

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Grand éditorial

- L'ergothérapeute : un agent de changement et un *leader* pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement** 3-9
Catherine Briand et Myreille Bédard

Portraits de chercheur

- Julie Paradis** 11-13
Sylvie Tétreault
- Mélanie Levasseur** 15-17
Sylvie Tétreault

Articles de recherche

- Programme sensorimoteur, intégration scolaire et enfants avec un Trouble du Spectre Autistique** 19-39
Myriam Chrétien-Vincent, Sylvie Tétreault et Mélanie Couture
- Validation de l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE)** 41-58
Raphaël Delorme, Annabelle Blanchette, Daphnée Fortin, Élise Yim, Éric Constantin et Johanne Desrosiers
- Habiliter les travailleurs à la prévention : description des pratiques des ergothérapeutes québécois visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail** 59-79
Alexandra Lecours et Pierre-Yves Therriault
- Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ?** 81-101
Jade Baillargeon-Desjardins, Martine Brousseau

Méthodologies

- Les méthodes d'analyse en recherche quantitative : une introduction aux principaux outils disponibles pour le chercheur** 103-110
Thomas Rajotte

Lu / Vu pour vous

- La recherche d'informations sur Internet. Une manuel paru en 2017, rédigé par Caroline Ladage*** 111-113
Sylvie Tétreault
- Le 11^e Congrès mondial sur l'accident vasculaire cérébral à Montréal, Canada, du 17 au 20 octobre 2018** 115-119
Anne Deblock-Bellamy et Marc-André Pellerin
- Premier Congrès national de l'autisme à Berne, Suisse, les 9-10 novembre 2018 : s'informer pour mieux accompagner** 121-124
Emmanuelle Rossini



L'ERGOTHÉRAPEUTE : UN AGENT DE CHANGEMENT ET UN *LEADER* POUR UNE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE AXÉE VERS LE RÉTABLISSEMENT

Les ergothérapeutes sont de plus en plus interpellés par le paradigme du rétablissement. En fait, un nombre grandissant de publications, projets d'intervention, présentations scientifiques concernant les pratiques axées vers le rétablissement impliquent activement les ergothérapeutes. Cet éditorial propose une réflexion sur le rôle d'agent de changement et de leader que peuvent jouer de manière significative les ergothérapeutes dans ce changement de paradigme. Comment les ergothérapeutes appliquent-ils les principes d'une pratique axée vers le rétablissement ? Comment y réfléchissent-ils ? Comment peuvent-ils y contribuer davantage ?

Partout dans le monde, les troubles de santé mentale ont une prévalence importante et représentent un des défis majeurs de la société (OMS, 2013). Toutefois, un écart important demeure entre les besoins des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et les services offerts (OMS, 2013). Avec l'objectif de réduire cet écart, le rétablissement représente le nouveau paradigme guidant les services en santé mentale dans plusieurs pays (Piat & Sabetti, 2012; Shepherd, Boardman, & Slade, 2007, 2008, 2014). Selon ces auteurs, le rétablissement personnel est le processus qui permet à chaque personne un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens. En se basant sur le modèle CHIME (Leamy et al., 2011; Slade, 2012), ce processus est possible à travers : (1) la connexion aux autres et à sa communauté (*connectedness*); (2) le sentiment d'espoir (*hope*); (3) la reconstruction d'une identité positive (*identity*); (4) la découverte d'un sens à son expérience vécue (*meaning*); (5) la réappropriation d'un pouvoir d'agir et d'une place dans la société (*empowerment*). L'acte de guider la personne dans ce processus de rétablissement (et de lui offrir toutes les opportunités pour le faire) appartient à ce qu'on appelle la pratique axée vers le rétablissement (Shepherd, Boardman, & Slade, 2007, 2014). Cette pratique s'inscrit dans les principes et valeurs du paradigme du rétablissement. Il défend l'idée que les systèmes et acteurs doivent transformer leur façon de faire

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.150

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



et commencer un réel changement social, et ce, à tous les niveaux (par ex. : distribution du pouvoir, mécanismes de prise de décision, organisation et prestation des services en santé mentale, lutte à la stigmatisation, etc.).

Plusieurs pays ont pris ce virage et recommandent des changements importants, ainsi que la mise en place d'outils pour faciliter l'implantation des pratiques axées vers le rétablissement dans les réseaux de santé (Piat & Sabetti, 2012; Slade, 2012). Le Canada, avec la *Stratégie en matière de santé mentale* et le *Guide de référence pour des pratiques axées vers le rétablissement* (CSMC), ne fait pas exception (CSMC, 2015; Kirby, Howlett, & Chodos, 2009, 2012). Les orientations actuelles vont vers des services qui soutiennent l'autogestion/autodétermination des personnes, l'amélioration des conditions de vie et l'augmentation des opportunités de participation sociale, la reprise d'une vie satisfaisante, ainsi que la réduction des écarts sociaux et de la stigmatisation/discrimination vécus par les personnes (CSMC, 2015; Shepherd, Boardman, & Slade, 2010, 2014). Au Québec, la mesure 1 du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020, promulguée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et qui correspond au principe de primauté de la personne, invite tous les établissements du réseau de la santé à transformer leur offre de soins et services en implantant une approche axée vers le rétablissement, notamment (1.1) par le respect des droits des personnes à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux; (1.2) en favorisant la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en regard de la maladie mentale; (1.3) par la mise en place et le maintien de soins et services axés sur le rétablissement (soutien entre pairs et autogestion, solutions misant sur les forces et ressources de la personne, reconnaissance du savoir expérientiel, partenariat avec les communautés locales, ainsi qu'avec les milieux de l'éducation et de l'emploi, soutien spécifique aux omnipraticiens, formation pour tous sur le rétablissement et les droits des personnes); (1.4) par la reconnaissance et le soutien de l'implication des membres de l'entourage dans tout le processus de soins et de rétablissement; (1.5) par la participation active de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services (Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services, Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015).

Les ergothérapeutes ont souvent le sentiment que leur approche correspond déjà au paradigme du rétablissement. Ce texte leur offre une grille d'analyse et de réflexion sur leur propre pratique. Que ce soit comme praticiens, enseignants ou chercheurs, les ergothérapeutes ont un rôle essentiel à jouer dans l'actualisation du paradigme du rétablissement. Grâce à leurs valeurs et principes d'intervention, leurs modèles théoriques et outils d'analyse (par ex. : opportunités occupationnelles, transformation des environnements, compréhension sociale des obstacles, travail au sein des collectivités, etc.), ils sont probablement les professionnels de la santé les mieux positionnés pour agir comme *leader* et faire la différence (Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE], 2002, 2013; Gruhl, 2005).

L'ergothérapeute : agent de changement et *leader* pour une pratique axée rétablissement

L'ergothérapeute partage des valeurs communes à la fois avec le concept d'*empowerment* et celui du rétablissement (Gruhl, 2005; Townsend, 2002). L'ergothérapeute croit que toute personne peut faire ses propres choix et se mettre en action à travers l'occupation afin de se bâtir un futur au-delà de la maladie. Il croit aussi que chaque personne est unique, possède des forces et des ressources, privilégiant ainsi une pratique centrée sur le client (Gruhl, 2005). Ces valeurs communes, en synergie, vont dans le sens du développement d'une identité occupationnelle positive qui permet à toute personne de retrouver un sens à sa vie et de reprendre les activités et rôles qu'elle valorise (Bélanger, Briand, & Rivard, 2005; Kielhofner, 2007). Cela dit, bien que les concepts d'*empowerment* et de rétablissement soient considérés comme indissociables l'un de l'autre par plusieurs auteurs (Gruhl, 2005; Piat et al., 2010), ils apparaissent se distinguer sur certains points. En effet, le concept d'*empowerment* met davantage l'emphase sur l'habileté de la personne à prendre le contrôle sur sa vie (Fitzsimons & Fuller, 2002) et moins, sur les composantes organisationnelles du système de soutien et les conditions qui peuvent réellement soutenir ce cheminement personnel vers la pleine participation sociale. Le concept du rétablissement fait passer la discussion d'une préoccupation uniquement centrée sur l'individu à la transformation systémique et sociétale des pratiques (Shepherd, Boardman, Rinaldi, & Roberts, 2014; Shepherd, Boardman, & Slade, 2007). Entre autres, l'une des distinctions majeures de ce concept est de permettre l'implication et l'intégration de personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale à tous les niveaux décisionnels du système de santé, et ce, tant dans la planification, la prestation que dans l'évaluation des services en santé mentale. Ce nouveau paradigme amène les différents acteurs du système à établir des relations d'égal à égal (*On the tap*) et non de pouvoir (*Top to bottom*) avec les personnes atteintes, ainsi qu'avec les membres de leur entourage (Perkins & Repper, 2012; Toney & al, 2018).

Sherperd et ses collègues (2008, 2010, 2014) et Slade (2014) ont résumé les orientations/actions concrètes d'une pratique axée vers le rétablissement. Ils donnent des pistes sur comment l'ergothérapeute peut être un agent de changement et *leader* dans cette transition vers un autre paradigme. Ainsi, l'ergothérapeute devrait :

- Minimiser l'utilisation des services de santé mentale et encourager l'identification de stratégies par la personne elle-même (philosophie d'autogestion/autodétermination)
- Miser davantage sur les choix, les forces et les ressources de la personne dans son réseau naturel
- Favoriser, comme premier point de contact, celui avec un pair aidant ou un patient partenaire (ou l'accès à des témoignages de personnes en processus de rétablissement)
- Militer pour la création de postes de pairs aidants ou patients partenaires
- Impliquer rapidement la personne et les membres de l'entourage (ou personnes significatives) dans l'élaboration d'un plan de rétablissement, incluant des directives anticipées en cas de situation de crise
- Développer des formations sur le rétablissement et les droits en tandem avec des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale

- Utiliser des approches d'intervention favorisant réellement le processus de rétablissement et répondant aux besoins des personnes, telles que le modèle des forces, l'élaboration d'un plan de rétablissement et de bien-être, la prise de décision partagée, le plan de crise conjoint ou directives anticipées, les approches de soutien à l'emploi (p. ex. : *Individual Placement Support*, IPS) et au logement (p. ex. : *Housing first*)
- Prioriser l'amélioration des conditions de vie par le retour au travail et aux études, l'accès à un logement autonome au choix de la personne
- Travailler avec les milieux citoyens (municipalités, écoles, entreprises, propriétaires de logements, etc.) pour permettre l'accès aux services et l'embauche massive des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale
- Lutter explicitement contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et l'auto-stigmatisation et ce, autant à l'extérieur qu'à l'intérieur du réseau de la santé mentale
- Soutenir l'embauche de personnes en rétablissement dans le réseau de la santé et leur implication à tous les niveaux de décision, revendiquer leur place au sein des comités de planification et d'organisation des services
- Impliquer dans le développement et la réalisation de projets d'intervention et d'évaluation, des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale, prioriser le co-développement « Jamais pour eux, sans eux ! »

Et, l'ergothérapeute chercheur...

