, I., Routhier, F., Mortenson, W.B., et Miller, W.C. (2010). Reliability and Validity of Telephone Administration of the Wheelchair Outcome Measure for Middle-Aged and Older Users of Power Mobility Devices. *Journal of Rehabilitation Medicine, 42*(6), 574-581.

Bergquist, S. (2001). Subscales, subscores, or summative score: evaluating the contribution of Braden Scale items for predicting pressure ulcer risk in older adults receiving home health care. *Journal of Wound, Ostomy, Continence Nursing, 28*(6), 279-289.

Best, K.L., Routhier, F., et Miller, W.C. (2014). A description of manual wheelchair skills training: current practices in Canadian rehabilitation centers. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technol*ogy doi: 10.3109/17483107.2014.907367

Boulet, L.P., Vervloet, D., Magar, Y., et Foster, J.M. (2012). Adherence: The Goal to Control Asthma. *Clinics in Chest Medicine, 33*(3), 405-417.

Bourbonniere, M., Fawcett, L.M., Miller, W.C., et Garden, J. (2007). Prevalence and Predictors of Need for Seating Intervention and Mobility for Persons in Long-Term Care. *Canadian Journal on Aging, 26*(3), 195-204.

Clarke, P., et Colantonio, A. (2005). Wheelchair use among community-dwelling older adults: prevalence and risk factors in a national sample. *Canadian Journal on Aging, 24*(2), 191-198.

Filiatrault, J., et Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*(1), 45-56.

Frank, A.O., De Souza, L. H., Frank, J.L., et Neophytou, C. (2012). The pain experiences of powered wheelchair users. *Disability and Rehabilitation, 34*(9), 770-778.

Gaal, R.P., Rebholtz, N., Hotchkiss, R.D., et Pfaelzer, P.F. (1997). Wheelchair rider injuries: Causes and consequences for wheelchair design and selection. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 34*(1), 58-71.

Greer, N., Brasure, M., et Wilt, T.J. (2012). Wheeled Mobility (Wheelchair) Service Delivery: Scope of the Evidence. *Annals of Internal Medicine, 156*(2), 141-146.

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., et Morgan, M. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. 310 p.

Leung, V., Colantonio, A., et Santaguida, P.L. (2005). Wheelchair use, pain, and satisfaction with life in a national sample of older adults. *Gerontechnology, 3*(3), 159-164.

Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., et Ek, A.-C. (2004). Immobility—a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Science, 18*, 57-64.

McClure, L.A., Boninger, M.L., Oyster, M.L., Williams, S., Houlihan, B., Lieberman, J.A., et Cooper, R.A. (2009). Wheelchair repairs, breakdown, and adverse consequences for people with traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(12), 2034-2038.

Miller, D.I., Bruce, H., Gagnon, M., Talbot, V., et Messier, C. (2011). Improving Older Adults' Experience with Interactive Voice Response Systems. *Telemedicine and e-Health, 17*(6), 452-455.

Mortenson, W.B., Miller, W.C., et Miller-Polgar, J. (2007). Measuring wheelchair intervention outcomes: development of the Wheelchair Outcome Measure. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technolog*y, 2(5), 275-285.

Mortenson, W.B., Miller, W.C., Oliffe, J.L., et Backman, C.L. (2010). Wheelchair mobility among facility residents: Perils, pitfalls and promises. *Gerontechnology, 9*(2), 137-138.

Nieuwenhuijsen, E.R., Zemper, E., Miner, K.R., et Epstein, M. (2006). Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 28*(5), 245-256.

Oake, N., Jennings, A., van Walraven, C., et Forster, A.J. (2009). Interactive Voice Response Systems for Improving Delivery of Ambulatory Care. *The American Journal of Managed Care, 15*(6), 383-391.

Oake, N., van Walraven, C., Rodger, M.A., et Forster, A.J. (2009). Effect of an interactive voice response system on oral anticoagulant management. *Canadian Medical Association Journal, 180*(9), 927-933.

Office québécois de la langue française (OLF). (2007). Le grand dictionnaire terminologique.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus. 141 p.

Ory, M., Resnick, B., Jordan, P.J., Coday, M., Riebe, D., Ewing Garber, C., ...Bazzarre, T. (2005). Screening, safety, and adverse events in physical activity interventions: Collaborative experiences from the behavior change consortium. *Annals of Behavioral Medicine, 29*(2), 20-28.

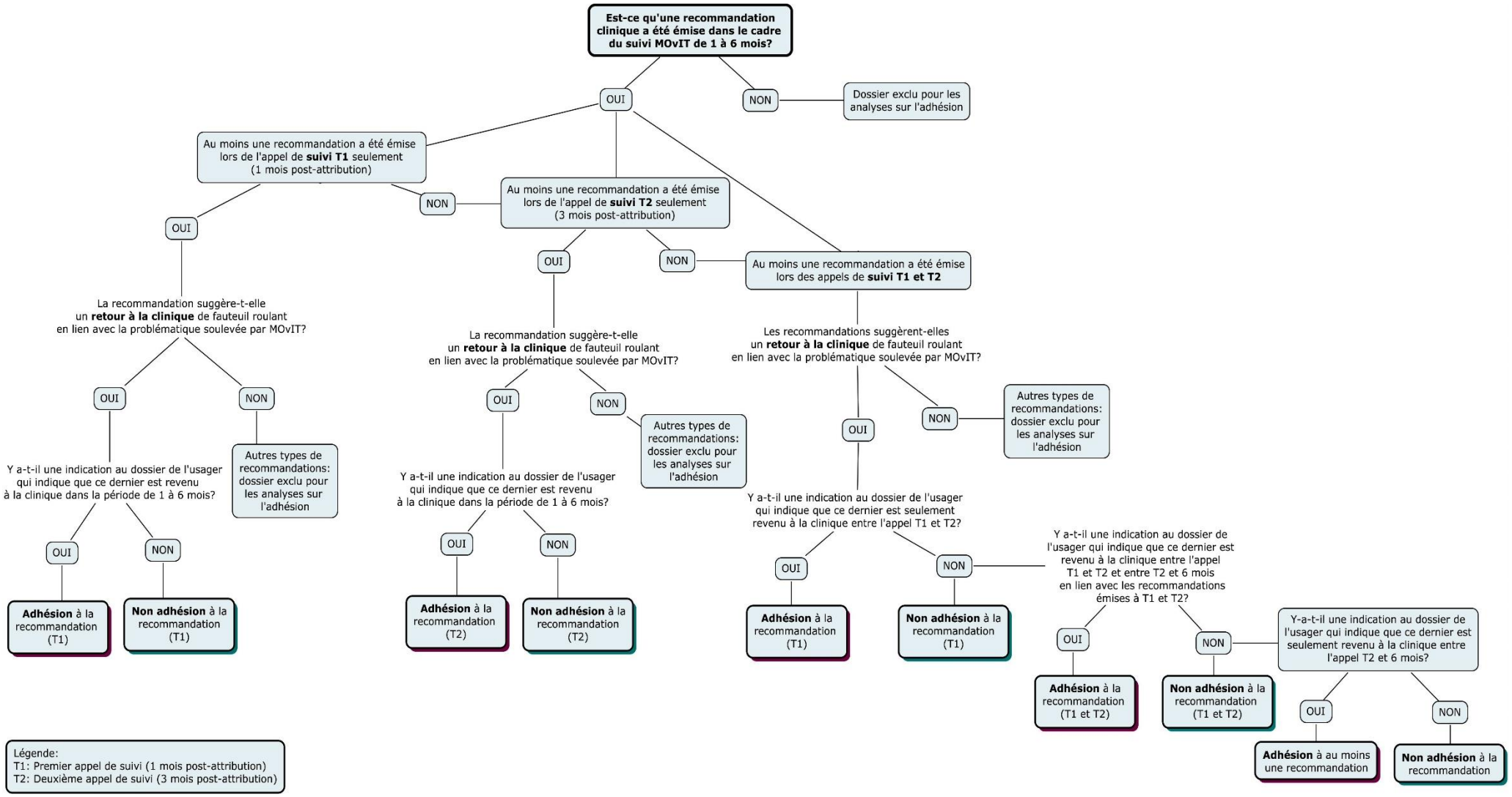
Peralta-Catipon, T., et Hwang, J.E. (2011). Personal Factors Predictive of Health-Related Lifestyles of Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy, 65*(3), 329-337.

Statistique Canada. (2011). Individual Internet use and E-commerce. *The Daily*. http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/111012/dq111012a-eng.htm

Worobey, L., Oyster, M., Nemunaitis, G., Cooper, R., et Boninger, M.L. (2012). Increases in Wheelchair Breakdowns, Repairs, and Adverse Consequences for People with Traumatic Spinal Cord Injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 91*(6), 463-469.

.

ANNEXE 1 : OPÉRATIONNALISATION DE L'ADHÉSION AUX RECOMMANDATIONS



Volume 1, Numéro 2 | 2015

ARTICLE DE RECHERCHE

EFFETS DU PROGRAMME D'APPRENTISSAGE À L'UTILISATION DU TRANSPORT EN COMMUN (ATRACO) : UNE ÉTUDE PRÉ-EXPÉRIMENTALE

Christina Ducharme[1], **Erin O'Neill**[1], **Sara Maude Girard**[1], **Catherine Bélair**[1], **Maxime Chagnon**[1], **Mélanie Levasseur**[2]

[1] *Ergothérapeute, Centre de recherche sur le vieillissement, Centre de santé et des services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada*

[2] *Ergothérapeute, PhD, Professeure, Centre de recherche sur le vieillissement, Centre de santé et des services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada*

Adresse de contact : Melanie.Levasseur@USherbrooke.ca

Reçu le 28.07.2014 – Accepté le 01.06.2015

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

CC BY NC SA

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

RÉSUMÉ

Afin de maintenir ou d'augmenter leurs déplacements et leur intégration sociale, notamment pour pallier une cessation de la conduite automobile, l'apprentissage à l'utilisation du transport en commun peut s'avérer essentiel chez les aînés. Peu de programmes ayant cet objectif sont toutefois actuellement disponibles et ont été évalués. La présente étude visait à bonifier et à évaluer les effets d'un programme sur l'apprentissage à l'utilisation du transport en commun chez les aînés. Le Programme d'Apprentissage à l'utilisation du Transport en Commun (ATraCo) comprend une formation théorique (90 minutes) et pratique (accompagnement personnalisé pour 1 trajet à partir du domicile de la personne). Un devis pré-expérimental de type pré-test/post-test a permis d'évaluer le degré de confiance et d'aisance, les connaissances et la fréquence d'utilisation du transport en commun d'un échantillon de convenance de 16 aînés. Le degré de satisfaction des participants envers la formation a aussi été mesuré. Les résultats de cette étude démontrent, qu'à la suite du programme ATraCo, le degré de confiance et d'aisance (p = 0,001), et les connaissances (p = 0,001) des participants se sont améliorés. Les participants ont unanimement apprécié le cours théorique. Par ailleurs, plus du tiers des participants ont utilisé le transport en commun au moins une fois au cours des huit semaines suivant le programme. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre et favoriser l'utilisation du transport en commun chez les aînés. Le programme ATraCo pourrait être adapté pour favoriser l'apprentissage de l'utilisation du transport en commun de différentes clientèles ayant des atteintes cognitives ou des troubles de santé mentale.

MOTS-CLÉS

Transport en commun, Programme d'apprentissage, Mobilité, Ergothérapie, Aîné

IMPACTS OF THE PUBLIC TRANSIT USE LEARNING PROGRAM (ATRACO): A PRE-EXPERIMENTAL DESIGN

ABSTRACT

In order to maintain or increase community mobility and social integration, including to compensate for potential driving cessation, learning how to use public transit may be essential for older adults. Few programs with this objective and that have been evaluated are however currently available. The current study aimed to improve and assess the impacts of the Public Transit Use Learning Program (Programme d'Apprentissage à l'utilisation du Transport en Commun; ATraCo) on older adults. The Public Transit Use Learning Program (ATraCo) is comprised of a theoretical course (90 minutes) and a practical course (personalized accompanying for one route beginning at the older adult's home). A pre-experimental, pre-test/post-test design allowed to evaluate the level of confidence and ease, knowledge, and frequency of public transit use of a convenience sample of sixteen older adults. The participants' level of appreciation for the program was also measured. The results of this study show that, following the ATraCo program, the participants' degree of confidence and ease (p = 0.001) as well as knowledge (p = 0.001) was improved. The participants unanimously appreciated the theoretical course. In addition, over one-third of the participants used public transit at least once during the eight weeks following the program. Further studies are needed to better understand and promote the use of public transit in older adults. The ATraCo program could be adapted to favor the learning of public transit use among different clientele with cognitive impairments or mental health disorders.