L'ergothérapeute chercheur a cette même responsabilité que son homonyme praticien. Il détient une position unique qui fait de lui un agent de changement privilégié pour l'implantation du paradigme du rétablissement. Dans l'ensemble de ses projets, il doit revendiquer la place des personnes : elles passent ainsi d'objets de recherche à parties prenantes et partenaires décisionnels. L'ergothérapeute doit mettre de l'avant l'apport du savoir expérientiel et la participation active de patients partenaires à toutes les étapes de ses projets. C'est de sa responsabilité de mettre en place des processus d'évaluation et de recherche qui impliquent les personnes et les membres de l'entourage, et qui tiennent compte des acteurs concernés et de leur parole. L'ergothérapeute possède les compétences pour créer ces lieux et espaces de discussion et de décision, où le patient partenaire, le membre de l'entourage et le citoyen ont une voix, et ce, au même titre que les praticiens, gestionnaires et décideurs. Le chercheur ergothérapeute ne travaille pas seul. Il s'entoure de toutes les parties prenantes et défend souvent des projets de recherche-action participative transformatrice (Cousins & Chouinard, 2012; Ridde, 2009; Simard, 1997). Il privilégie le contact direct et des rapports sociaux égalitaires pour permettre une distribution différente des pouvoirs et une prise de décision collective permettant l'émergence de méthodes et savoirs intégrés.

L'ergothérapeute chercheur a la même responsabilité de défense des droits, des intérêts et des possibilités occupationnelles que dans la pratique clinique (ACE, 2013; Hammell & Iwama, 2012). Il est un agent de changement unique pour lutter contre les injustices sociales et occupationnelles, en particulier, par l'accès à la connaissance, aux opportunités d'emploi, aux mécanismes de prise de décision et de formation continue. Il doit soutenir l'embauche des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale dans ses équipes de travail et au sein de ses laboratoires de recherche.

Il doit être un employeur exemplaire, qui offre des opportunités de dépassement et d'épanouissement personnel. Par exemple, il peut créer au sein des équipes de travail et des laboratoires de recherche (avec ses étudiants, collègues, patients partenaires), des lieux de réflexion et de parole. Ces lieux peuvent servir à discuter de la répartition des tâches et responsabilités; à identifier des stratégies de maintien de rapports sociaux sains et bienveillants ; ou permettre la mise en place de mécanismes collectifs pour promouvoir une qualité de vie et une bonne santé mentale au travail pour tous. L'ergothérapeute chercheur se doit d'incarner les valeurs de l'ergothérapie et du paradigme du rétablissement au sein des équipes de travail, des projets de recherche dans lequel il est impliqué, ainsi qu'auprès des partenaires. D'ailleurs, il est encouragé à prioriser les projets avec les réseaux de santé et autres milieux citoyens (municipalités, écoles, entreprises, etc.) pour étendre la portée de ses idées de justice sociale et occupationnelle, et ce, bien au-delà des services et pratiques cliniques habituels. En agissant de la sorte, il peut participer réellement à l'émergence d'environnements sociaux sains, égalitaires et habilitants.

L'ergothérapeute chercheur devrait :

- Soutenir l'implication de personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale dans la planification, la collecte et l'analyse de données, la présentation des résultats, la publication (dont l'émergence de recommandations) dans tous ses projets d'évaluation, d'intervention ou de recherche.
- Revendiquer la place du savoir expérientiel dans tous les lieux de décision d'un projet pour permettre l'émergence d'un savoir intégré qui allie le savoir théorique (issu des données probantes), le savoir pratique (issu de la clinique) et le savoir d'expérience (issu du vécu).
- Soutenir l'embauche de patients partenaires et membres de l'entourage dans ses équipes de travail et ses laboratoires de recherche. Offrir ainsi des opportunités réelles de faire des choix et de mettre en valeur ses forces et compétences.
- Mettre en lien les étudiants et patients partenaires au sein des mêmes équipes de travail. Privilégier des expériences réelles de partenariat, sans hiérarchie.
- Offrir un travail régulier rémunéré au titre, statut et tarif horaire correspondant à l'emploi. Ne faire aucune distinction.
- Défendre, au sein de ses équipes de travail et de ses laboratoires de recherche, les droits des personnes et lutter ainsi contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation. Offrir aux personnes des opportunités de dépassement, de formation continue, etc.
- Créer des espaces de réflexion à même ses laboratoires de recherche sur le bien-être au travail, la bienveillance entre travailleurs et l'importance de stratégies collectives pour soutenir une bonne santé mentale en emploi.
- User de son influence pour revendiquer la place des personnes vivant ou ayant vécu avec une problématique de santé mentale au sein de comités de planification et d'organisation des services de santé mentale, mais également au sein des emplois et des lieux de décision de tous les milieux citoyens (réseaux de santé et de l'éducation, municipalités, entreprises, etc.).

L'ergothérapeute joue, à plusieurs niveaux, un rôle de premier plan dans l'application concrète des paramètres définissant une approche axée vers le rétablissement. Il est fréquemment l'un des principaux intervenants du système de santé mentale appelés à créer un lien de confiance avec les personnes, les membres de l'entourage, les communautés et à défendre leurs droits et intérêts. L'ergothérapeute contribue au changement de paradigme actuel. Il doit se poser en *leader* dans la transformation des services actuels, la reconnaissance de la place et du pouvoir décisionnel des personnes, le développement d'espaces habilitants et dans la lutte aux injustices sociales. Que nous soyons ergothérapeutes praticiens, enseignants ou chercheurs, nous avons tous cette responsabilité.

Voici une invitation, Chers collègues ergothérapeutes, à incarner et à défendre véritablement les valeurs propres à l'ergothérapie, qui sont au cœur de notre profession.

Catherine Briand, ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée au département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé de Montréal (CRIUSMM), Fondatrice du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS)

Myreille Bédard, patiente partenaire, formatrice et conférencière, auteure, chargée de projet au CÉRRIS, CRIUSMM

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). (2013). *Enabling occupation II*. ACE-CAOT, Ottawa, Canada.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). (2002). *Enabling occupation : An occupational therapy perspective*. ACE-CAOT, Ottawa, Canada.
- Bélanger, R., Briand, C. et Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). In M.-J. Manidi (Ed.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (pp. 111-158). Lausanne, Suisse: Les Cahiers de l'École d'Études sociales et pédagogiques.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Cousins, J.B. et Chouinard, J.A. (2012). *Participatory evaluation Up Close*. Charlotte, NC: Information Age Publishing, Inc.
- Fitzsimons, S. et Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health, 11*(5), 481-499.
- Gruhl, K. L. R. (2005). The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Canadian journal of occupational therapy, 72*(2), 96-102.
- Hammell, K. R. W. et Iwama, M. K. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19*(5), 385-394.
- Kielhofner, G. (2007). *Model of human occupation: Theory and application (4 ed.)*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kirby, M., Howlett, M. et Chodos, H. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être: Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ottawa, Ontario : Commission de la santé mentale du Canada.
- Kirby, M., Howlett, M. et Chodos, H. (2012). *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa, Ontario : Commission de la santé mentale du Canada.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec. Récupéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001798/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève, Suisse.
- Perkins, R. et Repper, J. (2012). *Recovery College*. Sainsbury Centre for Mental Health, Londres.
- Piat, M. et Sabetti, J. (2012). Recovery in Canada: Toward social equality. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 19-28.
- Piat, M., Sabetti, J. et Bloom, D. (2010). The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 168-177.
- Ridde, V. (2009). Une évaluation participative des processus avec renforcement du pouvoir d'agir de travailleurs de rue. Dans V. Ridde et C. Dagnenais (eds.). *Approches et pratiques en évaluation de programmes (chap. 14)*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M. et Roberts, G. (2014). *ImROC - Implementing Recovery through Organisational Change 8. Supporting recovery in mental health services: Quality and Outcomes*. London, UK: Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Burns, M. (2010). *Implementing recovery: A methodology for organisational change*. London, UK: Sainsbury Center for Mental Health.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2007). *Faire du rétablissement une réalité, Sainsbury Centre for Mental Health, London. Traduction en 2012 du document Making Recovery a Reality, Institut universitaire de santé mentale*. Douglas, Montréal, Québec, Canada.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2008). *Putting recovery into mental health practice*. Mental health today (Brighton, England), 28-31.
- Simard, P., O'Neill, M., Frankish, C.J., George, A., Daniel, M. et Doyle-Waters, M. (1997). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada francophone*. Ottawa, Ontario: Santé Canada.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. et Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology & Psychiatric Science*, 21(4), 353-364.
- Slade, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(1): 1-4.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., ... Slade, M. (2018). Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatric Services*, 69(12), 1222-1229. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800283>
- Townsend, E. A. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans E. A. Townsend (Ed.), *Promouvoir l'occupation: Une perspective de l'ergothérapie (pp. 33-64)*. Ottawa, Ontario : Association canadienne des ergothérapeutes.



PORTRAIT DE CHERCHEUR



JULIE PARADIS

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Au cours d'un séjour à Bruxelles, j'ai découvert avec mon collègue Marc-Éric Guisset de l'Institut supérieur Parnasse-Deux Alice un secret bien gardé. En effet, c'est lors d'une rencontre dans un café bien sympathique qu'il a été possible de discuter avec une jeune femme dynamique et déterminée, Julie Paradis. Celle-ci faisait alors un doctorat en sciences de la motricité dans le laboratoire « Motor Skill Learning and Intensive Neurorehabilitation » à l'Institut de neurosciences de l'Université catholique de Louvain (UCL). Son projet de thèse s'intitulait : « Mesure des changements dans les activités de vie quotidienne de l'enfant avec une paralysie cérébrale suite à un processus de rééducation intensive – lien avec les changements plastiques observés au niveau cortical », sous la direction de la professeure Yannick Bleyenheuft. (Elle a depuis soutenu sa thèse, en février 2019). Auparavant, en 2013, elle avait fait un master Handicap et autonomie, spécialité Recherche et réhabilitation du handicap moteur, à l'Université de Lyon en France, après avoir obtenu en 2011 son diplôme d'ergothérapeute à l'Institut des sciences et techniques de la réadaptation de Lyon et une licence en Sciences et techniques de la réadaptation, Université Lyon 1.