KEYWORDS

Public transit, Training program, Mobility, Occupational therapy, Older adult

INTRODUCTION

La population canadienne âgée de 65 ans et plus augmente et devrait doubler d'ici 2036 (Statistique Canada, 2010). Lors du vieillissement, l'intégrité de certaines fonctions sensorielles, motrices et cognitives diminue et peut mener à une réduction des déplacements, soit à la suite d'une diminution de la marche ou d'une cessation de la conduite automobile (Pellerito et Burt, 2006). Cette réduction des déplacements est associée à une diminution de la qualité de vie (Patla et Shumway-Cook, 1999 ; Beswick, Rees, Dieppe, Ayis, Gooberman-Hill, Horwood *et al*., 2008 ; Tooth *et al*., 2008) et de la participation des aînés à des activités dans la communauté (Marottoli *et al.*, 2000), ainsi qu'à une augmentation de l'utilisation des soins de santé (Warburton, Gledhill et Quinney, 2001 ; Clausen, Wilson, Molebatsi et Holmboe-Ottesen, 2007 ; Inouye *et al*., 1998) et du risque de mortalité (Liu-Ambrose, Ashe et Marra, 2008 ; Mathieson, Kronenfeld et Keith, 2002). Une telle privation occupationnelle peut engendrer d'autres problèmes, notamment une augmentation de l'ennui (Martin, Sadlo et Stew, 2012), du risque de mortalité (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris et Stephenson, 2015) et de morbidité (Berkman, Glass, Brissette et Seeman, 2000), ainsi qu'une diminution de la santé (Bath et Deeg, 2005), de l'autonomie fonctionnelle (Levasseur *et al*., 2011) et de la qualité de vie (Levasseur, Desrosiers et St-Cyr Tribble, 2008). L'environnement bâti peut toutefois favoriser ou entraver les occupations et contribuer à garder les gens en santé physiquement et mentalement (Thompson et Kent, 2014). L'utilisation du transport en commun peut être favorisée par un environnement accessible, mais aussi par un changement des habitudes de vie.

Lorsqu'un aîné ne peut pas marcher sur de longues distances ou doit cesser la conduite automobile, le transport en commun devient une option intéressante pour maintenir et faciliter ses déplacements dans la communauté. D'ailleurs, comparativement aux passagers ou aux utilisateurs du transport adapté, les aînés qui conduisent ou utilisent le transport en commun comme moyen de transport principal participeraient davantage dans la communauté (Dahan-Oliel, Mazer, Gélinas, Dobbs et Lefebvre, 2010).

Plusieurs obstacles environnementaux, organisationnels et personnels peuvent cependant limiter l'utilisation du transport en commun des aînés (Babka, Zheng, Cooper et Ragland, 2008). Parmi les obstacles environnementaux, on retrouve un éloignement des arrêts, un long temps d'attente et l'absence d'abris et de bancs aux arrêts (Broome, Worrall, McKenna et Boldy, 2010). Un chauffeur non courtois ou qui démarre sans laisser aux personnes le temps de s'asseoir peut aussi limiter l'utilisation du transport en commun des aînés. Les destinations non desservies et les horaires limités (Broome *et al.,* 2010) sont parmi les obstacles organisationnels. Enfin, les obstacles d'ordre personnel comprennent les problèmes de santé (Babka *et al.,* 2008), ainsi que les difficultés (Blanchard et Myers, 2010), les réticences (Baldock, Mathias, McLean et Berndt, 2006) ou le manque de confiance en ses capacités (Adler et Rottunda, 2006) à utiliser le transport en commun. Les aînés ayant une diminution de leur confiance, de leur aisance et de leurs connaissances pourraient conséquemment limiter leur utilisation du transport en commun. Un programme d'éducation et d'entraînement à l'utilisation du transport en commun représente ainsi une des avenues prometteuses pour relever ces obstacles

(Burkhardt *et al*., 2014a). Un tel programme a le potentiel d'élargir les options, d'accroître le nombre et la qualité des déplacements des aînés, de favoriser leur maintien à domicile, d'optimiser leur développement personnel, et d'augmenter leur intégration communautaire (Burkhardt *et al*., 2014b). Afin d'aider les aînés à utiliser le transport en commun, plusieurs programmes ont été implantés dans différents pays (Annexe 1). À notre connaissance, seulement six de ces programmes ont fait l'objet d'une évaluation, dont un seul (Smeesters, Corriveau et Audet, 2011) est disponible en français, et adapté et implanté au Québec.

Précisément, « *Le Projet autobus : Les aînés et l'apprentissage de l'usage du transport en commun* » de Smeesters *et al.* (2011) a été développé à Sherbrooke (Québec, Canada), une ville d'environ 365 km^2 comprenant un réseau d'environ 30 lignes d'autobus (Société de transport de Sherbrooke, 2013). Lors de l'étude, les aînés participaient à une formation théorique d'une heure puis à quatre trajets pratiques dont un en groupe. À la suite du programme de Smeesters *et al.* (2011), le degré de confiance et d'aisance des participants à utiliser le transport en commun avait augmenté, qu'ils l'utilisent seul ($p < 0{,}001$) ou accompagné d'un proche ($p = 0{,}01$). Près du tiers (n=5 ; 31,3 %) des participants se sont aussi procuré des billets et la majorité (n=12 ; 75,0 %) ont utilisé le transport en commun. Toutefois, malgré ces résultats prometteurs, Smeesters *et al*. rapportent que les effets de leur programme sont modestes et qu'ils pourraient être bonifiés en se référant à des principes ergothérapiques, gérontologiques et pédagogiques. En effet, grâce à une analyse approfondie de l'activité (Blesedell Crepeau et Boyt Schell, 2009 ; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008) « utiliser le transport en commun », les principes ergothérapiques optimiseraient le programme notamment en détaillant davantage les étapes à suivre pour réaliser avec succès l'activité, ainsi que les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation du transport. Par ailleurs, les principes gérontologiques et pédagogiques permettraient de bonifier respectivement les déficits susceptibles de survenir lors du vieillissement normal et les moyens facilitant l'apprentissage. Enfin, toujours selon cette recherche, un seul des quatre trajets pourrait être suffisant pour la majorité des participants, ce qui pourrait diminuer les coûts d'un tel programme. La présente étude visait donc à bonifier le programme d'apprentissage à l'utilisation du transport en commun et à diminuer le nombre de trajet pratique qui avait été offert dans le cadre de l'étude de Smeesters *et al*. Puisqu'à la suite de changements apportés à un programme, une évaluation de ses effets est requise (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2011), l'étude visait aussi à évaluer l'effet de ce programme bonifié sur le degré de confiance et d'aisance, les connaissances et la fréquence d'utilisation du transport en commun des aînés. Enfin, l'étude visait à vérifier la satisfaction des participants eu égard à la formation théorique et à l'ensemble du programme.

MÉTHODES

Dispositif et déroulement de l'étude

Un devis pré-expérimental incluant un pré-test et un post-test a été utilisé pour réaliser cette étude pilote visant à évaluer les effets du programme « Apprentissage à l'utilisation du Transport en Commun chez les aînés » (ATraCo), c'est-à-dire le programme de Smeesters *et al.* (2011) bonifié, à l'aide d'écrits pertinents et d'experts des domaines, de principes ergothérapiques, gérontologiques et pédagogiques (voir section sur le programme ATraCo). Les écrits scientifiques sur les facilitateurs et les obstacles à l'utilisation du transport en commun, ainsi que sur les programmes existants d'apprentissage du transport en commun, ont aussi été pris en considération lors de cette bonification. L'évaluation des effets du programme ATraCo portait sur le degré de confiance et d'aisance, sur les connaissances et sur la fréquence d'utilisation du transport en commun. La satisfaction des participants vis-à-vis de la formation théorique et de l'ensemble du programme a aussi été évaluée. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2011-40/Levasseur).

Participants à l'étude

Au total, 16 participants ont été recrutés de mars à juillet 2012 à Sherbrooke selon la méthode boule de neige, c'est-à-dire via les connaissances de l'équipe de recherche et des autres participants, et par l'entremise de *Sherbrooke Ville en santé*, une table de concertation qui rassemble des élus et les directions générales de différentes organisations. Cette méthode a permis de respecter les contraintes de temps et de financement de l'étude. Les participants devaient être âgés de 60 ans et plus, et ne pas avoir été des usagers habituels de la Société de transport de Sherbrooke dans les cinq dernières années. Les participants pouvaient ainsi avoir déjà utilisé le transport en commun, mais moins d'une fois dans les cinq dernières années. Le recrutement ciblait principalement les aînés désirant utiliser le transport en commun à court ou à moyen terme, sans exclure ceux qui envisageaient une utilisation ultérieure et souhaitaient un apprentissage en prévision, notamment, d'une cessation de la conduite automobile. Toutefois, pour assurer la validité des réponses aux questionnaires et par sécurité, il était prévu d'exclure toute personne présentant une atteinte significative des fonctions cognitives (jugement clinique), utilisant une aide à la marche autre qu'une canne simple, présentant une déficience visuelle ou auditive de modérée à grave, ou ayant déjà participé à un programme de formation sur l'utilisation du transport en commun. Aucune personne approchée n'a toutefois dû être exclue.

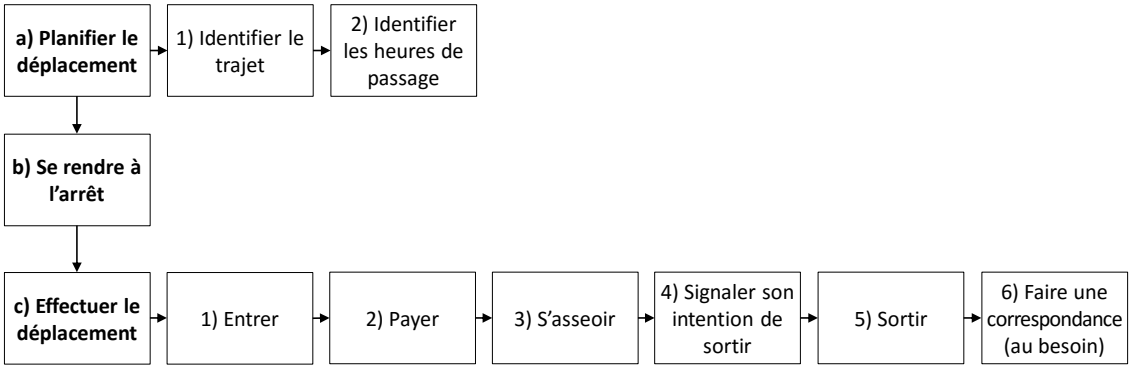
Programme « Apprentissage à l'utilisation du Transport en Commun chez les aînés » (ATraCo)

Le programme ATraCo comportait une formation théorique en groupe, et une formation pratique individuelle. Le programme a été donné par cinq étudiants-chercheurs inscrits à la Maîtrise en ergothérapie à l'Université de Sherbrooke.

Formation théorique

La formation théorique a été offerte dans un local du *Centre de recherche sur le vieillissement* où les participants, entre quatre et sept par groupe (Svinicki et McKeachie, 2011), étaient accueillis par un étudiant-chercheur qui leur remettait, similairement à l'étude de Stepaniuk *et al.* (2008), les documents du programme et les invitait à prendre une collation. De façon cohérente avec les principes pédagogiques, les chaises du local étaient disposées en demi-cercle (Hurt, Scott et McCroskey, 1978), et, afin que chaque participant soit au besoin assisté, trois étudiants-chercheurs étaient assis parmi les participants. Les deux autres étudiants-chercheurs donnaient la formation sous forme magistrale, avec l'aide, inspirée de l'étude de Shaheen et Rodier (2007), d'une vidéo et d'un diaporama incluant des photos et les points clés de la présentation (Svinicki et McKeachie, 2011). À partir de principes ergothérapiques et de l'analyse de l'activité, la vidéo présentait chacune des étapes de l'utilisation du transport en commun (Figure 1) et permettait de diminuer certaines barrières à l'utilisation du transport en commun. De façon cohérente avec des principes pédagogiques, des mises en situation (Svinicki et McKeachie, 2011) ont été réalisées afin de lire les horaires du transport en commun et de planifier un trajet. Les participants avaient une copie papier du diaporama et pouvaient au besoin prendre des notes. Plusieurs documents accessibles (Griffin, McKenna et Tooth, 2003) leur étaient remis : un dépliant sur les étapes pour utiliser le transport en commun, une fiche pour planifier les déplacements inspirée de la Société de transport de l'Outaouais (2012), une carte sur leurs renseignements personnels, un aide-mémoire sur la gestion des imprévus (NVTC, 2008a) et différents horaires du réseau de transport en commun. Des loupes et des règles étaient aussi disponibles pour tous les participants. Les échanges entre les participants et la mise en commun de leurs expériences étaient favorisés et les étudiants-chercheurs répondaient à leurs questions au fur et à mesure. Enfin, en accord avec des principes gérontologiques limitant les difficultés mnésiques et attentionnelles qui peuvent survenir avec le vieillissement (Bee et Boyd, 2008 ; Vézina, Cappeliez et Belzil, 2007), la formation théorique durait entre 90 et 120 minutes, incluant, similairement à Stepaniuk *et al.* (2008), deux pauses. Lors de la présente étude, la formation théorique a été donnée à trois reprises à des groupes composés respectivement de sept, cinq et quatre aînés.

Figure 1 : Étapes clés de l'utilisation du transport en commun



La formation pratique

Dans les deux semaines suivant la formation théorique, les étudiants-chercheurs se déplaçaient au domicile des participants pour la formation pratique individuelle. Cette pratique permettait aux aînés de transférer leur apprentissage, un aspect important pour accroître l'efficacité d'un programme (Ford et Weissbein, 1997). Plus spécifiquement, la formation pratique débutait par un retour sur la formation théorique, suivi de la planification du trajet souhaité. Le participant devait réaliser toutes les étapes apprises lors de la formation théorique, c'est-à-dire planifier le trajet aller-retour, préparer son matériel à apporter et se rendre à l'arrêt. L'étudiant-chercheur accompagnait le participant et le guidait, au besoin seulement. Deux billets étaient remis gratuitement au participant pour le paiement de son trajet. À la suite du trajet, l'étudiant-chercheur donnait une rétroaction au participant en soulignant ses forces et les améliorations possibles. La durée de la formation pratique était d'environ 3 à 4 heures, dont approximativement 1 h 30 avant le trajet, et différait considérablement selon le trajet que le participant souhaitait réaliser.

Outils de collecte des données

Avant (T_0) et après (T_1 à T_5) la formation théorique, les participants étaient invités à remplir individuellement des questionnaires administrés sous forme assistée par un des cinq étudiants-chercheurs. Les six questionnaires de la présente étude étaient inspirés de questionnaires du NVTC (2008a et b), du programme d'ergothérapie de l'Université de Sherbrooke (2010), de Desrosiers *et al.* (2005) et de Smeesters *et al.* (2011). Ces questionnaires présentent une bonne validité apparente et de contenu, et ils ont été prétestés auprès de trois aînés et validés par trois experts externes en recherche sur le vieillissement. Par ailleurs, afin de réduire la possibilité d'un biais de mesure, leur utilisation a été limitée à l'essentiel. À T_1, l'administration des quatre questionnaires a été réalisée dans l'ordre de présentation.

Le questionnaire sociodémographique comprenait 21 questions, notamment, sur les caractéristiques personnelles des participants, leur état de santé, leurs habitudes de déplacement, et leurs antécédents de chutes (Tableau 1).

Le questionnaire de confiance et d'aisance incluait 11 questions répondues à l'aide d'une échelle de réponse de type Likert à quatre niveaux (Tableau 2). Le score maximal était de 33 points et indiquait un niveau élevé de confiance et d'aisance à réaliser l'ensemble des étapes d'utilisation du transport en commun tel que perçu par les participants.

Le questionnaire des connaissances comprenait sept questions, dont cinq à choix de réponses multiples, une à court développement et une à l'aide d'une échelle de réponse de type Likert à quatre niveaux (Tableau 3). Les questions portaient sur les connaissances générales vis-à-vis du transport en commun et des tâches associées à son utilisation. Une des questions à choix de réponses multiples comportaient plusieurs bonnes et mauvaises réponses pour lesquelles un point était respectivement accordé ou retiré pour un score minimum de 0. Pour les 4 autres questions à choix multiples et pour la question à court développement, un point par bonne réponse était accordé. Un total de 4 points pouvait être obtenu pour la réponse sur l'échelle de type Likert. Le score total était de 19 points, un score élevé indiquant un bon niveau de connaissances.

Le questionnaire de satisfaction envers la formation théorique incluait huit questions répondues à l'aide d'une échelle de réponse de type Likert à quatre niveaux. Les questions portaient, notamment, sur la qualité de la formation et de la documentation, ainsi que sur la compétence des formateurs. Le score total du questionnaire était de 33 points, un score élevé indiquant un bon degré de satisfaction.

Pendant les deux mois suivants la formation pratique, des suivis téléphoniques aux deux semaines ont permis de connaître la fréquence d'utilisation du transport (T_2 à T_5 ; Tableau 4). Afin de les aider à documenter leur utilisation du transport en commun pendant ces deux mois, un journal de bord était remis aux participants. Lors des suivis téléphoniques, les participants étaient invités à se rappeler, ou à consulter leur journal de bord, pour rapporter leur utilisation du transport en commun des deux dernières semaines (T_2 à T_5). Aucune incitation à utiliser le transport en commun n'était réalisée lors de ces suivis.

À la fin de tous les suivis, les participants répondaient au questionnaire de satisfaction envers le programme qui incluait trois questions fermées de type oui/non abordant l'utilité perçue de la formation en général et des documents remis, ainsi que l'intention d'acheter un titre de transport.

Analyse des données

Des statistiques descriptives (moyenne (m) et écart-type (ET), fréquence (n) et pourcentage (%), ainsi que médiane (méd) et intervalle interquartile (IIQ)) ont permis de décrire les participants à l'étude ainsi que leurs résultats aux questionnaires. Ensuite, les différences entre T_0 et T_1 aux questionnaires de confiance et d'aisance, et de connaissance ont été analysées par le test des rangs signés de Wilcoxon. Une taille d'échantillon de 16 participants permettait de détecter une différence de 0,75 entre les deux moyennes aux questionnaires de confiance et d'aisance, et de connaissance selon un test t bilatéral pour données appariées, un niveau alpha fixé à 0,05 et une puissance à

80 % (Machin, Campbell, Tan et Tan, 2009). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 18.0, Chicago, IL).

RÉSULTATS

Les participants étaient âgés de 64 à 85 ans, majoritairement des femmes, la plupart avaient terminé minimalement leurs études secondaires, et la moitié habitait dans une résidence d'accueil privée (Tableau 1). La majorité des participants étaient retraités, se considéraient actifs ou très actifs, avaient une bonne ou une excellente perception de leur santé et conduisaient une automobile à titre de moyen de transport principal. Seulement un des participants n'habitait pas à proximité d'un circuit desservi par le transport en commun et plus des trois quarts se sentaient en sécurité dans leur quartier (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=16)

Variables continues	**moyenne (ET)**
Âge (Années)	75,7 (6,4)
Variables catégorielles	**n (%)**
Genre : Femme	12 (75,0)
Scolarité	
Primaire	3 (18,8)
Secondaire	8 (50,0)
Collégial	1 (6,3)
Universitaire	4 (25,0)
État civil	
Célibataire	1 (6,3)
Marié/Conjoint de fait	3 (18,8)
Veuf	7 (43,8)
Séparé/Divorcé	5 (31,3
Situation de vie	
Seul	4 (25,0)
Avec membres de la famille	4 (25,0)
Résidence d'accueil privée	8 (50,0)
Occupation	
Retraité	15 (93,8)
Bénévole	1 (6,3)
Niveau d'activité physique	
Sédentaire	1 (6,3)
Peu actif	3 (18,8)
Actif	9 (56,3)
Très actif	3 (18,8)

(*Fin du tableau en page suivante*)

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (*suite*)

Variables catégorielles	n (%)
Perception de la santé	
Passable	4 (25,0)
Bonne	6 (37,5)
Excellente	6 (37,5)
Troubles sensoriels	
Problème visuel avec moyen auxiliaire	11 (68,8)
Problème visuel sans moyen auxiliaire	1 (9,1)
Problème auditif avec moyen auxiliaire	0 (0,0)
Problème auditif sans moyen auxiliaire	4 (25,0)
Difficultés lors des déplacements	7 (43,8)
Nombre de chutes depuis les 12 derniers mois	7 (43,8)
Aucune	9 (56,3)
1 à 2	6 (37,5)
2 à 3	1 (6,3)
Aide à la marche	
Aucune	12 (75,0)
Canne simple	3 (18,8)
Autre : Bâton de marche	1 (6,3)
Utilisation de l'aide à la marche	
Sans objet	12 (75,0)
Déplacements extérieurs	3 (18,8)
Déplacements intérieurs et extérieurs	1 (6,3)
Utilisation des transports en commun	
Jamais	2 (12,5)
Une fois dans les 5 dernières années	1 (6,3)
Quelques fois dans les 10 dernières années	3 (18,8)
Quelques fois il y a 10 à 30 ans	5 (31,3)
Quelques fois il y a plus de 30 ans	5 (31,3)
Habitation à proximité de transports en commun	15 (93,8)
Principal moyen de transport	
Marche	3 (18,8)
Automobile (conducteur)	11 (68,8)
Automobile (passager)	1 (6,3)
Covoiturage	1 (6,3)
Fréquence d'utilisation du principal moyen de transport par semaine	
1 à 2	2 (12,5)
3 à 4	4 (25,0)
5 à 6	5 (31,3)
7 et +	5 (31,3)
Sécurité perçue dans le quartier	
Sécuritaire	13 (81,3)
Plus ou moins sécuritaire	3 (18,8)

Les résultats démontrent, qu'à la suite de la formation théorique, le degré moyen de confiance et d'aisance des participants à utiliser le transport en commun a globalement augmenté de 22,7 % (7,5 ± 3,2 points ; p = 0,001 ; Tableau 2). Une amélioration a été notée pour les tâches « lire les horaires », « planifier le déplacement », « payer », « s'asseoir », « signaler son intention de sortir », « sortir », « prendre une correspondance » et « arriver à l'heure à destination ». Malgré une augmentation des scores moyens, les tâches « se rendre à l'arrêt », « entrer » et « utiliser seul le transport en commun » ne présentaient pas de changement statistiquement significatif. Toutefois, hormis « utiliser seul le transport en commun », ces tâches sont celles pour lesquelles la majorité des participants se sentaient « très à l'aise » avant de réaliser la formation (Tableau 2).

Tableau 2 : Degré de confiance et d'aisance à utiliser le transport en commun (n=16)

	fréquence (%)		**moyenne (ET)**		**médiane (IIQ)**		**valeur de *p***
Tâches[a]	**T0**	**T1**	**T0**	**T1**	**T0**	**T1**	**T0**
Lire les horaires			1,2 (1,1)	2,1 (0,8)	1,0 (2,0)	2,0 (1,8)	0,010
0	6 (37,5)	0 (0,0)					
1	3 (18,8)	4 (25,0)					
2	5 (31,3)	7 (43,8)					
3	2 (12,5)	5 (31,3)					
Planifier le déplacement			1,1 (1,1)	1,9 (0,9)	1,0 (2,0)	2,0 (1,5)	0,005
0	6 (37,5)	1 (6,3)					
1	5 (31,3)	3 (18,8)					
2	3 (18,8)	8 (50,0)					
3	2 (12,5)	4 (25,0)					
Se rendre à l'arrêt			2,4 (1,0)	2,6 (0,5)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,366
0	1 (6,3)	0 (0,0)					
1	2 (12,5)	0 (0,0)					
2	3 (18,8)	7 (43,8)					
3	10 (62,5)	9 (56,3)					
Entrer			2,3 (1,0)	2,6 (0,6)	3,0 (1,8)	3,0 (1,0)	0,132
0	1 (6,3)	0 (0,0)					
1	3 (18,8)	1 (6,3)					
2	3 (18,8)	5 (31,3)					
3	9 (56,3)	10 (62,5)					
Payer			1,8 (1,2)	2,8 (0,4)	2,0 (2,0)	3,0 (0,8)	0,011
0	3 (18,8)	0 (0,0)					
1	4 (25,0)	0 (0,0)					
2	3 (18,8)	4 (25,0)					
3	6 (37,5)	12 (75,0)					
S'asseoir			2,0 (0,9)	2,7 (0,6)	2,0 (1,8)	3,0 (0,8)	0,004
0	1 (6,3)	0 (0,0)					
1	3 (18,8)	1 (6,3)					
2	7 (43,8)	3 (18,8)					
3	5 (31,3)	12 (75,0)					

(*Fin du tableau en page suivante*)

Tableau 2 : Degré de confiance et d'aisance à utiliser le transport en commun (n=16) (*suite*)

	fréquence (%)		moyenne (ET)		médiane (IIQ)		valeur de *p*
Tâches[a]	**T0**	**T1**	**T0**	**T1**	**T0**	**T1**	**T0**
Signaler son intention de sortir			1,6 (1,2)	2,4 (0,8)	2,0 (2,8)	3,0 (1,0)	0,010
0	4 (25,0)	0 (0,0)					
1	3 (18,8)	3 (18,8)					
2	4 (25,0)	4 (25,0)					
3	5 (31,3)	9 (56,3)					
Sortir			1,9 (1,0)	2,6 (0,6)	2,0 (1,8)	3,0 (1,0)	0,010
0	2 (12,5)	0 (0,0)					
1	2 (12,5)	1 (6,3)					
2	7 (43,8)	5 (31,3)					
3	5 (31,3)	10 (62,5)					
Prendre une correspondance			1,1 (1,1)	1,8 (1,0)	1,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,005
0	6 (37,5)	1 (6,3)					
1	4 (25,0)	6 (37,5)					
2	4 (25,0)	4 (25,0)					
3	2 (12,5)	5 (31,3)					
Arriver à l'heure à destination			1,4 (1,1)	2,4 (0,8)	2,0 (2,0)	3,0 (1,0)	0,003
0	5 (31,3)	0 (0,0)					
1	2 (12,5)	3 (18,8)					
2	7 (43,8)	4 (25,0)					
3	2 (12,5)	9 (56,3)					
Utiliser seul le transport en commun			1,6 (1,1)	2,1 (0,8)	2,0 (1,8)	2,0 (1,8)	0,121
0	3 (18,8)	0 (0,0)					
1	4 (25,0)	4 (25,0)					
2	5 (31,3)	7 (43,8)					
3	4 (25,0)	5 (31,3)					
Niveau de confiance et d'aisance global (/33)			18,3 (9,5)	25,8 (6,3)	19,0 (14,8)	28,0 (6,5)	0,001

[a] 0 : Aucunement à l'aise, 1 : Peu à l'aise, 2 : Moyennement à l'aise, Très à l'aise (3)

À la suite de la formation, le niveau moyen de connaissances des participants a aussi globalement augmenté de 22,1 % (4,2 ± 0,4 points ; p = 0,001 ; Tableau 3). Spécifiquement, une amélioration des connaissances statistiquement significative a été observée pour la « perception générale des connaissances », « où trouver les horaires », la « mise en situation sur la planification d'un trajet » et le « mode de paiement ». Les participants avaient préalablement de bonnes connaissances sur les « étapes de la planification », sur « où payer » et sur « comment signaler son désir de sortir », dimensions pour lesquelles une augmentation moyenne des scores est présente, mais n'est pas statistiquement significative.