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.140

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



Cette ergothérapeute de nationalité franco-suisse avec un bagage académique belge possède une expertise avec les enfants présentant une paralysie cérébrale (PC) ; elle s'intéresse plus particulièrement à la neuroréhabilitation intensive. Lors de la supervision de thérapies intensives pour l'enfant PC, elle utilise les principes de l'apprentissage moteur et une approche fondée sur des objectifs arrimés aux activités de la vie quotidienne. En fait, une partie de sa thèse porte sur la fiabilité de la mesure des changements dans les activités de la vie quotidienne suite à une thérapie intensive basée sur l'apprentissage moteur. Elle utilise le modèle de la CIF (Classification internationale du fonctionnement et du handicap) pour enfants afin d'aborder le fonctionnement de l'enfant en interaction avec son environnement. Plus spécifiquement, elle privilégie l'approche canadienne du rendement et de l'engagement occupationnel. D'ailleurs, une de ses lectures inspirantes est le livre *Occupational Therapy for Children* de Jane Case Smith.

Mais comment Julie Paradis a-t-elle eu la piquûre de la recherche ? Lors de notre entretien, elle indique qu'un des éléments significatifs a été sa rencontre avec une experte en rééducation intensive, soit la professeure Bleyenheuft, qui est devenue sa directrice de thèse. Dès sa 2^e année d'études en ergothérapie, Julie s'est intéressée à la rééducation intensive pratiquée en pédiatrie. Même si, comme ergothérapeute, elle a expérimenté d'autres approches dans sa pratique professionnelle après l'école, elle désirait se former à l'approche des thérapies intensives basées sur l'apprentissage moteur et continuer en clinique. C'est alors que la professeure Bleyenheuft lui a proposé de faire un doctorat pour maîtriser à la fois la théorie et la pratique sur le sujet. Il paraissait plus simple de changer les habitudes thérapeutiques en ayant un bagage scientifique plus approfondi qui pourrait mettre la décision d'un ergothérapeute au même niveau que celle d'un médecin.

Selon Julie Paradis, les difficultés importantes que rencontre le développement de la recherche en ergothérapie sont liées à la rareté des masters, qui sont souvent peu ou pas spécifiques à la profession, ainsi qu'aux passerelles entre l'école et le master. De plus, une fois que l'on est professionnel, peu de temps est accordé par l'employeur pour se consacrer à la recherche, à la prise de données, à la lecture des écrits scientifiques et à la participation à des conférences. Elle suggère de mettre en place des partenariats entre instituts de formation en ergothérapie et universités afin d'insérer des étudiants, lors de leur mémoire de fin d'études, dans le milieu de la recherche. Elle recommande aussi de favoriser les stages de recherche à l'étranger. Sur le plan professionnel, un lien privilégié entre chercheurs et praticiens, par exemple, permettrait l'établissement d'un pont entre les deux sphères. L'entrée de l'ergothérapie à l'université serait évidemment un grand pas en avant pour le développement de la recherche en ergothérapie.

Au fil des années, Julie a connu plusieurs accomplissements scientifiques et participé à plusieurs échanges scientifiques internationaux. Néanmoins, elle est fière de deux réalisations. D'abord, il y a la collaboration à la mise en place, dans un laboratoire à Bruxelles, du premier séjour de rééducation intensive chez les enfants présentant une atteinte bilatérale (qui jusqu'alors n'était réalisé qu'avec des enfants hémiplegiques). Ensuite, elle cite les résultats et l'approche de l'étude qui est à la base de sa thèse, sur les changements dans les activités de la vie quotidienne suite à une thérapie intensive.

Lorsque nous lui demandons comment elle s’y prend pour atteindre un équilibre occupationnel dans sa vie, Julie Paradis répond de façon moqueuse qu’elle s’occupe d’autres choses que de son travail ! Elle se reprend en insistant sur le fait que pour atteindre cet équilibre, elle doit faire des activités de recherche et d’autres plus pratiques, orientées vers les enfants. Il est important pour elle de travailler en équipe pluridisciplinaire, car elle trouve cette façon de faire très enrichissante. Elle estime que la possibilité de réfléchir en groupe sur des approches théoriques, des problématiques ou des retours de formation est indispensable. Mais Julie, aucun loisir, pas d’activités ludiques ? Peut-être que oui, après l’obtention du doctorat...

Julie Paradis est une femme tournée vers l’avenir et son prochain projet était alors d’entreprendre un postdoctorat. Elle aspirait à poursuivre son travail sur l’apprentissage moteur de l’enfant atteint d’une paralysie cérébrale et le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne, par l’intermédiaire d’un outil d’évaluation basé sur l’observation ou par une étude de l’apprentissage d’une nouvelle tâche (transfert de tâche) en neuro-imagerie en collaboration avec des collègues. L’application de ces thérapies intensives chez les tout-petits était aussi dans ses projets. Bien d’autres rêves étaient à réaliser !

Les travaux de Julie Paradis vous intéressent ? Vous pouvez communiquer avec elle au courriel suivant : julieparadis@hotmail.fr

Vous pouvez aussi consulter différents écrits :

Bleyenheuft, Y., Ebner-Karestinos, D., Surana, B., Paradis, J., Sidiropoulos, A., Renders, A., Friel, K. M., Brandao, M., Rameckers, E. et Gordon, A. M. (2017). Intensive upper- and lower-extremity training for children with bilateral cerebral palsy: A quasi-randomized trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(6), 625-633. doi:10.1111/dmnc.13379

Bleyenheuft, Y., Paradis, J., Renders, A., Thonnard, J.-L. et Arnould, C. (2017). ACTIVLIM-CP: A new Rasch-built measure of global activity performance for children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disability*, 60, 285-294. doi : 10.1016/j.ridd.2016.10.005

Paradis, J., Arnould, C., Thonnard, J.-L., Houx, L., Pons-Becmeur, C., Renders, A., Brochard, S. et Bleyenheuft, Y. (2018). Responsiveness of the ACTIVLIM-CP questionnaire measuring global activity performance in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60, 1178-1185. doi:10.1111/dmnc.13927

Paradis, J., Arnould, C. et Bleyenheuft, Y. (soumis 2018). Normative values and discriminative ability across functional levels of ACTIVLIM-CP, a measure of global activity performance for children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*.

Paradis, J., Dispa, D., De Montpellier, A., Ebner, D., Araneda, R., Saussez, G., ... Bleyenheuft, Y. (2019). Inter-rater reliability of activity questionnaires after an intensive motor-skill learning intervention for children with cerebral palsy (CP). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. doi:10.1016/j.apmr.2018.12.039



PORTRAIT DE CHERCHEUR



MÉLANIE LEVASSEUR

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Énergie, passion, goût du dépassement et altruisme, voilà autant de qualificatifs qui décrivent Mélanie Levasseur, professeure à l'Université de Sherbrooke dans la province de Québec au Canada. Mélanie est également chercheure régulière au Centre de recherche sur le vieillissement ainsi qu'au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Mélanie Levasseur a terminé ses études en ergothérapie en 1997 à l'Université McGill à Montréal, puis elle a obtenu en 2001 une maîtrise en sciences cliniques (gériatrie) à l'Université de Sherbrooke. Par la suite, elle a terminé en 2007 des études doctorales en sciences cliniques (réadaptation) à l'Université de Sherbrooke. Afin de parfaire ses connaissances et affiner ses qualités de chercheure, elle a réalisé un stage postdoctoral de 2007 à 2010 à l'Université de Montréal, sous la direction de Lucie Richard et Lise Gauvin. À ces réalisations s'ajoute un diplôme de 3^e cycle en pédagogie de l'enseignement supérieur obtenu en 2013... Ouf ! De l'énergie à revendre, une curiosité insatiable, un désir d'explorer... oui, c'est bien le portrait de Mélanie Levasseur que vous vous apprêtez à lire.

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.141

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



Mais au-delà de ces diplômes, Mélanie Levasseur a une passion pour la promotion de la santé, les aspects sociaux du vieillissement et les déterminants sociaux de la santé. Que ce soit la mobilité, l'autonomie, la qualité de vie, la conduite automobile, l'environnement et la participation sociale, elle a développé une expertise sur ces sujets. Elle possède de multiples connaissances sur les approches méthodologiques, ce qui lui permet d'être flexible et créative devant un problème à résoudre. Elle est capable de travailler avec des devis mixtes, mais aussi purement quantitatifs, comme dans le cas de grandes enquêtes populationnelles impliquant ou non des analyses des effets ou multi-niveaux. Elle maîtrise également les particularités de la recherche qualitative, que ce soit la recherche-action, les études de cas ou encore la théorisation ancrée.

Mélanie Levasseur mentionne que Johanne Desrosiers lui a transmis sa passion pour la recherche, sa rigueur et son engagement. Celle-ci fut sa directrice à la maîtrise et au doctorat. Toutefois, au-delà de la chercheuse et de l'ambassadrice exceptionnelle qu'elle a été pour la recherche en ergothérapie, Mélanie la considère comme une femme exceptionnelle, énergique et intègre, qui est toujours de bon conseil et sait profiter de la vie. Même si elle est maintenant à la retraite, Johanne Desrosiers joue encore un rôle de mentor pour Mélanie, c'est un exemple à suivre !

Selon Mélanie Levasseur, les principales difficultés qui limitent le développement de la recherche en ergothérapie tiennent à la compréhension du « monde » de la recherche, de son fonctionnement, mais aussi aux délais avant qu'on puisse obtenir et appliquer des résultats de recherche. Afin de favoriser l'implication d'ergothérapeutes en recherche, elle suggère de mieux les informer et de les préparer davantage à y contribuer. Avec les contraintes financières que vivent actuellement les systèmes de santé et de services sociaux, moins de postes dans le secteur public sont disponibles pour les ergothérapeutes. Elle souhaite que cette conjoncture amène les ergothérapeutes à s'investir dans d'autres domaines, notamment en recherche.

Elle suggère également de s'associer à d'importants donateurs ou fondations qui financeraient la recherche en ergothérapie, non seulement par des subventions, mais aussi par des bourses ou des chaires de recherche. Les universités américaines, notamment la University of Southern California, sont particulièrement inspirantes à ce sujet. Mélanie Levasseur aime lire et propose comme livre *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé* de Bengt Lindström et Monica Ericksson¹. Il s'agit d'un ouvrage à découvrir pour qui souhaite faire de la recherche autrement, en mettant l'accent sur ce qui explique la santé plutôt que sur ce qui est associé à la maladie.