Tableau 3 : Auto-appréciation des connaissances sur le transport en commun (n=16)

	Fréquence (%)		Moyenne (ET)		Médiane (IIQ)		Valeur de *p*
Connaissances	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0
Perception générale des connaissances (/4)			1,9 (0,7)	2,6 (0,9)	2,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,008
Mauvaise	5 (31,3)	2 (12,5)					
Passable	8 (50,0)	4 (25,0)					
Bonne	3 (18,8)	8 (50,0)					
Excellente	0 (0,0)	2 (12,5)					
Où trouver les horaires (/4)			1,8 (0,8)	3,3 (1,0)	2,0 (1,0)	4,0 (1,8)	0,002
1 point	7 (43,8)	1 (6,3)					
2 points	6 (37,5)	3 (18,8)					
3 points	3 (18,8)	3 (18,8)					
4 points	0 (0)	9 (56,3)					
Étapes de la planification (/4)			3,8 (0,8)	4,0 (0,0)	4,0 (0,0)	4,0 (0,0)	0,317
1 point	1 (6,3)	0 (0)					
4 points	15 (93,8)	16 (100,0)					
Mise en situation sur la planification d'un trajet (/2)			0,9 (1,0)	1,9 (0,5)	0,5 (2,0)	2,0 (0)	0,005
0 point	8 (50,0)	1 (6,3)					
1 point	2 (12,5)	0 (0,0)					
2 points	6 (37,5)	15 (93,8)					
Où payer (/1)			0,8 (0,4)	1,0 (0)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	0,083
0 point	3 (18,8)	0 (0,0)					
1 point	13 (81,3)	16 (100,0)					
Mode de paiement (/3)			2,4 (0,7)	2,8 (0,4)	2,5 (1,0)	3,0 (0,0)	0,038
1 point	2 (12,5)	0 (0,0)					
2 points	6 (37,5)	3 (18,8)					
3 points	8 (50,0)	13 (81,3)					
Comment signaler son désir de sortir (/1)			0,9 (0,3)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	0,317
0 point	1 (6,3)	0 (0)					
1 point	15 (93,8)	16 (100,0)					
Niveau de connaissances global (/19)			12,4 (1,6)	16,6 (2,0)	12,0 (2,5)	17,5 (2,8)	0,001

Par ailleurs, les participants ont en grande majorité apprécié la formation théorique (données non présentées en tableau). En effet, 14 des 16 participants étaient entièrement satisfaits (33/33). Aussi, six participants (37,5 %) ont utilisé le transport en commun au moins une fois au cours des deux mois suivant le programme, dont un pour au moins 3 trajets (Tableau 4), et aucun n'a rapporté avoir rencontré des difficultés. De plus, la majorité (n=13 ; 81,3 %) des participants avait l'intention de se procurer éventuellement un titre de transport (données non présentées). Enfin, pour la satisfaction envers le programme, tous les participants ont confirmé l'utilité perçue de la formation en générale et des documents remis.

Tableau 4 : Fréquence d'utilisation du transport en commun dans les huit semaines post-formation pratique, par participant (n=16)

Nombre d'utilisation du transport en commun[a]	n de participants (%)
0	10 (62,5)
1	1 (6,3)
2	3 (18,8)
3	1 (6,3)
6	1 (6,3)

[a] un aller-retour = deux utilisations

DISCUSSION

La présente étude visait à bonifier, à diminuer le nombre de trajets pratiques comparativement à l'étude de Smeesters *et al.* (2011) et à évaluer l'effet du programme ATraCo sur le niveau de confiance et d'aisance, les connaissances et la fréquence d'utilisation du transport en commun. Le programme ATraCo a démontré une amélioration significative du degré de confiance et d'aisance, et des connaissances des participants sur l'utilisation du transport en commun. Aussi, plus du tiers des participants ont utilisé le transport en commun au moins une fois au cours des deux mois suivant leur apprentissage et tous ont rapporté avoir apprécié le programme. Les résultats de la présente étude concordent avec ceux d'autres études qui démontrent que les programmes d'apprentissage à l'utilisation du transport en commun peuvent s'avérer efficaces chez les aînés.

Spécifiquement, les programmes : ATraCo, Projet autobus : Les aînés et l'apprentissage de l'usage du transport en commun (Smeesters *et al.*, 2011), *Public Transit Training of the Rossmoor Senior Adult Community* (Shaheen, Allen et Liu, 2010), ainsi que le *Life Get on Board!* (NVTC, 2008a) ont permis d'augmenter le niveau de confiance et d'aisance des participants à utiliser le transport en commun. Contrairement à l'étude de Shaheen *et al.* (2010), la présente étude n'a toutefois pas démontré d'augmentation de la confiance et de l'aisance à utiliser le transport en commun seul. Puisque le niveau de confiance et d'aisance était évalué immédiatement à la suite de la formation théorique (sans utilisation du transport en commun), cette différence pourrait être expliquée par la nécessité de la formation pratique. D'ailleurs, malgré leur impression qu'un seul trajet serait suffisant, Smeesters *et al.* (2011) ont démontré, entre chacun des quatre trajets accompagnés, une augmentation du niveau d'aisance à utiliser seul le transport en commun.

Les programmes : ATraCo et *Travel Training for Older Adults* (Babka, Cooper et Raglan, 2009) ont aussi permis d'augmenter les connaissances des participants vis-à-vis du transport en commun. Pour la présente étude, cette augmentation demeure toutefois modeste, ce qui peut s'expliquer par une connaissance initiale élevée. Par ailleurs, l'étude de Babka *et al.* (2009) considérait la perception que les participants avaient de leurs connaissances, plutôt qu'une évaluation réelle de leurs connaissances.

Enfin, les programmes ATraCo, Projet autobus : Les aînés et l'apprentissage de l'usage du transport en commun (Smeesters *et al.*, 2011), *Public Transit Training of the Rossmoor Senior Adult Community* (Shaheen *et al.*, 2010), *Older and Wiser Rider* (Tuokko, McGee, Stepaniuk et Benner, 2007 ; Stepaniuk *et al.*, 2008), ainsi que *Life Get on Board!* (NVTC, 2008a) ont permis d'augmenter la fréquence d'utilisation du transport en commun des participants. Lors de la présente étude, seulement 37,5 % des participants ont toutefois utilisé le transport en commun, comparativement à 75,0 % dans l'étude de Smeesters *et al.* (2011). Cette différence peut s'expliquer par le fait que certains participants de la présente étude ont été sollicités par l'équipe de recherche, alors que ceux de Smeesters *et al.* (2011) étaient tous des volontaires ayant donné eux-mêmes leur nom pour participer au programme. De plus, les participants de Smeesters *et al.* (2011) réalisaient quatre trajets accompagnés et recevaient 16 billets pour utiliser le transport en commun gratuitement, dont huit pouvant être utilisés après le programme. Ainsi, il est possible que la réalisation de plus d'un trajet accompagné et l'offre de titres de transport gratuits soient importants. D'ailleurs, une étude réalisée en Angleterre auprès de 16 911 aînés a démontré une augmentation de la fréquence d'utilisation du transport en commun lorsque des laissez-passer sont fournis (Coronini-Cronberg, Millett, Laverty et Webb, 2012). De plus, similairement à Babka *et al.* (2009), même si plusieurs participants de la présente étude étaient intéressés à apprendre à utiliser le transport en commun, la majorité n'avait pas nécessairement l'intention de l'utiliser à court terme. En effet, les aînés ayant un permis de conduire ne perçoivent pas l'importance d'apprendre à utiliser le transport en commun (Coughlin, 2001).

Forces et limites

Cette étude a permis, à partir de principes ergothérapiques, gérontologiques et pédagogiques, de bonifier un programme d'apprentissage à l'utilisation du transport en commun chez les aînés. Le programme ATraCo considère ainsi les caractéristiques particulières et les besoins spécifiques des aînés, les facilitateurs et les obstacles à l'utilisation du transport en commun, ainsi que les forces et les limites d'autres programmes. Il comprend une vidéo présentant chacune des étapes de l'utilisation du transport en commun en contexte réel. L'étude présente aussi des limites. Malgré leur formation préalable et la standardisation du processus, puisque les différents questionnaires ont été administrés par cinq étudiants-chercheurs, il est possible que des différences soient survenues dans la collecte des données. De plus, même si les participants étaient informés qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse et qu'il était important de répondre le plus près possible de la réalité, un biais de désirabilité sociale peut être survenu, principalement pour le questionnaire de satisfaction qui, en l'absence de ressources externes, était administré par les étudiants-chercheurs ayant eux-mêmes donné la formation. Enfin, la présente étude a été réalisée auprès d'un petit nombre d'aînés non représentatif de cette population, dont l'utilisation du transport en commun n'était pas une nécessité et en l'absence d'un groupe contrôle.

CONCLUSION

Cette étude a permis de démontrer que le programme ATraCo augmente le degré de confiance et d'aisance, les connaissances et la fréquence d'utilisation du transport en commun des participants à cette recherche. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre quelles composantes spécifiques du programme ATraCo ont favorisé l'apprentissage de l'utilisation du transport en commun chez les participants (ex. : analyse de l'activité, supports visuels, vidéo, trajet personnalisé, etc.). Ces études pourraient également permettre d'adapter le programme ATraCo à différentes clientèles ayant des atteintes ou des limitations cognitives. D'ailleurs, afin d'apprendre l'utilisation du transport en commun aux personnes présentant notamment une déficience intellectuelle, visuelle, psychique ou un trouble de l'autisme, le ministère des Transports du Québec (2011) offrirait un soutien financier aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ou organismes affiliés, qui s'associeraient à un réseau de transport en commun. Par exemple, en collaboration avec le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux, un programme d'apprentissage du transport en commun a été mis en place pour aider les intervenants dans leur démarche d'enseignement auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle (Lafortune et Bergeron, 1995). De plus, ultimement, puisqu'il a été développé en considérant le réseau de transport de Sherbrooke, le programme ATraCo pourrait être adapté à d'autres régions et offert en ligne. Ainsi, toute personne désirant apprendre à utiliser le transport en commun pourrait bénéficier du programme, et les déplacements et la participation à la communauté pourraient être optimisés. Puisque plusieurs obstacles à l'utilisation du transport en commun sont difficiles à atténuer par un programme d'apprentissage, des interventions de promotion de l'utilisation du transport en commun doivent aussi être mises en place. L'Outil de Sensibilisation des conducteurs âgés aux capacités requises et aux stratégies compensatoires pour une Conduite Automobile sécuritaire et Responsable (OSCAR ; Levasseur *et al*., 2014) permet de sensibiliser les aînés à l'importance d'utiliser des alternatives à l'automobile. Par ailleurs, afin de sensibiliser les adolescents aux défis qu'ils ont rencontrés en utilisant le transport en commun, l'Atelier intergénérationnel : Partager le transport en commun (Lorthios-Guilledroit *et al*., 2014) est un autre exemple d'intervention donnée par des aînés dans des écoles secondaires. Enfin, il est important de poursuivre les recherches sur le sujet, notamment pour mieux comprendre ce qui influe sur la fréquence d'utilisation du transport en commun.