Mélanie Levasseur a de nombreuses réalisations à son actif. Elle est particulièrement fière d'avoir obtenu une subvention du volet Fondation des Instituts de recherche en santé du Canada. Avec le soutien de son équipe, cette subvention de plus d'un million de dollars canadiens (soit 750 000 euros) sur cinq ans lui permet de développer et d'évaluer un continuum d'interventions innovantes visant à favoriser la participation des

¹ Bengt Lindström et Monica Ericksson, *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé*, trad. de Mathieu Roy et Michel O'Neill, Québec, Presses de l'Université Laval, 2012.

ânés. En outre, elle a été honorée de faire la conférence d'ouverture du dernier colloque de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec de 2017, qui avait pour thème le passé, le présent et le futur de l'ergothérapie auprès des aînés – c'est un défi qu'elle a adoré relever !

Que fait donc cette boule d'énergie pour atteindre un équilibre occupationnel ? Elle s'entoure de gens qu'elle aime, ce qui lui rappelle qu'elle a d'autres passions dans la vie que la recherche. Elle adore faire des activités avec son conjoint, ses filles (13 et 16 ans), sa famille et ses amis. Elle s'implique aussi dans sa communauté lors de projets ponctuels de bénévolat, notamment à l'école de ses filles ou à leur club de gymnastique.

Son prochain projet est emballant ! Il s'agit de faire un essai clinique à répartition aléatoire pragmatique et multicentrique du programme nommé le Lifestyle Redesign (Clark *et al.*, 2015), une intervention d'ergothérapie préventive. Le *Lifestyle Redesign* vise à soutenir le développement d'un mode de vie sain et porteur de sens chez les aînés. Ce projet de recherche permettra non seulement d'évaluer les effets de cette intervention à court et à long terme sur la santé, la participation sociale, la satisfaction à l'égard de la vie et l'utilisation des services de santé des aînés, mais aussi de vérifier sa rentabilité. Voici la référence de ce modèle d'intervention fort populaire :

Clark, F. A., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Floríndez, L., Gleason, S., ... et Vigen, C. (2015). *Lifestyle Redesign: The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies*. Bethesda, MD : AOTA Press.

Si la lecture du portrait de Mélanie Levasseur vous a inspiré, voici son courriel pour amorcer le contact avec elle : Melanie.Levasseur@USherbrooke.ca

Et si vous êtes curieux ou curieuse de lire ses travaux, voici une référence :

Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y. et Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. doi : 10.1016/j.archger.2016.01.001



PROGRAMME SENSORIMOTEUR, INTÉGRATION SCOLAIRE ET ENFANTS AVEC UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

Myriam Chrétien-Vincent¹, Sylvie Tétreault², Mélanie Couture³

¹ Ergothérapeute, PhD (cand) en sciences cliniques et biomédicales, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale, CIRRS, Université Laval, Québec

² Ergothérapeute, PhD, Professeure ordinaire HES, HETS&Sa – EESP, filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse

³ Ergothérapeute, PhD, Professeure adjointe, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Chercheure régulière, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, CHUS, Québec

Adresse de contact : myriam.chretien-vincent.1@ulaval.ca

Reçu le 17.08.2016 – Accepté le 08.10.2018

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.65

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



RÉSUMÉ

Introduction. Pour soutenir l'intégration des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), les ergothérapeutes recommandent entre autres des interventions sensorielles, parfois difficilement applicables en classe.

But. Cette étude explore les effets du programme sensorimoteur nommé SPIFE (Stimulations proprioceptives pour l'intégration et le fonctionnement de l'élève) sur le fonctionnement de sept élèves ayant un TSA.

Méthodes. À l'aide d'un devis ABAB, les effets du programme SPIFE ont été évalués à l'aide du Goal Attainment Scaling. Des entrevues semi-structurées avec les enseignantes ont documenté les éléments favorisant ou limitant la mise en place du SPIFE.

Résultats. Certaines améliorations du fonctionnement en classe de l'enfant ayant un TSA semblent être associées à l'application du SPIFE. L'analyse de contenu des entrevues fait ressortir des caractéristiques du contexte scolaire, de l'enseignante et du programme qui ont modulé sa mise en place.

Conclusion. Le SPIFE pourrait contribuer à l'émergence et au maintien de comportements positifs chez les enfants ayant un TSA.

MOTS-CLÉS

Intervention sensorielle, Approche sensorimotrice, Trouble du spectre de l'autisme, Intégration scolaire, Ergothérapie

SENSORIMOTOR PROGRAM, SCHOOL INTEGRATION AND CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

ABSTRACT

Background. To support children with Autism Spectrum Disorders (ASD) in regular school settings, occupational therapists recommend sensory interventions that are not always feasible in classroom.

Purpose. This study explores the effectiveness of a sensorimotor program named SPIFE (Stimulations proprioceptives pour l'intégration et le fonctionnement de l'élève) for seven children's participation in school.

Methods. An ABAB single-subject design was used to measure effects of SPIFE, using the Goal Attainment Scaling. Also, features promoting and limiting the application of the program in classroom were evaluated via individual interviews with teachers.

Results. Some improvements in the child with ASD's functioning in the classroom appear to be related to the application of the SPIFE. Qualitative content analysis of the interviews highlighted the characteristics of the school environment, the teacher and SPIFE program that influenced its applicability.

Conclusion. This inclusive sensorimotor program contributes to facilitate positive behaviours of children with ASD and other students.

KEYWORDS

Sensory intervention, Sensorimotor approach, Autism spectrum disorders, School inclusion, Occupational therapy

INTRODUCTION

Dans la province de Québec, pour l'année scolaire 2012-2013, 51 % des élèves ayant un TSA étaient intégrés dans une classe ordinaire de niveau primaire (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2014). Selon une méta-analyse, c'est au début de leur scolarité, entre 6 et 9 ans, que les enfants ayant un TSA présentent le plus de comportements associés à de l'hyperréactivité sensorielle et de la recherche de stimulations (Ben-Sasson *et al.*, 2009). Ces difficultés nuisent significativement à leur fonctionnement au quotidien et à leur participation sociale (Cosbey, Johnston et Dunn, 2010 ; Hochhauser et Engel-Yeger, 2010 ; Jasmin *et al.*, 2009). L'école étant un environnement particulièrement riche en stimulations sensorielles variées, où un niveau d'éveil optimal¹ est nécessaire pour suivre les apprentissages (Ashburner, Rodger, Ziviani et Hinder, 2014), il s'avère pertinent de proposer des moyens pour soutenir les enseignants qui travaillent auprès de ces enfants.

Deux avantages importants de l'intégration scolaire des élèves présentant un TSA ont été identifiés par McGregor et Campbell (2001). D'abord, la participation aux activités scolaires régulières favorise un développement global harmonieux. Ensuite, le fait de côtoyer des enfants au développement typique permet des interactions sociales positives et améliore les performances académiques. À ce propos, Tremblay (2012) a constaté que, moyennant certains aménagements de l'enseignement, les élèves intégrés en classe ordinaire, peu importe leurs diagnostics, ont un meilleur rendement scolaire et sont davantage inclus socialement que ceux qui sont en classe spécialisée.

Malgré les avantages de l'inclusion en classe régulière, les élèves ayant un TSA y rencontrent différentes difficultés. D'abord, leur capacité limitée à réguler leurs émotions et leurs comportements face aux différentes stimulations sensorielles semble affecter considérablement leur réussite scolaire (Ashburner, Ziviani et Rodger, 2008). Entre autres, leurs problèmes à saisir une consigne dans un environnement bruyant, leur anxiété associée aux stimuli imprévisibles et la quantité de stimulations présentes en classe peuvent nuire à leur disponibilité et à l'accomplissement des tâches demandées (Ashburner *et al.*, 2008). Or, comparée à la classe spécialisée, la classe régulière présente un ratio élèves/enseignant élevé, ce qui contribue à rendre l'environnement plus bruyant et imprévisible (Reed, Osborne et Waddington, 2012). De plus, les élèves ayant un TSA sont fréquemment exposés à des tâches scolaires qui sont plus exigeantes pour eux en raison de leurs lacunes sur le plan perceptivo-cognitif et peuvent être confrontés à un parcours scolaire plus complexe que les autres (Koegel, Singh et Koegel, 2010). Ces enfants sont aussi significativement moins acceptés par leurs pairs et sont plus à risque d'être rejetés (Jones et Frederickson, 2010). Ces confrontations constantes à des difficultés peuvent favoriser l'apparition de comportements dérangeants (Koegel *et al.*, 2010) et certains rechercheront les stimulations pour mieux gérer leur anxiété (Joosten et Bundy, 2010 ; Wigham, Rodgers, South, McConachie et Freeston, 2015). Par

¹ L'expression « niveau d'éveil optimal » signifie que la personne est réceptive aux stimulations et disponible pour participer à l'activité proposée.

conséquent, des interventions sont nécessaires pour (1) soutenir la participation de l'enfant ayant un TSA dans un environnement sensoriel moins contrôlé, (2) favoriser un niveau d'éveil optimal pour favoriser la réussite scolaire et (3) diminuer l'anxiété et les comportements atypiques afin de faciliter les interactions sociales. De ce fait, Crosland et Dunlap (2012) affirment que les enseignants et les gestionnaires du système scolaire ont besoin d'interventions peu coûteuses, réalistes, reproductibles et faciles à s'approprier pour soutenir l'intégration scolaire des enfants ayant un TSA.

En contexte scolaire québécois, les ergothérapeutes peuvent conseiller les enseignants et les éducateurs spécialisés au sujet de stratégies d'intervention sensorielle qui favorisent un niveau d'éveil optimal chez les élèves et qui les aident à être plus disponibles pour les apprentissages. Néanmoins, les modèles de référence qui guident les interventions sensorielles ne sont pas toujours appuyés sur des données probantes (Polatajko et Cantin, 2010). Par conséquent, les ergothérapeutes doivent fréquemment se baser sur leur jugement clinique pour recommander une intervention sensorielle et documenter son efficacité.