REMERCIEMENTS

Merci aux Professeures Cécile Smeesters et Johanne Desrosiers, pour leur aide dans l'élaboration de l'étude, à Mmes Louise Gosselin et Lidia Lamontagne et à M. Sylvain Ducharme, pour leur contribution aux vidéos de l'étude, ainsi qu'à Mme Lise Trottier, pour l'analyse des données. Cette étude a reçu le soutien financier de l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, du Provigo situé sur la rue Galt Ouest à Sherbrooke et de la Société de transport de Sherbrooke. Mélanie Levasseur est chercheure boursière junior 1 du FRQ-S (#26815). Enfin, merci aux personnes âgées qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'étude.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adler, G. et Rottunda, S. (2006). Older adults' perspectives on driving cessation. *Journal of Aging Studies*, *20*(3), 227-235. doi:10.1016/j.jaging.2005.09.003

Babka, R.J., Cooper, J.F. et Ragland, D. R. (2009). *Evaluation of an urban travel training for older adults.* Repéré sur le site du UC Berkeley: Safe Transportation Research & Education Center : https://escholarship.org/uc/item/16k3j6r3

Babka, R.J., Zheng, J., Cooper, J. et Ragland, D.R. (2008). *Removing barriers for seniors at transit stops and stations and the potential for transit ridership growth*. Repéré sur le site du UC Berkeley: Safe Transportation Research & Education Center : http://www.escholarship.org/uc/item/1cw0t3hr

Baldock, M.R.J., Mathias, J.L., McLean, A.J. et Berndt, A. (2006). Self-regulation of driving and its relationship to driving ability among older adults. *Accident Analysis and Prevention, 38*(5), 1038-1045. doi:10.1016/j.aap.2006.04.016

Bath, P.A. et Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, *2*(1)*,* 24-30. doi:10.1007/s10433-005-0019-4

Bee, H. et Boyd, D. (2008). L'âge adulte : développement physique et cognitif. Dans *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain* (3e éd., p. 299-343). Saint-Laurent, QC : Éditions du Renouveau Pédagogique

Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. et Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*(6), 843-857. doi:10.1016/S0277-9536(00)00065-4

Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J. et Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *371*(9614), 725-735. doi:10.1016/S0140-6736(08)60342-6

Blanchard, R. A. et Myers, A. M. (2010). Examination of driving comfort and self-regulatory practices in older adults using in-vehicle devices to assess natural driving patterns. *Accident Analysis and Prevention, 42*(4), 1213-1219. doi:10.1016/j.aap.2010.01.013

Blesedell Crepeau, E. et Boyt Schell, B.A. (2009). Analyzing occupations and activity. Dans E. Blesedell Crepeau, E. S. Cohn et B. A. Boyt Schell (dir.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11e éd., p. 359-374). Philadelphie, PA : Lippincott Williams & Wilkins

Broome, K., Worrall, L., McKenna, K. et Boldy, D. (2010). Priorities for an age-friendly bus system. *Canadian Journal on Aging, 29*(3), 435-444. doi:10.1017/S0714980810000425

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes. Deuxième édition mise à jour.* Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

Burkhardt, J.E., Bernstein, D.J., Kulbicki, K., Eby, D.W., Molnar, L.J., Nelson, C.A., et McLary, J.M. (2014a). *Travel Training for Older Adults Part I: A Handbook* (No 168). Washington, DC : Transit Cooperative Research Program

Burkhardt, J.E., Bernstein, D.J., Kulbicki, K., Eby, D.W., Molnar, L.J., Nelson, C.A., et McLary, J.M. (2014b). *Travel Training for Older Adults Part II: Research Report and Case Studies* (No 168). Washington, DC : Transit Cooperative Research Program

Clausen, T., Wilson, A.O., Molebatsi, R.M., et Holmboe-Ottesen, G. (2007). Diminished mental- and physical function and lack of social support are associated with shorter survival in community dwelling older persons of Botswana. *BMC Public Health, 7*(1) (art. 144). doi:10.1186/1471-2458-7-144

Coronini-Cronberg, S., Millet, C., Lavery, A. et Webb, E. (2012). The impact of a free older persons' bus pass on active travel and regular walking in England. *American Journal of Public Health, 102*(11), 2141-2148. doi:10.2105/AJPH.2012.300946

Coughlin, J. (2001). *Transportation and older persons: Perceptions and preferences. A report on focus groups.* Washington, DC: AARP. Repéré à http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2001_05_transport.pdf

Dahan-Oliel, N., Mazer, B., Gélinas, I., Dobbs, B. et Lefebvre, H. (2010). Transportation use in community dwelling older adults: Association with participation and leisure activities. *Canadian Journal on Aging, 29*(4), 491-502. doi:10.1017/S0714980810000516

Desrosiers *et al.* (2005). Feuilles de collecte des caractéristiques sociodémographiques. Protocole de recherche *Participation sociale et stratégies d'adaptation dans vieillissement normal.* Document non publié.

Ford, J.K. et Weissbein, D.A. (1997). Transfer of training: An updated review and analysis. *Performance Improvement Quarterly*, *10*(2), 22-41. doi:10.1111/j.1937-8327.1997.tb00047.x

Griffin, J., McKenna, K. et Tooth, L. (2003). Written health education materials: Making them more effective. *Australian Occupational Therapy Journal, 50*(3), 170-177. doi:10.1046/j.1440-1630.2003.00381.x

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. et Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227-237. doi:10.1177/1745691614568352

Hurt, H.T., Scott, M.D. et McCroskey, J.C. (1978). Communication in the classroom. Reading, MA : Addison-Wesley

Inouye, S.K., Peduzzi, P.N., Robison, J.T., Hughes, J.S., Horwitz, R.I. et Concato, J. (1998). Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *Journal of the American Medical Association, 279*(15), 1187-1193

Lafortune, J. et Bergeron, M. (1995). *L'apprentissage du transport en commun.* Repéré sur le site du Ministère des Transports du Québec : http://www.bv.transports.gouv.qc.ca/mono/0942160.pdf

Levasseur, M., Desrosiers, J. et St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective quality-of-life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *87*(10), 830-841. doi:10.1097/PHM.0b013e318186b5bd

Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., Payette, H., et NuAge Study Group. (2011). Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *92*(12),1979-1986. doi:10.1016/j.apmr.2011.06.035

Levasseur, M., Renaud, J., Audet, T., Gélinas, I., Bédard, M., Coallier, J.-C., Langlais, M.-È. et Therrien, F.-H. (2014). Outil de Sensibilisation des conducteurs âgés aux capacités requises pour une Conduite Automobile sécuritaire et Responsable (OSCAR) : Développement et validation. *Recherche Transports Sécurité*, *2014*(04), 257-269.

Liu-Ambrose, T., Ashe, M. C., Marra, C. et Chronic Conditions Research Team (2008). Among older adults with multiple chronic conditions, physical activity is independently and inversely associated with health care utilization. *British Journal of Sports Medicine*, *44*(14), 1024-1028. doi:10.1136/bjsm.2008.046458

Lorthios-Guilledroit, A., Khan, F., Parisien, M., McLeod, S., Dupont, S. et Nour, K. (2014). Atelier intergénérationnel : partager le transport en commun. Repéré sur le site du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale : http://www.creges.ca/site/fr/pratiques-de-pointe/ppsv/les-programmes

Machin, D., Campbell, M., Tan, S.B. et Tan, S.H. (2009). *Sample Size Tables for Clinical Studies* (3e éd.). Chichester, West Sussex, UK ; Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell.

Marottoli, R.A., de Leon, C.F.M., Glass, T.A, Williams, C.S., Cooney, L.M. et Berkman, L.F. (2000). Consequences of driving cessation: Decreased out-of-home activity levels. *Journals of Gerontology, Series B: Social Sciences, 55*(6), S334-S340. doi:10.1093/geronb/55.6.S334

Martin, M., Sadlo, G. et Stew, G. (2012). Rethinking Occupational Deprivation and Boredom. *Journal of Occupational Science*, *19*(1), 54-61. doi:10.1080/14427591.2011.640210

Mathieson, K.M., Kronenfeld, J.J. et Keith, V.M. (2002). Maintaining functional independence in elderly adults: The roles of health status and financial resources in predicting home modifications and use of mobility equipment. *The Gerontologist, 42*(1), 24-31. doi:10.1093/geront/42.1.24

Ministère des Transports du Québec (2011). *Soutien financier du ministère des transports pour l'apprentissage du transport en commun.* Repéré à http://www.bv.transports.gouv.qc.ca/mono/0942162.pdf

NVTC (Northern Virginia Transportation Commission) (2008a). *Life: Get on board!* Repéré à http://www.thinkoutsidethecar.org/pdfs/Research%20Documents/Performance%20Studies/4.24.08%20LifeGetonBoardFinalReport.pdf

NVTC (Northern Virginia Transportation Commission) (2008b). *Life: Get on board! (appendices).* Repéré à http://thinkoutsidethecar.org/pdfs/SeniorMobility/LifeGetonBoardAppendices.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2008). *L'activité : l'outil privilégié de l'ergothérapeute*. Repéré à http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/Activite_outil_privilegie.pdf

Patla, A. E. et Shumway-Cook, A. (1999). Dimensions of mobility: Defining the complexity and difficulty associated with community mobility. *Journal of Aging and Physical Activity*, *7*(1), 7-19

Pellerito, J.M. Jr. et Burt, C.J. (2006). The adapted driving decision guide. Dans J.M. Pellerito Jr. (éd.), *Driver Rehabilitation and Community Mobility: Principles and Practice* (p.77-102). St. Louis, MO : Elsevier Mosby.

Programme d'ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke. (2010). *Formulaire d'évaluation des enseignements en APP.* Document non publié.

Shaheen, S.A., Allen, D. et Liu, J. (2010). Public transit training: A mechanism to increase ridership among older Adults. *Journal of the Transportation Research Forum, 49*(2), 7-28.

Shaheen, S.A. et Rodier, C.J. (2007). Video transit training for older travelers: Case study of the Rossmoor senior adult community, Walnut Creek, California. *Transportation Research Record: Journal of the Transportation Research Board, 2034*, 11-18. doi:10.3141/2034-02

Smeesters, C., Corriveau, H. et Audet, T. (2011). *Les aînés et l'apprentissage de l'usage du transport en commun*. Sherbrooke, QC : Sherbrooke Ville en santé

Société de transport de l'Outaouais (2012). *Programme d'aide à l'apprentissage au transport en commun*. Repéré à http://www.sto.ca/index.php?id=136&L=fr

Société de Transport de Sherbrooke (2013). *Informations générales. Société de Transport de Sherbrooke*. Repéré à http://www.sts.qc.ca/Societe-de-transport-de-Sherbrooke/Informations-generales

Statistique Canada (2010). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires : 2009 à 2036*. (Numéro 91-520-X au catalogue). Repéré à http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf

Statistical Package for the Social Sciences (Version 18) [Logiciel de statistiques]. Chicago, IL: SPSS Inc.

Stepaniuk, J.A., Tuokko, H., McGee, P., Garrett, D.D. et Benner, E.L. (2008). Impact of transit training and free bus pass on public transportation use by older drivers. *Preventive Medicine, 47*(3), 335-337. doi:10.1016/j.ypmed.2008.03.002

Svinicki, M. et McKeachie, W.J. (2011). McKeachie's teaching tips: strategies, research, and theory for college and university teachers (13e éd.). Belmont, CA : Wadsworth

Thompson, S., et Kent, J. (2014). Healthy Built Environments Supporting Everyday Occupations: Current Thinking in Urban Planning. *Journal of Occupational Science*, *21*(1), 25-41. doi:10.1080/14427591.2013.867562

Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, A. et Dobson, A. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden and quality of life. *Quality of Life Research, 17*(2), 267-273. doi:10.1007/s11136-007-9300-7

Tuokko, H., McGee, P., Stepaniuk, J. et Benner, E. (2007). *The older and wiser rider: An examination of transportation for older drivers.* Repéré sur le site du University of Victoria, Centre on Aging : http://www.coag.uvic.ca/resources/publications/reports/Publicreport_older_wiser_drivers_march29_07.pdf

Vézina, J., Cappeliez, P. et Belzil, G. (2007). Psychologie du vieillissement. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.) *Précis pratique de gériatrie* (3e éd., p. 36-49). Acton-Vale, QC : Edisem.

Warburton, D.E.R., Gledhill, N. et Quinney, A. (2001). Musculoskeletal fitness and health. *Canadian Journal of Applied Physiology*, *26*(2), 217-237. doi:10.1139/h01-013

ANNEXE 1 : PROGRAMMES D'APPRENTISSAGE À L'UTILISATION DU TRANSPORT EN COMMUN AYANT FAIT L'OBJET D'UNE ÉTUDE D'EFFICACITÉ

Auteurs (année)	Nom du programme	Objectifs	Devis	Variables à l'étude	Population et lieu	Description du programme	Résultats
Babka, Cooper et Ragland (2009)	Travel Training for Older Adults	Familiariser les ainés à l'utilisation du transport en commun	Pré-test/post-test	- Perception des connaissances vis-à-vis du transport en commun - Sources utilisées pour accéder à l'information - Préoccupations vis-à-vis de l'accessibilité au transport en commun - Motivation pour participer au programme - Principal moyen de transport utilisé	- n=53 - 45,3 % utilisaient le transport en commun et 37,7 % leur véhicule comme principal moyen de transport - Californie (USA)	- Formation théorique sur trois jours, en forme d'ateliers, et pratique (sorties en autobus et en métro) - Thèmes abordés : types de transport en commun, horaires, trajets et paiement - 4 formations étaient offertes, sur une période de temps non spécifiée	- Augmentation des connaissances l'utilisation du transport en commun * - Augmentation de l'intention d'utiliser diverses sources d'information
Shaheen, Allen et Liu (2010)	Public Transit Training of the Rossmoor Senior Adult Community	Augmenter l'usage du transport en commun et des ressources disponible pour le préparer	- Étude 1 (E1) : Pré-test/post-test (2007) - Étude 2 (E2) Suivi longitudinal de 6 mois à deux ans (fin en 2007)	- Niveau de confort à utiliser le transport en commun - Niveau de confiance pour trouver les ressources en vue de planifier le trajet - Modes de déplacements utilisés (réel et intentionné) - Perceptions des barrières à l'utilisation du transport en commun - Raison pour la participation au programme - Degré de satisfaction vis-à-vis du programme - Utilisation de ressources pour planifier le trajet	- Membres d'une communauté de retraités - n=42 (E1) - n=61 (E2) - Avant la formation : 9,5 % des participants (E1) et 1,6% (E2) utilisaient le transport en commun comme principal moyen de transport - Californie (USA)	- Formation de deux heures avec composante théorique et pratique - E1 : 6 formations au cours d'un été - E2 : 6 mois à 2 ans post programme	- E1 : 85,7 % avaient l'intention d'utiliser le transport en commun plus souvent - Augmentation de la confiance pour trouver les ressources nécessaires * - 92,9 % ont rapporté que le programme a été utile ou très utile - Augmentation du niveau d'aisance à utiliser le transport en commun* - E2 : augmentation de la fréquence d'utilisation du transport en commun * - Augmentation de la capacité à trouver des ressources pour planifier les trajets * - Diminution de l'utilisation de l'automobile comme moyen de transport principal *
Shaheen et Rodier (2007)	Video Transit Training of the Rossmoor Senior Adult Community	Augmenter la l'intention d'utiliser le transport en commun et réduire les obstacles potentiels	Pré-test/post-test	- Attitudes vis-à-vis du transport en commun - Modes de transports (réel ou planifié) en fonction du type de destination - Perceptions des barrières à l'utilisation du transport en commun et des solutions possibles	- Communauté pour retraités - n=129 - Utilisation régulière du transport en commun par 36,3 % des participants - Californie (USA)	- Vidéo démontrant comment utiliser le transport en commun dans certains lieux et comment franchir des obstacles potentiels - Vidéo conçue à l'aide d'une recension des écrits et des données provenant de 2 *focus groups* composés de membres de la communauté - 3 projections de la vidéo sur une période de 2 mois	- Diminution des obstacles perçus à l'utilisation du transport en commun (obtenir les horaires, coût, paiement) chez 30,2 à 65,1 % des participants - Pas de changement significatif pour lire les horaires et monter les escaliers - Augmentation de l'intention d'utiliser le transport en commun pour se rendre aux destinations présentées dans la vidéo - Résultats mitigés pour les déplacements vers d'autres destinations

(*Fin du tableau en page suivante*)

(Annexe 1, suite)

Auteurs (année)	Nom du programme	Objectif du programme	Devis	Variables à l'étude	Population et lieu	Description du programme	Résultats
Tuokko, McGee, Stepaniuk et Benner (2007) Stepaniuk, Tuokko, McGee, Garrett et Benner (2008)	The Older and Wiser Rider	Améliorer l'utilisation du transport en commun par les ainés. en confort et en sécurité	- Pré-test/post-test à 3, 6 et 12 mois post-programme - 3 groupes: (1) Contrôle (2) Ayant participé à la formation (3) Ayant participé à la formation et reçu un laissez-passer gratuit pour 3 mois	- Fréquence d'utilisation de l'automobile et distance parcourue - Fréquence d'utilisation du transport en commun	- n=41 personnes n'utilisant pas ou peu le transport en commun - Colombie-Britannique (Canada)	- Formation théorique de deux heures (explique la planification des trajets), suivie d'une brève sortie en groupe - Echanges et question + distribution de brochures expliquant les étapes pour utiliser le transport en commun. - 4 formations sur une période de temps non spécifiée - Suivi à 3, 6 et 12 mois post programme	- Comparativement au groupe contrôle, 3 mois après le programme, une augmentation de la fréquence d'utilisation du transport en commun a été observée chez les deux groupes ayant participé au programme * - Pas de différence dans l'utilisation du transport en commun entre le groupe ayant reçu le laissez-passer gratuit et ceux ayant seulement participé à la formation * - Même résultats observés lors du suivi à 6 et 12 mois *
Northern Virginia Transportation Commission (NVTC; 2008a et b)	Life Get on Board!	Augmenter le niveau de confiance des aînés pour utiliser le transport en commun	Pré-test/post-test à 3 et 6 mois post-programme	- Modes de transport utilisés et principale raison d'utilisation pour chaque mode - Fréquence de sorties - Dépendance des proches pour le transport - Niveau de confort à se déplacer dans un endroit inconnu - Satisfaction envers le programme - Perception des avantages et des désavantages du transport en commun - Raisons de ne pas utiliser le transport en commun	n=56 - Virginie (USA)	- Programme élaboré sur la base de 10 organismes américains offrant des programmes pour utiliser le transport en commun - Formation de groupe sur 2 jours : Formation théorique de 2 heures : Explication des étapes pour planifier un déplacement, utiliser le transport et gérer des imprévus - Formation pratique en groupe suivi d'un ou deux trajets individuels (avec accompagnateur ou un proche) - 5 formations de groupe offertes sur une période de 2 mois, accompagnements lors des trajets individuels offerts sur une période de 4 mois, et suivi à 3 mois et à 6 mois	- Après le trajet en groupe : 91 % étaient à l'aise ou tout à fait à l'aise à utiliser le transport en commun - 3 mois post programme, 3 fois plus de participants utilisaient le transport en commun - 6 mois post programme : 52 % des aînés n'ayant pas reçu de trajet individuel utilisait le transport en commun et 78 % de ceux ayant été accompagné à un ou plusieurs trajets individuels
Smeesters, Corriveau & Audet (2011)	Le Projet autobus	Améliorer la planification et l'utilisation du transport en commun par les aînés, avec l'aide de pairs	Pré-test/post-test après chacun des quatre trajets et un mois après la fin du programme	- Efficacité perçue du programme par les aînés - Degré de confiance et d'aisance à prendre le transport en commun seul ou accompagné d'un proche - Fréquence d'utilisation du transport en commun - Satisfaction envers la formation	- n=16 - Québec (Canada)	- Formation théorique d'une heure où des accompagnateurs aînés familiers avec le transport aident les participants (planification des déplacements et utilisation de l'autobus) - Formation pratique en groupe à la suite de la formation théorique et 3 trajets individuels avec un accompagnateur aîné (1 semaine entre chacun des trajets) - 3 groupes de formations (1 pilote et 2 autres groupes)	- 75% des participants ont trouvé le programme très efficace - Entre le trajet 1 et 4, augmentation du niveau d'aisance à prendre le transport en commun seul * - Entre les 4 trajets, la majorité (93,8 %) des participants n'ont pas utilisé le transport en commun - Dans le mois suivant le 4e trajet (à la suite du programme), 75,0 % des participants ont pris le transport en commun et 31,3 % ont acheté des billets - L'ensemble des participants ont fortement apprécié la formation

* Différences statistiquement significative à p=0,05 ou p=0,01

Volume 1, Numéro 2 | 2015

MÉTHODOLOGIES

POSER SA QUESTION DE RECHERCHE : PAR OÙ COMMENCER ?

Sylvie Tétreault[1]

[1] *Ergothérapeute, PhD, Professeur ordinaire HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : sylvie.tetreault@eesp.ch

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

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

CC BY NC SA

Introduction

Habituellement, la réalisation d'une recherche originale ou de son projet de fin d'étude débute par une réflexion afin de déterminer sa question de recherche. Or, de multiples façons peuvent être envisagées pour amorcer cette démarche. En fait, le choix de la question représente une étape cruciale du processus de recherche. Cette chronique proposera une synthèse de diverses méthodes pour faire émerger sa question.

Partir de soi, de ses expériences, de ses lectures

Très souvent, le choix de la thématique de recherche est guidé par son intérêt personnel, sa situation familiale, une expérience de stage ou une lecture stimulante. Par exemple, une motivation personnelle transparaît dans la question suivante : *Quels sont les bienfaits du chien d'assistance auprès des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme ?* (l'intérêt pour les chiens) ; ou encore dans celle-ci : *Comment utiliser le sport comme modalité favorisant la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ?* (l'intérêt pour le sport). Or la motivation à s'investir dans une étude repose souvent sur un lien affectif (sujet passionnant, intrigant) avec la question proposée. Naturellement, il importe de documenter la pertinence de sa question. Pour cela, il est possible de s'appuyer sur des données statistiques, sociodémographiques ou épidémiologiques. L'absence d'intervention spécifique ou encore les conséquences d'une situation négligée par les écrits scientifiques peuvent aussi justifier la pertinence de la question. Par exemple, dans de nombreux pays industrialisés, il y a un accroissement du nombre de personnes âgées désirant vivre à domicile. Considérant cela, il est pertinent de se poser la question suivante : *Quelles sont les conditions pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ?* La complexité de certaines situations rencontrées en ergothérapie confirme la nécessité de s'en préoccuper, comme les problèmes de santé mentale associés à une toxicomanie : *Pourquoi faudrait-il intégrer les habitudes de consommation du jeune adulte schizophrène dans son projet de vie ?* En somme, la justesse de la logique qui sous-tend une question doit être considérée, avant de finaliser son choix.

Utiliser les questions classiques

L'élaboration de la question de recherche peut se baser sur un questionnement classique.

- Qui ? Dans le cadre d'une équipe spécialisée, quels professionnels apportent du soutien pour favoriser le maintien à domicile de la personne Alzheimer ?
- Quoi ? Qu'est-ce qui favorise la participation sociale des adultes ayant une surdité congénitale ?
- Où ? Quand ? Dans quelles conditions l'équipe de réadaptation doit-elle intervenir auprès des employeurs potentiels pour favoriser l'embauche de jeunes adultes ayant eu un traumatisme crânien ?
- Comment ? Comment l'unité de posture peut-elle favoriser l'indépendance fonctionnelle lors des activités de la vie quotidienne de l'enfant scolarisé ayant une infirmité motrice cérébrale ?

– Pourquoi, ou plutôt pour quoi faire ? Pourquoi l'ergothérapeute devrait-il intervenir auprès des familles ayant une personne avec un trouble du comportement alimentaire ? Avec quelles ambitions ? Avec quels résultats ?

Cette façon de faire guide la réflexion et précise les éléments constituant la question.

Choisir une cible

Il est possible d'orienter sa question en fonction d'une idée précise. Cette cible peut être : (1) un individu ou un groupe ayant une pathologie ; (2) une situation qui cause préjudice ou qui semble complexe ; (3) une théorie, une approche thérapeutique et les interventions qui s'y rattachent ; (4) l'organisation des soins et de l'offre de service ; (5) un contexte social ou politique. Voici quelques exemples de questions de recherche pour illustrer les différentes cibles pouvant être choisies par le chercheur.

Si la question porte sur l'individu ou un groupe, elle peut prendre les formes suivantes : *De quelle façon un livret de conseils peut-il contribuer à soutenir l'intégration scolaire d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme ? Quels sont les préalables à acquérir pour permettre la réintégration à domicile de personnes ayant un vécu important en milieu carcéral ? Quelles sont les retombées d'un groupe de prévention des chutes destinées à des personnes âgées ?*

Dans le cas où la personne s'intéresse à une situation qui cause préjudice ou qui est *complexe, les questions peuvent être les suivantes : Comment permettre au jeune enfant polyhandicapé d'avoir accès au jeu ? Quelles stratégies thérapeutiques permettent de faciliter l'accès au logement pour une personne ayant des troubles de santé mentale sévères et persistants ? Quelles sont les modalités à utiliser en ergothérapie pour réactiver l'orientation spatio-temporelle chez les personnes ayant un traumatisme crânien sévère et ayant une amnésie post-traumatique ?*

Lorsque l'individu désire réaliser une recherche portant sur une théorie, une approche thérapeutique et les interventions, différentes questions peuvent être formulées. Voici quelques exemples : *Quelles sont les retombées de la thérapie par contrainte induite sur les habiletés manuelles de l'enfant hémiplégique ? Comment la personne ayant un cancer peut-elle utiliser le modèle Kawa pour prendre conscience de ses forces et de ses stratégies d'adaptation ? Quel est l'apport de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel dans l'élaboration d'un nouveau projet de vie pour les personnes blessées médullaires ?*

Pour des questions qui concernent l'organisation des soins et l'offre de service, plusieurs possibilités de question s'offrent à l'étudiant et au chercheur : *Quelle est la pratique des ergothérapeutes dans les urgences des centres hospitaliers ? Quelles sont les apports de l'ergothérapeute travaillant de façon préventive auprès des militaires, qui iront dans des zones de combat ? Comment les populations vivant en milieu rural ont-elles accès à des soins en ergothérapie ?*

D'autres questions peuvent permettre d'aborder un contexte social ou politique, par exemple : *De quelles façons les nouvelles réalités sociales sont-elles intégrées dans la formation en ergothérapie ? Quels sont les facteurs qui contribuent à la méconnaissance de l'ergothérapie par les citoyens ? Comment l'ergothérapie est-elle décrite par les décideurs politiques ? De quelle façon permettre la reconnaissance de l'ergothérapeute libéral par les médecins généralistes ?*

Lors de la rédaction de la question de recherche, la faisabilité doit être analysée. Il s'agit de prendre en compte les possibilités de réaliser l'étude à l'intérieur des conditions offertes par l'environnement. Il faut vérifier le temps disponible, l'accès à un financement, les possibilités de collaboration avec les équipes et les personnes visées par la question. Par exemple, si le développement d'un outil d'évaluation ou d'une intervention est désiré, il faut savoir que cela demande davantage de ressources et de temps pour être réalisé, comparativement à un sondage sur la satisfaction suite à une visite à domicile. La notion d'innovation et de nouveauté doit aussi être prise en considération.