Les études décrites dans ce paragraphe appuient l'hypothèse de l'efficacité de différentes modalités d'intervention sensorielle avec les enfants et leurs conclusions ont permis de développer le programme proposé dans ce projet. Toutefois, les auteurs consultés s'intéressent peu au fonctionnement de l'enfant dans le contexte scolaire et très peu ont examiné des interventions dans une classe régulière (Crosland et Dunlap, 2012). Polatajko et Cantin (2010) ont décrit les approches sensorimotrices qui incluent une variété d'activités motrices, intégrant majoritairement des stimulations proprioceptives et vestibulaires. Ces interventions pourraient avoir un effet immédiat sur le niveau d'éveil, mais étant donné plusieurs faiblesses méthodologiques, il est impossible de conclure sur leur entière validité scientifique (Polatajko et Cantin, 2010). Ces modalités sensorimotrices ont fait l'objet de différentes expérimentations reprenant certains éléments utilisés en clinique. En effet, plusieurs ergothérapeutes ont recours à des routines d'exercices comprenant les interventions expérimentées dans les trois études suivantes. Premièrement, Lopez et Swinth (2008) ont évalué les effets d'une routine proprioceptive appliquée à un groupe-classe sur les agressions physiques provenant de trois élèves de 9 ans présentant des particularités sensorielles et un historique de comportements agressifs. Les auteures ont utilisé un devis A-B-A pour mettre en évidence une diminution statistiquement significative de la durée de ces comportements pour deux d'entre eux et de la fréquence pour un d'entre eux. Il est possible d'émettre l'hypothèse que les exercices de cette routine permettaient de fournir des stimulations proprioceptives adéquates pour favoriser l'autorégulation de certains élèves. Deuxièmement, en se fondant sur quelques observations de leur étude, Van Rie et Heflin (2009) ont émis l'hypothèse que les balancements linéaires (stimulations vestibulaires) étaient bénéfiques pour calmer les enfants avec un TSA qui recherchent des stimulations et que ces stimulations les rendaient plus disponibles aux activités. Troisièmement, Scheerer (1992) a constaté que l'utilisation du Chewy Tube® (stimulations orales) pouvait diminuer certains comportements dérangeants chez des enfants ayant des difficultés de traitement sensoriel et ainsi favoriser leur niveau d'éveil.

Cependant, ces interventions qui semblent favorables au fonctionnement de l'élève demeurent à explorer davantage pour pouvoir conclure à leur efficacité.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les effets d'un programme sensorimoteur composé de cinq exercices sensoriels réalisés par l'enseignante avec toute sa classe. L'hypothèse de recherche principale est que le fonctionnement de l'élève avec un TSA intégré devrait être amélioré pendant la phase d'intervention, plus spécifiquement en lien avec le maintien d'un niveau d'éveil optimal, une meilleure socialisation et une plus grande réussite scolaire. De plus, l'expérimentation du programme devrait mettre en évidence les éléments qui favorisent ou qui limitent l'application en classe du programme d'intervention.

MÉTHODES

Devis quasi expérimental mixte

Un devis quasi expérimental mixte avec autocontrôle ABAB (A : niveau de base ; B : intervention) a été choisi pour évaluer les effets d'un programme sensorimoteur nommé SPIFE (Stimulations proprioceptives pour l'intégration et le fonctionnement de l'élève) avec une prise de mesures aux six semaines, et ce, à quatre reprises. Horner *et al.* (2005) estiment qu'un tel devis est particulièrement approprié en contexte d'enseignement adapté en raison des besoins spécifiques et individualisés de chaque élève. De plus, il favorise l'identification des bonnes pratiques basées sur des données probantes (Horner *et al.*, 2005). L'utilisation d'un devis avec autocontrôle tend à isoler en partie les effets de l'intervention en comparant les progrès de l'enfant à différentes phases. L'alternance des phases d'intervention et de retour au niveau de base permet de déterminer si les améliorations sont à mettre au compte de l'intervention ou si elles ne seraient pas plutôt attribuables à d'autres effets collatéraux tels que le cheminement normal de l'enfant ou d'autres modifications à l'horaire.

Participants

Après obtention des approbations éthiques des Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CERUL) et du Comité d'éthique de la recherche conjoint des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CERC/CRDITED), le recrutement des enseignants s'est effectué soit par un courriel ou par un appel aux directions d'école dans une région de la province de Québec. Les deux critères d'inclusion pour les enseignants étaient : (1) avoir un élève avec un TSA intégré dans la classe ; (2) être volontaire pour animer le programme SPIFE avec toute la classe. Huit enseignantes ont accepté de participer et ont signé le formulaire de consentement. Par la suite, elles devaient acheminer un formulaire de consentement aux parents de l'élève TSA intégré dans leur classe. Les critères d'inclusion pour ces enfants étaient : (1) avoir entre 5 et 8 ans ; (2) avoir un diagnostic de TSA confirmé par le parent ; (3) être intégré dans un groupe-classe régulier de la maternelle ou du 1^{er} cycle du primaire avec ou sans soutien d'un

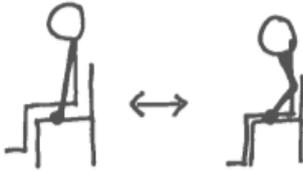
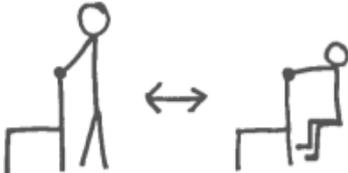
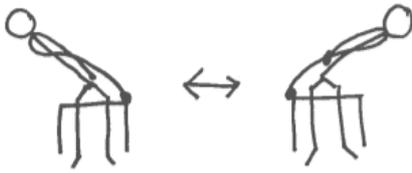
éducateur spécialisé (entre 5 et 8 ans) ; (4) avoir des difficultés de traitement de l'information sensorielle mises en évidence par le Profil sensoriel – Compagnon scolaire (Dunn, 2006). Plus spécifiquement, l'enfant devait obtenir un score dans la zone de différence probable à au moins un sous-test pour être admissible au projet de recherche. Deux critères d'exclusion étaient considérés : (1) recevoir, pendant le programme, des interventions en ergothérapie visant le traitement de l'information sensorielle ; (2) présenter une déficience visuelle ou auditive non corrigée. Huit familles ont accepté que leur enfant avec un TSA participe au projet. Seulement un élève a été exclu, car il avait un profil sensoriel typique dans chacun des sous-tests. Enfin, une lettre d'information a été acheminée par l'école à l'ensemble des parents de la classe pour les informer de la mise en place du programme.

Programme d'intervention

L'étude de Lopez et Swinth (2008), présentée plus haut, a servi de base pour élaborer le programme SPIFE. Les exercices sélectionnés devaient être faciles à réaliser en classe avec comme seul matériel la chaise et le pupitre de l'élève.

La figure 1 présente les cinq exercices composant le programme SPIFE, qui incluent tous des stimulations proprioceptives. Les trois premiers sont tirés du programme créé par Lopez et Swinth (2008). Le quatrième, où l'enfant se balance lentement d'un côté à l'autre en étirant son bras, se base sur l'hypothèse que les mouvements linéaires peuvent avoir un effet calmant sur le système nerveux et rendre l'enfant plus disponible pour ses activités (Van Rie et Heflin, 2009). Il inclut aussi une stimulation proprioceptive par l'étirement du bras. Finalement, le cinquième exercice intègre des stimulations proprioceptives orales en étirant la musculature autour de la bouche, car ces stimulations semblent contribuer à l'atteinte et au maintien d'un niveau d'éveil optimal (Scheerer, 1992). Le programme était appliqué en classe en moins de cinq minutes par l'enseignante deux fois par jour (matin et après-midi), tous les jours de la semaine et sur deux périodes de six semaines. Ces deux périodes ont été entrecoupées d'un arrêt de six semaines. Lors de la première application en classe, l'ergothérapeute-chercheure animait le programme avec tous les élèves, alors que l'enseignante l'observait.

Figure 1 : Les cinq exercices du programme SPIFE

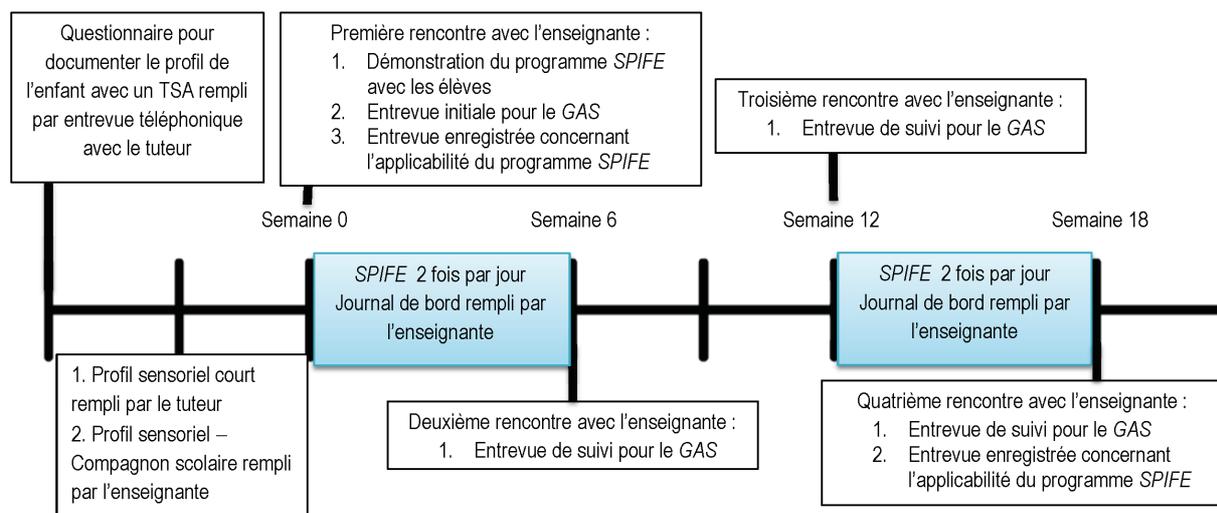
<p>1. Pressions sur la chaise (push-ups) Assis sur la chaise, l'élève pousse avec ses mains sur l'assise pour soulever ses fesses. Compter 10 répétitions.</p>	
<p>2. Squats Se lever debout derrière la chaise et mettre les mains sur le dossier. Plier les genoux comme pour s'asseoir sur une chaise et se relever. Compter 10 répétitions.</p>	
<p>3. Serrer les pattes du pupitre Assis sur la chaise, l'élève serre les deux pattes avant du pupitre. Compter jusqu' à 10 et maintenir.</p>	
<p>4. Étirer les bras sur le côté de la chaise Assis sur la chaise, l'élève prend le côté de l'assise gauche avec son bras droit et se penche vers la droite pour étirer. Ensuite, il alterne. Compter 10 répétitions (5 de chaque côté).</p>	
<p>5. Gonfler les joues Remplir les joues d'air comme pour souffler dans un ballon imaginaire. Compter jusqu' à 10' et maintenir.</p>	

Procédures de mesure

Cinq différentes modalités de mesure ont été utilisées dans le présent projet de recherche, et ce, à des moments distincts. La ligne du temps des prises de mesure est présentée à la figure 2. Trois questionnaires ont déterminé l'admissibilité des enfants avec un TSA à participer à l'étude. Le premier était rempli avec le tuteur par téléphone pour confirmer le diagnostic et recueillir différentes informations (p. ex. : âge, médication, niveau scolaire). Les deux autres questionnaires permettaient de dresser un portrait des difficultés de l'enfant sur le plan sensoriel (l'un rempli avec le tuteur : le Profil sensoriel

version abrégée et le second par l'enseignant : le Compagnon scolaire). Préalablement à l'expérimentation, une rencontre avec l'enseignante a eu lieu pour établir les objectifs pour l'enfant TSA intégré et son niveau de fonctionnement actuel avec le Goal Attainment Scaling (GAS). De plus, cette rencontre a permis de déterminer la perception de l'enseignante concernant la facilité d'application en classe du programme SPIFE. Pendant la phase d'expérimentation, des entrevues de suivi ont eu lieu aux six semaines pour coter le GAS à trois reprises. Finalement, la dernière entrevue de suivi a permis de documenter auprès des enseignants l'applicabilité en classe du programme SPIFE.