Prioriser des moyens mnémotechniques

Différentes moyens mnémotechniques existent pour concevoir une question de recherche (tableau 1).

Tableau 1 : Méthodes mnémotechniques pour développer une question de recherche

PICOT	SUCRE	PIVOT	SIROP
Population	**S**ujet	**P**opulation	**S**ujet
Intervention	**U**tilité	**I**nterrogation	**I**ntérêt
Comparaison	**C**onnaissance	**V**ariable	**R**etombée
Outcomes (résultante)	**R**echerche	**O**ù	**O**uverture
Temps	**E**xploration	**T**emps	**P**roposition
Recherche expérimentale	*Recherche dans les écrits scientifiques*	*Recherche exploratoire*	*Développement théorique ou conceptuel*

Le plus connu est l'acronyme PICO(T), qui a été proposée par des chercheurs en sciences infirmières (Polit et Beck, 2014). Cet acronyme sert surtout pour des questions visant des recherches expérimentales ou quasi expérimentales. Par exemple, une étude voulant démontrer les effets d'une intervention visant la sécurité à domicile de la personne ayant des problèmes cognitifs ou encore un programme destiné aux personnes âgées qui leur enseigne la sécurité routière.

Tétreault (2014) a suggéré de nouvelles avenues pour construire sa question de recherche. Pour des recherches dans les écrits scientifiques, l'acronyme SUCRE peut être intéressant. Par exemple, la question peut concerner une recension narrative (Re-

cherche) sur l'engagement occupationnel (Sujet) des femmes incarcérées (Connaissances) en unité médicolégale (Exploration), avant leur libération vers une maison de transition (Utilité). Une autre question pourrait s'articuler autour de ces thèmes : Quels sont les outils disponibles (Connaissances) pour évaluer le fardeau (Sujet) des aidants (Utilité) de personnes ayant la maladie de Parkinson vivant à domicile (Exploration) : une revue systématique (Recherche).

L'acronyme PIVOT concerne les études exploratoires, en voici un exemple : Quelle est la perception parentale (Interrogation) de la participation sociale (Variable) de jeunes (Temps) enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (Population) qui vivent à domicile (Où) ? Un an après l'événement (Temps), quelles sont les retombées (Variable) d'une participation (Interrogation) aux jeux para-olympiques (Où) pour des adolescents ayant une déficience visuelle (Population) ?

Si un développement théorique ou conceptuel est ciblé dans les objectifs de recherche, l'acronyme SIROP peut s'avérer utile pour élaborer sa question, par exemple : quelles sont les composantes d'un nouveau modèle (Proposition de développement) de compétence culturelle en ergothérapie (Sujet) pour interagir (Intérêt) auprès des migrants (Ouverture) ayant un enfant en situation de handicap (Retombées) ? Comment organiser les services (Ouverture) offerts en ergothérapie (Sujet) auprès des personnes en situation d'itinérance (Intérêt + Proposition de développement) afin de favoriser une inclusion harmonieuse dans la société (Retombées) ?

Conclusion

La question de recherche est souvent le point de départ du raisonnement scientifique. Elle émerge souvent suite à une période d'égarement, de doutes et de tentatives diverses. Quatre éléments aideront à mettre en place les conditions favorisant l'émergence de sa question de recherche :

1. **Se connaître**. Quels sont vos goûts personnels, vos compétences et votre compréhension du thème à étudier ? Quels sont vos intérêts en lien avec ce sujet ? Est-ce que la question vous semble motivante et stimulante ?
2. **Explorer les écrits scientifiques sur le sujet**. Que disent les écrits scientifiques sur ce sujet ? Comment cette question a-t-elle été explorée dans le passé ?
3. **Vérifier la faisabilité de la question et l'utilisation potentielle des réponses**. Est-il possible de répondre à cette question en tenant compte de vos conditions de travail (dont la contrainte de temps et la possibilité d'avoir accès aux informations) ? Quelles sont les ressources dont vous disposez pour répondre à votre question ? Comment les résultats pourront-ils servir personnes concernées ?
4. **Choisir un angle d'analyse novateur** : Comment la question contribuera-t-elle au développement des connaissances ? De quelles façons suscitera-t-elle l'intérêt des intervenants, des personnes visées et de leur entourage ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Polit, D.F., et Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice* (8e éd.). Philadelphie (PA): Lippincott, Williams & Wilkins.

Tétreault, S. (2014). *Stratégies pour poser sa question de recherche.* Dans S. Tétreault et P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p.33-47). Bruxelles : De Boeck.

Volume 1, Numéro 2 | 2015

LU/VU POUR VOUS

GUIDE PRATIQUE DE RECHERCHE EN RÉADAPTATION. UN LIVRE DE SYLVIE TÉTREAULT ET PASCAL GUILLEZ

Pauline Beaupré[1]

[1] *PhD, Professeure, Département des sciences de l'éducation, UQAR- campus de Lévis, Québec, Canada*

Adresse de contact : Pauline_beaupre@uqar.ca

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

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

CC BY NC SA

Ce livre s'avère un outil incontournable pour tous chercheurs et étudiants impliqués dans le domaine de la réadaptation, mais également dans ceux investis en sciences humaines ou appliquées. La quantité des informations contenues fait en sorte qu'elles sont applicables dans divers contextes, et ce afin de faciliter la réalisation de recherches ayant des objets variés.

La construction de l'ouvrage est très conviviale et facilite une compréhension rapide par toutes les personnes intéressées à effectuer une démarche scientifique. Au plan du contenu, portant d'un bref historique et de différentes perspectives sur la recherche en réadaptation, en passant par les stratégies pour aider à poser une bonne question de départ, effectuer une bonne utilisation des bases de données, une recension riche d'écrits scientifiques ou une analyse rigoureuse d'articles, l'ouvrage aborde, de façon très claire et précise, différentes méthodes de collecte de données. Le lecteur pourra avoir rapidement un aperçu des notions d'instruments de mesure et de qualités métrologiques, ainsi qu'une présentation d'outils méthodologiques pour recueillir des informations auprès d'individus ou de groupes. Différentes approches sont abordées, dont l'entretien de recherche, l'élaboration d'un questionnaire, le sondage, la technique Delphi, le récit de vie, l'observation participante, le focus groupe, la méthode du groupe nominal, la méthode TRIAGE et le forum ouvert. La dernière section du livre traite de stratégies de recherche innovantes, dont celles de la recherche-action participative, la méthodologie Q (*Operant Subjectivity*) et l'évaluation de programme. L'ouvrage se termine sur des recommandations pour faciliter la réalisation de recherches en contexte de réadaptation, dont certaines d'entre elles visant à assurer la scientificité dans le cadre de l'analyse qualitative.

Ces quelques informations démontrent le vaste éventail de contenus de cet ouvrage. Il s'adresse autant aux chercheurs d'expérience qu'aux personnes novices dans le domaine. Son côté pratique s'avère à la portée de tous.

Sur le plan de la forme, ce livre est très facile d'accès. Il présente de brefs chapitres, d'une quinzaine de pages chacun, environ. Chacun va à l'essentiel de l'information. Ceci ne l'empêche pas d'être très bien documenté. De plus, la quantité importante de tableaux et de figures facilite la compréhension des divers contenus. Ils permettent de belles synthèses des informations. De nombreux exemples, ressortis sous forme d'encadrés, viennent également illustrer les propos abordés. Également, les nombreuses références incluses à la fin de chacun des chapitres permettent de mieux approfondir les sujets désirés. Il importe de mentionner la mise à jour des écrits scientifiques.

Personnellement, bien qu'étant professeure dans le domaine des sciences de l'éducation, j'ai eu l'occasion d'inviter mes étudiants gradués à utiliser cet ouvrage pour mieux les initier à la recherche.

À titre d'exemple, le chapitre sur la recension des écrits expose très bien, étape par étape, comment il importe de procéder. Aux dires des étudiants eux-mêmes, cette information fournie leur a donné le goût d'en savoir davantage sur le comment réaliser une bonne recherche. Quel bel ouvrage d'introduction à la recherche pour la relève!

En terminant, mentionnons deux mots qui résument bien ce livre : concret et accessibilité. Le consulter, c'est l'adopter! Alors, laissez-vous tenter.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Bruxelles: De Boeck - Solal.

Volume 1, Numéro 2 | 2015

LU/VU POUR VOUS

RETOURS SUR LE COLLOQUE DE PRINTEMPS DE L'ASSOCIATION FRANCOPHONE DES PROFESSIONNELS DE LA BASSE VISION (ARIBA) DE MAI 2015 À PARIS

Emeline Kientz[1]

[1] *Ergothérapeute, Centre d'Évaluation et d'Exposition Permanente-Centre de Ressources, d'Informations et de Conseils en Aides (CEP-CICAT), Eckbolsheim, France*

Adresse de contact : emeline.greneche@laposte.net

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

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

CC BY NC SA

Une fois par an, l'association francophone des professionnels de basse vision (ARIBa) tient un colloque de printemps à Paris dont l'objectif est de rassembler les professionnels impliqués dans la rééducation et la réadaptation des malvoyants (ophtalmologistes, orthoptistes, « AVJistes », psychologues, ergothérapeutes ...). Cette année encore, j'ai pu participer à cette journée riche en découvertes et en échanges. Son objectif, au travers des conférences présentées, est double : mieux appréhender les enjeux de notre pratique sur le terrain et connaître les avancées tant sur un plan médical que sur un plan technique (évolution des méthodes de rééducation et des aides techniques notamment). Bien que toutes intéressantes, certaines communications m'ont particulièrement interpellée et m'amènent à considérer l'évolution de ma pratique professionnelle ainsi que l'évolution des préconisations de prise en charge que je donne.

L'intervention de Pierre Griffon, psychologue à Paris au sein de la fondation Hospitalière Sainte-Marie, abordant le travail de deuil qui doit être réalisé par les patients déficients visuels en est le principal exemple. Il définit le travail de deuil comme un mécanisme qui permettrait pour le patient de passer de la définition de déficience (ici sensorielle) à la notion de handicap dans son quotidien. Dans ce contexte de deuil, P. Griffon souligne ainsi la difficulté pour un professionnel de santé de proposer au "bon moment" la prise en charge des compensations extérieures (aides techniques notamment). Et pourtant selon lui, le professionnel de santé a un rôle prépondérant à jouer dans l'accompagnement de ce travail de deuil nécessaire au patient pour envisager l'avenir. Toutefois, il semblerait, toujours selon P. Griffon, que "le bon moment" dans la prise en charge pour amener la question de la compensation ne soit pas tant inhérent à l'avancement du travail de deuil mais plutôt au positionnement de la personne et/ou de ses proches au vu de la situation. En d'autres termes, le patient doit dépasser la simple acceptation de sa situation et de son handicap pour en comprendre les conséquences dans sa vie quotidienne. La seconde partie de l'intervention a porté sur des pistes de réflexions pour qu'un professionnel de la santé puisse adapter son attitude thérapeutique et sa prise en charge face à un patient faisant un deuil pathologique.

Par ailleurs, ce colloque annuel a également été l'occasion de présenter le livre blanc de la basse vision qui sera prochainement téléchargeable gratuitement. Ce livre blanc est principalement destiné aux professionnels de santé. Il a été co-écrit par deux ophtalmologistes les docteurs Béatrice Le Bail et Françoise Gerin Roig et une neurologue le docteure Claire Meyniel suite à un constat simple : la méconnaissance de la basse vision en France. Cette méconnaissance est double chez les patients et leurs familles mais aussi au sein des administrations ou encore chez les professionnels médicaux et paramédicaux. Dans ce sens, cet ouvrage a pour objectif principal d'harmoniser nos pratiques sur le terrain et de mieux faire connaître la déficience visuelle auprès des professionnels de santé gravitant autour d'un patient présentant une telle déficience.