Figure 2 : Ligne du temps des prises de mesure



Profil sensoriel et Compagnon scolaire

Afin de cibler les enfants avec un TSA qui présentaient des difficultés sensorielles, les parents ont rempli le Profil sensoriel francophone version abrégée (Dunn, 1999). Ce questionnaire de 38 items évalue la présence de manifestations sensorielles observables et il est rempli par le tuteur en moins de 10 minutes. De son côté, l'enseignante remplissait la version francophone du Profil sensoriel – Compagnon scolaire (Dunn, 2006). Celle-ci nécessite environ 20 minutes avec 62 items à coter. Les normes permettent d'identifier si les comportements se situent dans une zone de difficulté probable (-1 à -2 écarts-types) ou certaine (au-delà de -2 écarts-types).

Goal Attainment Scaling

Pour évaluer les effets du programme SPIFE sur le fonctionnement en classe des élèves avec un TSA, une procédure adaptée aux profils variés des enfants a été choisie. Le Goal Attainment Scaling (GAS) est un instrument qui permet de mesurer de légers progrès chez l'enfant en utilisant des objectifs personnalisés (Krasny-Pacini, Hiebel, Pauly, Godon et Chevignard, 2013 ; Schlosser, 2004). Ceux-ci sont échelonnés sur cinq niveaux de -2 à +2, où le zéro représente l'objectif visé par l'intervention et le -2, le

fonctionnement actuel de l'enfant. L'ergothérapeute-chercheure a participé à une formation pour l'utilisation et la cotation du GAS.

Il est souhaité que les objectifs sélectionnés avec le GAS reflètent l'ensemble des retombées potentielles liées à l'intervention (May-Benson, 2013). Les trois domaines de changement visés par la présente étude sont l'atteinte et le maintien d'un niveau d'éveil optimal en classe, les interactions sociales positives et la réussite des tâches scolaires. L'hypothèse est que ce niveau d'éveil optimal favorisera les échanges avec les pairs et les apprentissages scolaires en rendant l'enfant plus disponible à ces stimulations. Par exemple, si l'enfant recherche moins les stimulations en se tortillant sur sa chaise, il sera plus alerte face à son ami qui l'interpelle ou ce que l'enseignante présente à l'avant de la classe. Lors de la première rencontre avec l'enseignante, cinq objectifs ont été identifiés pour l'enfant à l'aide d'une entrevue d'environ 45 minutes. Au départ, le niveau de fonctionnement actuel des participants a été validé et quantifié par l'enseignante pour correspondre à -2 sur l'échelle du GAS. Pour standardiser la collecte de données, des comportements observables en classe par l'enseignante de l'enfant ont été choisis (Krasny-Pacini *et al.*, 2013). Ensuite, l'ergothérapeute-chercheure établissait l'objectif réaliste et pertinent à atteindre pour le niveau 0 suite à l'intervention, selon les difficultés nommées par l'enseignante. Les autres items étaient libellés pour être également distribués autour des deux niveaux déterminés. Des exemples d'objectifs sont présentés à l'annexe 1. Lors des trois entrevues de suivi, le score obtenu au GAS était validé à partir de l'item correspondant. L'enseignante pouvait confirmer ou infirmer que l'item reflétait adéquatement le fonctionnement actuel de l'élève, ce qui permettait d'augmenter la validité des mesures.

Entrevues : applicabilité du SPIFE

De courtes entrevues semi-structurées avec les enseignantes ont été effectuées avant de commencer l'application du programme SPIFE et à la fin du projet de recherche. Elles permettaient d'identifier les éléments pouvant influencer l'application de l'intervention dans la journée de l'enseignante. Ces entrevues ont duré entre 5 et 15 minutes. Elles étaient enregistrées avec l'accord des participantes. Sept questions ouvertes ont été élaborées pour comparer la perception des enseignantes de l'applicabilité du programme SPIFE avant et après l'expérimentation. Les questions sont présentées à l'annexe 2.

Analyse des données

L'évolution au GAS pour chaque enfant a été comparée avec les scores-T standard obtenus à l'aide d'un tableau de référence fourni dans les documents de formation (May-Benson, 2013). Doig, Fleming, Kuipers et Cornwell (2010) précisent qu'un score-T supérieur à 50 représente un changement cliniquement significatif. Ils considèrent la somme des scores obtenus aux objectifs. Des comparaisons ont pu être effectuées par domaine et pour le score total par enfant. Cette méthode offre la possibilité de comparer des nombres inégaux d'objectifs. Par exemple, les trois objectifs associés au niveau d'éveil de six participants ont été comparés avec les cinq objectifs d'un autre élève. Les données quantitatives des scores-T standard du GAS ont d'abord été analysées par l'appréciation visuelle des graphiques. Par ailleurs, les données qualitatives obtenues lors

des entrevues sur la mise en application du SPIFE ont été retranscrites sous forme de *verbatim*. L'analyse de contenu, telle que décrite par Elo et Kyngäs (2008), a permis de les examiner de manière inductive. Plus précisément, toutes les idées mentionnées par les enseignantes ont été notées en marge des *verbatim* et ensuite regroupées dans des ensembles exclusifs. Chacun des éléments devait être associé à un concept unique.

RÉSULTATS

Caractéristiques des élèves avec un TSA

Sept élèves avec un TSA ont participé au programme SPIFE. Six d'entre eux sont de sexe masculin, et quatre de ceux-ci ont une médication. Leur moyenne d'âge est de 6 ans et 9 mois. L'ensemble de leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des élèves avec un TSA (n = 7)

Élèves	Sexe	Année scolaire	Diagnostics	Médication	Âge à T0 (Moy = 6 ans 9 mois)
A	M	Maternelle	TSA TDAH	Concerta®	5 ans 9 mois
B	F	1 ^{re} année	TED NS	-	6 ans 3 mois
C	M	1 ^{re} année	TED NS TDAH	Ritalin®	6 ans 3 mois
D	M	1 ^{re} année	TSA léger Dyspraxie verbale	-	6 ans 10 mois
E	M	1 ^{re} année	TSA léger TDAH Épilepsie	Strattera®	7 ans 3 mois
F	M	2 ^e année	Autisme TDAH	Ritalin®	7 ans 3 mois
G	M	2 ^e année	TED NS Dysphasie	-	7 ans 7 mois

Moy : moyenne ; M : masculin ; F : féminin

Lors de la première entrevue, le fonctionnement de l'élève a été décrit par l'enseignante en lien avec les trois sphères concernées par l'intervention. Voici quelques exemples de ces descriptions au début du projet :

« A fait des crises de colère un jour sur deux. »

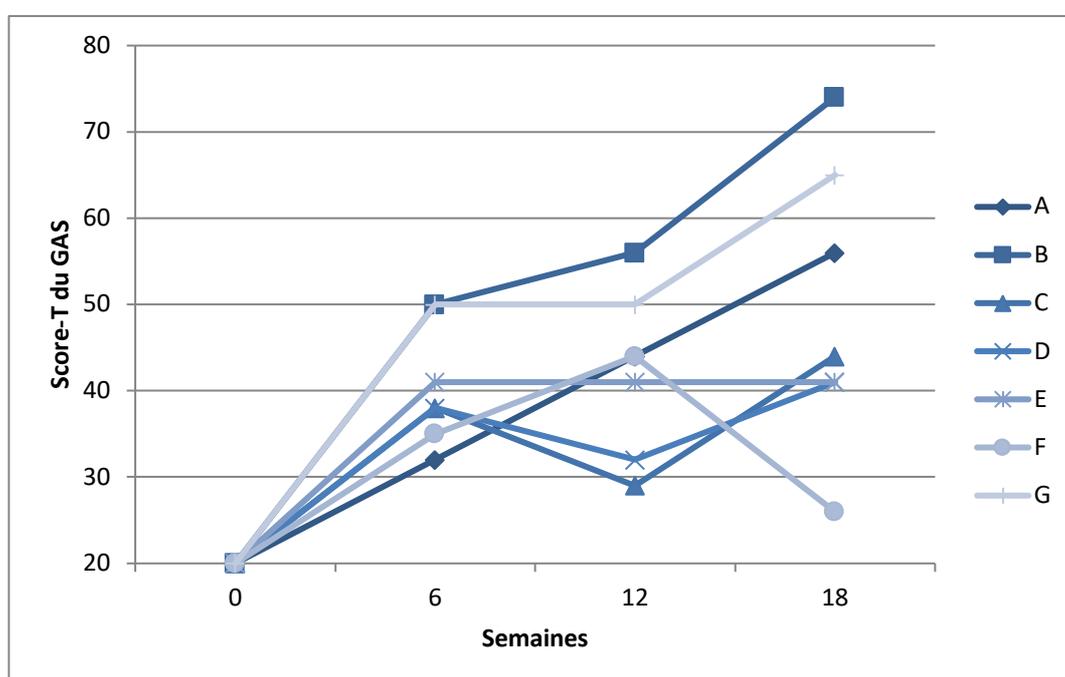
« E n'est presque jamais choisi lors de la constitution d'équipes de travail. »

« G devient distrait 75 % du temps et plus lors des enseignements magistraux. »

Retombées du programme SPIFE

L'appréciation visuelle des graphiques de chaque enfant a permis d'évaluer le portrait global en tenant compte de l'évolution de l'enfant par rapport à ses propres objectifs. Il était possible d'observer des scores plus grands pendant les périodes où l'intervention était effectuée par l'enseignante. Les scores-T standard à chacun des temps de mesure sont présentés dans les figures 3 et 4 séparément. En observant les progrès dans le fonctionnement global des enfants (considération de tous les objectifs) durant les six premières semaines d'intervention et dans les six dernières, des différences plus marquées pour quatre enfants sur sept (B, C, D, G) ressortent dans la figure 3.

Figure 3 : Évolution du fonctionnement global des enfants (n = 7)

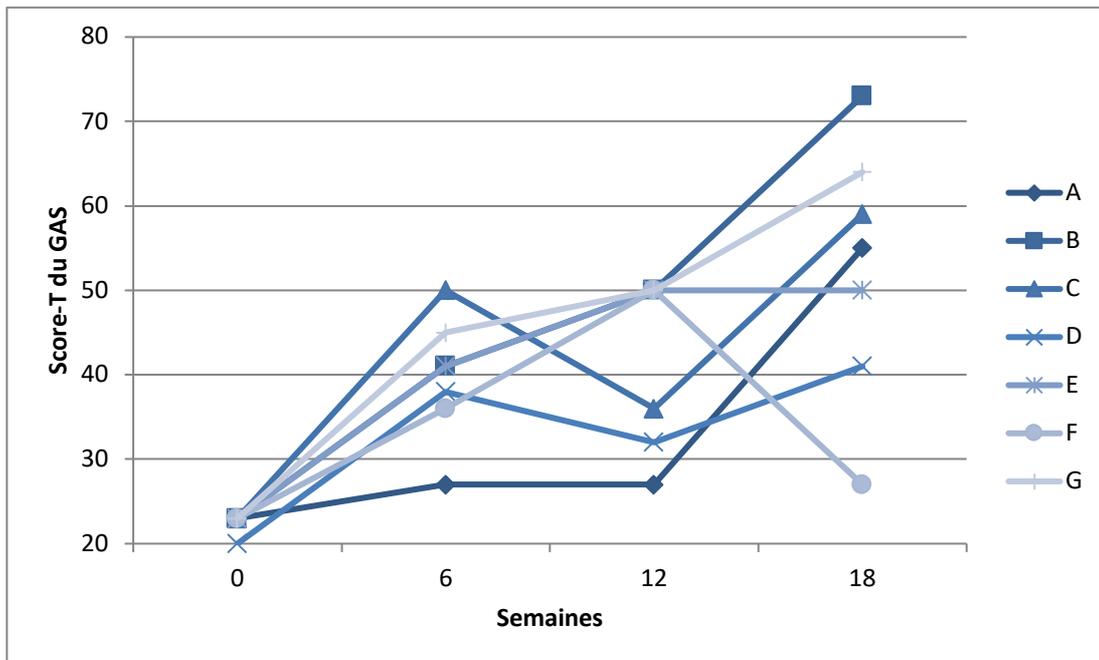


Comme une tendance se dessinait dans les graphiques individuels pour les objectifs associés au niveau d'éveil, il s'est révélé pertinent de les isoler (figure 4). Ces objectifs se rapportaient à des comportements d'autorégulation qui pouvaient être dérangeants pour la classe, tels que bouger excessivement et faire du bruit, ou à de la distraction, nécessitant d'être ramené à la tâche par l'enseignante. Lorsque seuls ces objectifs sont considérés, une plus grande amélioration pendant les deux phases d'intervention est observée chez cinq enfants sur sept (A, B, C, D, G).

Deux enfants, E et F, ont moins bien répondu au SPIFE. Lors de la dernière entrevue avec l'enseignante de l'élève E, la meilleure période de celui-ci dans l'année scolaire a néanmoins été identifiée comme correspondant à la dernière phase du projet de recherche. Le cas de l'élève F est inverse. Celui-ci a bien progressé lors de la première phase d'intervention. Puis, lorsque le programme a été interrompu, le recul observé sur le plan comportemental a été si important que l'enseignante a songé à poursuivre l'application du programme, malgré la consigne. Finalement, elle a persévéré et l'enfant a repris ses progrès vers un fonctionnement de plus en plus acceptable. Toutefois, lors de

la deuxième phase d'intervention, sa collaboration a été bien moindre. Il est possible d'émettre l'hypothèse que le changement de routine imposé à cet enfant avec un TSA a pu être dérangerant pour lui.

Figure 4 : Évolution du fonctionnement des enfants sur le plan des comportements associés au niveau d'éveil de l'enfant (n = 7)



Par ailleurs, les analyses supplémentaires avec la comparaison des scores-T permettent de mettre en évidence des changements cliniquement significatifs chez trois enfants (C, D et G) lors des phases d'intervention. Des 35 objectifs identifiés en début d'intervention pour les sept enfants, 16 étaient atteints après la première phase d'intervention, 18 après la pause d'intervention et 20 à la suite de la deuxième phase d'intervention. Globalement, ces données ne nous permettent pas de généraliser les bienfaits de l'intervention à l'ensemble des enfants avec un TSA intégrés dans une classe régulière.

Tableau 2 : Comparaison des scores-T pour chaque enfant pour les cinq objectifs du GAS et pour les objectifs en lien avec le niveau d'éveil seulement¹

Enfants	Après la première phase d'intervention	Après la phase d'arrêt de l'intervention	Après la deuxième phase d'intervention
A	32	44	56*
	27	27	55*
B	35	44	26
	36	50	27
C	50*	56*	74*
	41	50*	73*
D	38	29	44
	50*	36	59*
E	38	32	41
	38	32	41
F	41	41	41
	41	50*	50*
G	50*	50*	65*
	45	50*	64*

¹ Pour chaque enfant, la ligne du haut présente les résultats pour l'ensemble des objectifs et la ligne du bas les résultats pour les objectifs en lien avec le niveau d'éveil seulement

* Changement cliniquement significatif

Le tableau 3 présente les bénéfices de l'intervention sur le groupe-classe rapportés par les enseignantes. En raison de ces observations, toutes ont souhaité conserver le programme dans leur routine pour faire bouger leurs élèves plus fréquemment suite au déroulement du projet de recherche.

Tableau 3 : Bienfaits observés par les enseignantes (n=7) suite au programme SPIFE pour tous les élèves

Bienfaits	enseignantes qui ont relevé ce bienfait
Augmente la concentration	4
Améliore le tonus	3
Améliore la motricité	2
Favorise le calme	2
Favorise la collaboration	2
Diminue les crises de colère	2

Mise en place du programme SPIFE

Les enseignantes ont été questionnées à deux reprises quant à leurs préoccupations à l'égard d'une possible difficulté à mettre en place l'intervention dans leur classe.

De l'analyse de leurs propos, il ressort que les éléments anticipés comme potentiellement difficiles par les enseignantes avant le début de l'intervention et les problèmes qu'elles ont rencontrés sont similaires. Par conséquent, les enseignantes ont été habiles pour évaluer si cette intervention convenait à leur groupe-classe.

À la suite de ces entretiens, il ressort clairement que l'organisation scolaire est un système complexe auquel les propositions d'intervention doivent être adaptées. Par exemple, les horaires des enseignants spécialistes (par ex. : arts plastiques et éducation physique), les périodes de récréation ou celles consacrées à des activités spéciales (par ex. : sorties, événements pour tous les élèves de l'école) ont parfois nui à l'application régulière du programme SPIFE. Dans plusieurs cas, l'implication d'une éducatrice spécialisée en classe pour soutenir l'enseignante dans l'animation s'est révélée un facteur aidant.

Le niveau scolaire de la classe semble avoir influencé la perception de l'enseignante par rapport à l'application du programme SPIFE. Ainsi, la fréquence de deux fois par jour a été considérée comme trop élevée par les enseignantes de deuxième année. Par ailleurs, la monotonie des exercices au cours des 12 semaines d'application du SPIFE a été nommée comme étant un point faible du programme par six enseignantes. D'autre part, trois enseignantes avaient, préalablement à l'expérimentation, des appréhensions quant à la difficulté des exercices. Toutefois, seule l'enseignante de maternelle continuait après l'expérimentation de considérer les pressions sur la chaise (*push-up*) et les accroupissements (*squats*) comme plus difficiles à exécuter par ses élèves. La motivation des élèves et le sérieux qu'ils mettaient à effectuer la routine sont des éléments qui ont facilité l'application du SPIFE selon certaines enseignantes. La motivation était importante, particulièrement chez les garçons. Trois enseignantes ont eu des difficultés à gérer le manque de sérieux des élèves, surtout en fin de projet. Finalement, un point positif unanime du programme SPIFE était qu'il soit effectué en moins de 5 minutes.

DISCUSSION

Selon les données obtenues, le programme SPIFE semble avoir entraîné des retombées positives tant pour l'élève avec un TSA que pour le groupe-classe. Bien que les changements associés à l'intervention soient cliniquement significatifs pour seulement trois enfants sur sept, plusieurs éléments rapportés par les enseignantes témoignent des bienfaits d'une telle intervention en classe. Ashburner et ses collaboratrices (2014) ont proposé un cadre de référence pour guider les ergothérapeutes dans l'intervention auprès des enfants avec un TSA qui éprouvent des difficultés avec le traitement des informations sensorielles. Elles mettent l'accent sur l'importance d'enseigner à l'enfant des stratégies d'auto-régulation lorsque celui-ci a une capacité à analyser ses propres réactions.

Le programme SPIFE a été conçu pour des enfants qui fonctionnent dans un contexte scolaire régulier et qui peuvent intégrer dans leur routine des exercices qui contribuent à leur faire atteindre et maintenir un niveau d'éveil optimal. Les mouvements choisis étaient simples et certains enfants ont investi plus d'énergie dans un exercice qui leur faisait du bien. Par exemple, lors de l'enseignement du programme dans une classe,

un enfant avec un TSA s'était fâché. Il ne voulait pas faire la routine, mais lorsque le moment de serrer les pieds de la chaise avec les mains était arrivé, il l'avait fait avec beaucoup de force. Ce court exercice semblait avoir favorisé son retour au calme. Néanmoins, il demeure difficile pour un enfant au début de l'école primaire de déterminer le meilleur moment pour appliquer une telle stratégie. L'enseignante doit offrir ces périodes de stimulations au moment opportun. Pour ce faire, Ashburner et ses collaboratrices (2014) mettent en avant-plan le *coaching* auprès des proches de l'enfant pour les aider à comprendre les difficultés de modulation sensorielle et à y réagir. Hui, Snider et Couture (2016) ont d'ailleurs obtenu des résultats prometteurs en formant les enseignants et en leur offrant des séances de *coaching* pour favoriser l'autorégulation chez leurs élèves. Un ajout de cet ordre aurait pu être pertinent dans le cadre de ce projet pour guider l'enseignante et l'aider à déterminer les moments opportuns pour l'intégration d'une telle routine dans l'horaire.