Ce livre blanc qui se veut très concret et simple, contient :

- des rappels sur le rôle de la vision et les principes de la prise en charge de la compensation d'un handicap visuel,
- la description de douze cas cliniques (avec un onglet spécifique pour les enfants),
- la redéfinition des objectifs de la prise en charge d'un déficient visuel par un médecin généraliste ainsi que par un ophtalmologiste,
- des propositions de différentes pistes d'orientation d'un patient déficient visuel.

Lors de cette même conférence, les intervenantes ont également souligné l'importance de faire attention aux troubles cognitifs et risques associés dans nos évaluations et nos propositions de prise en charge. Ainsi, le risque d'apparition des troubles cognitifs (essentiellement mnésiques et attentionnels) peut être majoré en cas de déficience visuelle, et ce, particulièrement chez les personnes âgées (dans le cas d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge, par exemple). De la même manière, le risque de chute à domicile est également plus prononcé chez les déficients visuels. Ces patients présentent également un risque plus important de développer un syndrome dépressif. Ces considérations m'ont interpellée et m'ont amenée à modifier et à affiner mon évaluation de début de prise en charge pour les patients déficients visuels. À présent, je serai particulièrement attentive à ces risques accrus pour cette population et en tiendrai compte lors de mes prises en charges futures. Concrètement, lors de mes interventions à domicile, je mettrai l'accent sur la prévention des risques et l'éducation thérapeutique pour les proches et les intervenants à domicile. Ces constats permettent de faire évoluer notre approche de la prise en charge et notre pratique professionnelle afin de répondre au plus près des besoins des personnes handicapées visuelles et de leurs proches.

Au cours de cette journée, j'ai également pu échanger avec des collègues sur des problématiques qui peuvent se poser à nous un jour ou l'autre, notamment sur la relation thérapeutique et l'accompagnement dans l'acceptation d'un handicap sensoriel. Aussi ces échanges ont vraiment mis l'accent sur le manque d'informations des différentes modalités de prise en charge possibles pour les patients et leurs familles et sur les demandes de prise en charge tant en rééducation qu'en réadaptation.

Il existe une littérature scientifique considérable sur tous ces sujets (Bambara et al., 2009 ; Bennion, Shaw et Gibson, 2012 ; Berger, 2013 ; Hooper, Jutai, Strong et Russell-Minda, 2008 ; Justiss, 2013 ; Liu, Brost, Horton, Kenyon et Mears, 2013 ; Senra et al., 2015 ; Smallfield, Clem et Myers, 2013), mais leur accès aux ergothérapeutes francophones reste difficile.

En somme, ce colloque m'a également permis de réaliser l'ampleur du travail qui reste à accomplir en France pour faire connaître la basse vision, ses conséquences et les moyens de compensation aussi bien auprès des professionnels de santé que des familles de patient. J'ai donc quitté ce colloque encore plus motivée pour promouvoir le rôle et l'intervention d'un ergothérapeute en réadaptation auprès d'un public déficient visuel. À mon sens, l'ergothérapie a toutes les raisons de s'inscrire dans cette logique de prise en charge pluridisciplinaire…

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bambara, J.K., Wadley, V., Owsley, C., Martin, R.C., Porter, C., et Dreer, L.E. (2009). Family Functioning and Low Vision: A Systematic Review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *103*(3), 137-149.

Bennion, A.E., Shaw, R.L., et Gibson, J. M. (2012). What Do We Know About the Experience of Age Related Macular Degeneration? A Systematic Review and Meta-Synthesis of Qualitative Research. *Social Science & Medicine*, *75*(6), 976-985. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.023

Berger, S. (2013). Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Older Adults Living with Low Vision. *The American Journal of Occupational Therapy*, *67*(3), 263-265.

Hooper, P., Jutai, J.W., Strong, G., et Russell-Minda, E. (2008). Age-Related Macular Degeneration and Low-Vision Rehabilitation: A Systematic Review. *Canadian Journal of Ophthalmology. Journal canadien d'ophtalmologie*, *43*(2), 180-187.

Justiss, M.D. (2013). Occupational Therapy Interventions to Promote Driving and Community Mobility for Older Adults with Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, *67*(3), 296-302. doi: 10.5014/ajot.2013.005660

Liu, C.-J., Brost, M.A., Horton, V.E., Kenyon, S.B., et Mears, K.E. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults with Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, *67*(3), 279-287. doi: 10.5014/ajot.2013.005512

Senra, H., Barbosa, F., Ferreira, P., Vieira, C.R., Perrin, P.B., Rogers, H., … Leal, I. (2015). Psychologic Adjustment to Irreversible Vision Loss in Adults. A systematic review. *Ophthalmology*, *122*(4), 851-861. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.10.022

Smallfield, S., Clem, K., et Myers, A. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve the Reading Ability of Older Adults with Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, *67*(3), 288-295. doi: 10.5014/ajot.2013.004929

Volume 1, Numéro 2 | 2015

LU/VU POUR VOUS

OCCUPATIONS ET SANTÉ. COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE « HEALTH AND WELLBEING THROUGH OCCUPATION » , SEPTEMBRE 2015, BOURNEMOUTH, ROYAUME-UNI

Sylvie Ray-Kaeser[1]

[1] *Ergothérapeute, MSc, Professeure associée, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : sylvie.ray@eesp.ch

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

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

CC BY NC SA

Ancrée dans la pratique des ergothérapeutes, les sciences de l'occupation sont nées aux Etats-Unis voilà juste 25 ans (Yerxa & Johnson, 1990). Les sciences de l'occupation ne sont pas encore très connues par les ergothérapeutes francophones. La barrière de la langue semble un obstacle important. Elles offrent pourtant de nombreuses pistes passionnantes, aussi bien en termes de recherche, de connaissances nouvelles, que de pistes pour la clinique. Plusieurs sociétés et associations existent, essentiellement dans les pays anglo-saxons, au Canada et au Japon. Si de nombreux ergothérapeutes européens s'y intéressent ou publient dans ce champ, notamment dans la revue *Journal of Occupational Science*, il n'existe pas encore un solide réseau européen dans ce domaine.

Nos collègues britanniques tentent depuis quelques années de promouvoir une association européenne des Sciences de l'Occupation. Elles ont invité les ergothérapeutes et les chercheurs intéressés par les sciences de l'occupation à deux jours de conférences dans le sud de l'Angleterre, près des falaises devenues célèbres depuis la série *Broadchurch* (*Health and Wellbeing through Occupation*, Occupational Science Europe International Conference, Bournemouth, 3-4 septembre 2015).

Quatre personnalités ont été invitées à nous donner du grain à moudre en conférence plénière, deux ergothérapeutes, un spécialiste de l'éthique et de la justice sociale et une anthropologue, soulignant par-là l'ancrage interdisciplinaire souhaité par de nombreux acteurs des sciences de l'occupation. Mais force est de constater que si le désir d'ouverture est bien présent, l'essentiel des participants au congrès est bien issu de l'ergothérapie, et non d'autres disciplines académiques. Et à fort accent anglais : sur l'ensemble des conférences, une poignée seulement provenaient de pays non-anglophones (Allemagne, Portugal, Suède, Israël, Espagne).

Clare Hocking est professeure en Sciences de l'occupation et éditrice du "Journal of Occupational Science". Pour l'anecdote, elle dirige actuellement les thèses de huit doctorants, ce qui nous laisse entrevoir le chemin qui nous reste à parcourir en Europe francophone. Elle nous a présenté, dans sa conférence intitulée "*Achieving Health and Wellbeing*" ce qui représente pour elle les principales dimensions en Sciences de l'occupation, que sont « le faire, l'être, l'appartenir, le devenir et … dormir ». Ces notions peuvent replacer l'occupation dans le monde physique de l'action et des processus de changement et de récupération de la santé et du bien-être. Ces dimensions, réductrices si elles ne servent qu'à nommer et classer des comportements, devraient au contraire permettre aux ergothérapeutes de participer plus activement à changer la société et promouvoir la santé et le bien-être pour tous.

Gail Mountain, chercheure en santé communautaire, nous a présenté les résultats d'une étude sur l'application du programme "*Lifestyle Matters*" (Mountain & Craig, 2011). Ce programme s'inspire du *Lifestyle Redesign* bien connu des ergothérapeutes qui s'intéressent à la promotion de la santé chez les personnes âgées(Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, & Clark, 1998; Lévesque, 2014). Né aux Etats-Unis, il a trouvé des déclinaisons dans de nombreux pays européens (Allemagne, Angleterre, Belgique, Canada, Norvège, Pays-Bas, et Portugal). Ce programme vise la transformation des comportements de santé, via des changements dans les occupations, au moyen de séances en groupes et de suivis individuels. Alors que le programme initial était très marqué par

une orientation ergothérapeutique, G. Mountain insiste plutôt sur l'importance de la multidisciplinarité dans la mise en place d'un tel programme (qui comporte effectivement des interventions qui font place à de l'activité physique ou à des activités liés à l'alimentation).

Sridhar Venkatapuram, chercheur et auteur de "*Health justice: an argument from the capabilities approach*" (Venkatapuram, 2011) se réfère au concept de "justice sociale" comme passerelle entre la philosophie d'un côté et les sciences de l'occupation de l'autre côté, avec leur concept de "justice occupationnelle". Sa conférence passionnante intitulée "*Habilitation, Occupation and Justice: A Philosophical Contribution*" nous a permis de mieux comprendre les liens existants entre les développements conceptuels récents en ergothérapie et en Sciences de l'occupation et ceux qui se déroulent dans d'autres disciplines, comme « l'approche des capabilités » de Sen (Anand, 2005). Le concept de justice occupationnelle permet d'élargir le lien relativement étroit entre la participation dans les occupations et la santé, développé par les auteurs de référence en sciences de l'occupation à celui des politiques de santé cherchant à favoriser l'accessibilité aux soins pour tous. E. Townsend a d'ailleurs également évoqué ce sujet dans un de ses articles (Townsend, 2012). Venkatapuram nous propose ainsi d'aller au-delà d'une vision « simpliste » de la justice axée sur le bonheur et le bien-être pour s'intéresser à faire changer les institutions sociales et à devenir des activistes de la justice sociale.

La dernière conférencière invitée, Judith Okely, nous a emmené dans un autre monde et un autre temps avec sa conférence intitulée "*Gypsies and Travellers: unique nomadic occupations strengthened by ethnic/ritual boundaries*". Cette ethnologue nous a présenté son travail d'immersion dans la communauté « gypsie » et le monde des nomades dans les années 1970 et les changements provoqués par leur sédentarisation sur leurs occupations. Son point de vue donne une dimension différente au concept de justice occupationnelle, notamment sur les répercussions négatives d'un changement brutal de mode de vie sur le travail, la santé et la solidarité communautaire. Cette communauté a perdu ses valeurs avec la perte de ses occupations quotidiennes partagées, comme cuisiner, faire la lessive, nettoyer. Elle démontre ainsi que la survie de ces communautés dépend de la réalisation de multiples co-occupations et de routines fondées sur leurs croyances. Avec cette conférence, c'est tout le poids qu'ont les occupations banales de la vie quotidienne sur la santé et le bien-être des individus qui a pris pour moi une nouvelle signification.

A côté de ces quatre conférences, le congrès a bien sûr été l'occasion de nombreux contacts et échanges dans les ateliers traitant d'occupations aussi variée que le football, la *circle dance*, la sexualité et des thèmes comme l'humour, l'équilibre occupationnel, le deuil, l'identité occupationnelle ou l'aliénation occupationnelle. Si certaines d'entre-elles fleuraient bon l'ergothérapie « à l'ancienne » (on nous a proposé de faire des travaux de tricot et de cuisiner des truffes au chocolat), d'autres au contraire nous ont ouverts sur de vraies nouvelles perspectives pour les ergothérapeutes, cliniciennes et chercheures, et pour leurs clients.

Ce congrès a malheureusement aussi été l'occasion de constater l'importance du fossé existant entre les développements qui sont à l'œuvre dans les pays anglo-saxons

et la manière dont ils sont présents en francophonie. Gageons qu'à ce titre, la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie pourra également apporter sa pierre pour le combler.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Anand, P. (2005). Capabilities and health. *Journal of Medical Ethics*, *31*(5), 299–303. http://doi.org/10.1136/jme.2004.008706

Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, *52*(5), 326–336.

Lévesque, M.-H. (2014). Lifestyle Redesign : une intervention prometteuse à découvrir. *Erg-Go!*, (1), 30–33.

Mountain, G. A., & Craig, C. L. (2011). The lived experience of redesigning lifestyle post-retirement in the UK. *Occupational Therapy International*, *18*(1), 48–58. http://doi.org/10.1002/oti.309

Townsend, E. A. (2012). Boundaries and Bridges to Adult Mental Health: Critical Occupational and Capabilities Perspectives of Justice. *Journal of Occupational Science*, *19*(1), 8–24. http://doi.org/10.1080/14427591.2011.639723

Venkatapuram, S. (2011). *Health justice: An argument from the capabilities approach*. Cambridge, UK: Polity Press.

Yerxa, E., & Johnson, J. A. (1990). *Occupational science: the foundation for new models of practice*. New York: Routledge.