Aucun écrit scientifique sur l'applicabilité d'une intervention en classe régulière ayant pour objectif de favoriser l'atteinte et le maintien du niveau d'éveil chez des enfants présentant un TSA n'a pu être recensé. Les conditions d'applicabilité peuvent être associées à l'enseignant lui-même, au contexte scolaire et à l'intervention. Elles doivent être analysées individuellement, mais aussi considérées dans un modèle dynamique où l'enseignant, l'intervention et le contexte scolaire agissent les uns sur les autres. Par exemple, comme l'intervention était particulièrement répétitive pour les élèves de deuxième année, leur motivation à faire le SPIFE dans les dernières semaines était moindre. Les enseignantes ont dû utiliser les stratégies disponibles dans le contexte scolaire pour poursuivre l'intervention et motiver leurs élèves. Inversement, les élèves qui ont exprimé le plus de déception lors de l'arrêt de l'intervention ont encouragé leur enseignante à poursuivre son application jusqu'à la fin de l'année scolaire, malgré les contraintes d'horaire imposées par le milieu scolaire. Néanmoins, cette étude répondait aux besoins soulignés par Crosland et Dunlap (2012) en proposant une intervention peu coûteuse, réaliste, reproductible et facile à s'approprier. Après la fin du projet de recherche, toutes les enseignantes ont estimé pertinent de continuer l'application du programme SPIFE, en premier lieu parce qu'elles observaient des progrès sur les plans moteur, attentionnel et comportemental chez tous leurs élèves. D'ailleurs, Mahar (2011) conclut à une validation scientifique variant de modérée à forte en faveur de l'intégration de courtes périodes de mouvements pour favoriser l'attention des élèves et leur disponibilité pour les apprentissages.

Finalement, cette étude présente certaines limites. Premièrement, la taille de l'échantillon est restreinte et ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population des enfants avec un TSA intégrés en classe régulière. La comorbidité du diagnostic de TDAH et la prise de médication chez quatre enfants sur sept ont aussi pu affecter les résultats.

En effet, les parents n'étaient pas tenus d'informer l'ergothérapeute-chercheuse si des modifications à la médication étaient effectuées au cours du projet. Certaines autres variables auraient dû être contrôlées, par exemple la participation à d'autres activités sensorimotrices à l'extérieur de la classe, mais n'ont pu l'être étant donné la

durée de l'étude (18 semaines). Deuxièmement, il aurait été pertinent d'utiliser un outil de mesure complémentaire au GAS afin de mesurer l'évolution de l'enfant avec un TSA. D'ailleurs, la Mesure canadienne du rendement occupationnel est fréquemment utilisée conjointement avec cette procédure (Dunn, Cox, Foster, Mische-Lawson et Tanquary, 2012 ; Graham, Rodger et Ziviani, 2010 ; Hui, Snider et Couture, 2016). À ce propos, Schlosser (2004) estime que le GAS devrait être utilisé pour compléter les informations plutôt que comme outil principal. De plus, l'application de l'intervention et l'évaluation de son efficacité étaient toutes deux faites par l'enseignante, ce qui entraînait un biais important. Troisièmement, comme les objectifs évalués avec le GAS ont été sélectionnés en fonction des défis rencontrés par l'enseignante, les défis qui étaient associés à la socialisation de l'enfant avec un TSA et à sa réussite scolaire constituaient des retombées distales dans une approche dite « bottom-up ». Or, il aurait d'abord fallu noter une diminution de l'anxiété, des comportements atypiques et une amélioration du niveau d'éveil avant de voir des progrès significatifs dans cette sphère. Quatrièmement, dans une recherche de type série de cas ABAB, un minimum de trois prises de mesure est habituellement nécessaire pendant chacune des phases (Horner *et al.*, 2005). Par exemple, des séquences vidéo hebdomadaires auraient pu quantifier les comportements de l'enfant et compléter les mesures prises avec le GAS. Mais la réduction du nombre de mesures a permis d'assurer la faisabilité du projet en tenant compte du temps dont disposaient les enseignantes.

Étant donné qu'un programme sensorimoteur tel que le SPIFE semble apporter des retombées positives chez certains des participants, il serait pertinent d'évaluer son efficacité si les exercices étaient modifiés. Par exemple, une nouvelle routine pourrait intégrer : (1) tirer le siège de la chaise vers le haut ; (2) imiter le mouvement de monter à une échelle ; (3) pousser ses mains l'une contre l'autre ; (4) en position assise, aller toucher ses orteils et se redresser ; (5) souffler dans sa main. Les possibilités sont nombreuses et comme la redondance des exercices en cours d'année a été nommée comme un point faible par la plupart des enseignantes, des exercices plus variés pourraient leur être fournis. De cette façon, l'implication de l'enseignante serait augmentée et la motivation des élèves stimulée. Du même coup, une telle recherche permettrait de mettre en évidence les bienfaits de la routine sensorielle, plutôt que ceux des exercices spécifiques du SPIFE.

CONCLUSION

Ce projet visait à expérimenter le programme SPIFE, composé d'activités sensorimotrices. Nos observations et les propos des enseignantes semblent indiquer que celui-ci a favorisé le fonctionnement en classe de certains enfants avec un TSA intégrés en classe régulière, mais aussi celui de tous les élèves. Les bénéfices soulignés par les enseignantes se situent particulièrement sur le plan de l'atteinte et du maintien d'un niveau d'éveil optimal durant la réalisation des tâches proposées, qui se reflétait dans une moindre occurrence de comportements dérangeants et une meilleure attention. Le contexte scolaire est un environnement complexe comportant plusieurs éléments difficiles à contrôler. En effet, les lieux physiques, l'horaire strict, le nombre d'intervenants impliqués et les autres élèves du groupe sont tous des éléments dont l'ergothérapeute doit

tenir compte. Ainsi, l'implication des ergothérapeutes auprès des milieux scolaires devrait être fortement encouragée afin de favoriser un cheminement scolaire optimal pour les enfants avec un TSA.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ashburner, J. K., Rodger, S. A., Ziviani, J. M. et Hinder, E. A. (2014). Optimizing participation of children with autism spectrum disorder experiencing sensory challenges: A clinical reasoning framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 81*(1), 29-38.
- Ashburner, J., Ziviani, J. et Rodger, S. (2008). Sensory processing and classroom emotional, behavioral, and educational outcomes in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy, 62*, 564-573.
- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B. et Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 1-11.
- Case-Smith, J. et Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 62*, 416-429.
- Cosbey, J., Johnston, S. S. et Dunn, M. L. (2010). Sensory processing disorders and social participation. *American Journal of Occupational Therapy, 64*, 462-473.
- Crosland, K. et Dunlap, G. (2012). Effective strategies for the inclusion of children with autism in general education classrooms. *Behavior Modification, 36*(3), 251-269.
- Doig, E., Fleming, J., Kuipers, P. et Cornwell, P. (2010). Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling. *American Journal of Occupational Therapy, 64*, 904-914.
- Dunn, W. (1999). *The Sensory Profile: User's manual*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Dunn, W. (2006). *Sensory Profile School Companion*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Dunn, W., Cox, J., Foster, L., Mische-Lawson, L. et Tanquary, J. (2012). Impact of a contextual intervention on child participation and parent competence among children with autism spectrum disorders: A pretest-posttest repeated-measures design. *American Journal of Occupational Therapy, 66*(5), 520-528.
- Elo, S. et Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115.
- Graham, F., Rodger, S. et Ziviani, J. (2010). Enabling occupational performance of children through coaching parents: Three case reports. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 30*(1), 4-15.
- Hochhauser, M. et Engel-Yeger, B. (2010). Sensory processing abilities and their relation to participation in leisure activities among children with high-functioning autism spectrum disorder (HFASD). *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*, 746-754.
- Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S. et Wolery, M. (2005). The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. *Exceptional Children, 71*(2), 165-179.
- Hui, C., Snider, L. et Couture, M. (2016). Self-regulation workshop and Occupational Performance Coaching with teachers: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83*(2), 115-125.
- Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E. et Gisel, E. (2009). Sensori-motor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 231-241.
- Jones, A. P. et Frederickson, N. (2010). Multi-informant predictors of social inclusion for students with autism spectrum disorders attending mainstream school. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*, 1094-1103.

- Joosten, A. V. et Bundy, A. C. (2010). Sensory processing and stereotypical and repetitive behaviour in children with autism and intellectual disability. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 366-372. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00835.x
- Koegel, L. K., Singh, A. K. et Koegel, R. L. (2010). Improving motivation for academics in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1057-1066.
- Krasny-Pacini, A., Hiebel, J., Pauly, F., Godon, S. et Chevignard, M. (2013). Goal Attainment Scaling in rehabilitation: A literature-based update. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 212-230.
- Lopez, M. et Swinth, Y. (2008). A group proprioceptive program's effect on physical aggression in children. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 1(2), 147-166.
- Mahar, M. T. (2011). Impact of short bouts of physical activity on attention-to-task in elementary school children. *Preventive Medicine*, 52, S60-S64.
- Marr, D., Mika, H., Miraglia, J., Roerig, M. et Sinnott, R. (2007). The effect of sensory stories on targeted behaviors in preschool children with autism. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(1), 63-79.
- May-Benson, T. (2013). *Goal Attainment Scaling as a meaningful outcome measure for therapy services: A training program*. Montreal, QC : Choose to Learn.
- McGregor, E. et Campbell, E. (2001). The attitudes of teachers in Scotland to the integration of children with autism into mainstream schools. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 5(2), 189-207.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2014). Effectif scolaire ayant un trouble envahissant du développement (code 50), de l'enseignement primaire de la formation générale des jeunes, selon l'intégration ou non en classe ordinaire, année scolaire 2012-2013. Québec (QC) : MELS, Portail informationnel, système Charlemagne.
- Polatajko, H. J. et Cantin, N. (2010). Exploring the effectiveness of occupational therapy interventions, other than the sensory integration approach, with children and adolescents experiencing difficulty processing and integrating sensory information. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 415-429.
- Reed, P., Osborne, L. et Waddington, E. M. (2012). A comparative study of the impact of mainstream and special school placement on the behaviour of children with Autism Spectrum Disorders. *British Educational Research Journal*, 38(5), 749-763.
- Scheerer, C. R. (1992). Perspectives on an oral motor activity: The use of a rubber tubing as a « Chewy ». *American Journal of Occupational Therapy*, 46(4), 344-352.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal Attainment Scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders*, 37, 217-239.
- Tremblay, P. (2012). *Inclusion scolaire. Dispositifs et pratiques pédagogiques*. Bruxelles (BE) : De Boeck.
- Van Rie, G. L. et Heflin, L. J. (2009). The effect of sensory activities on correct responding for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 783-796.
- Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H. et Freeston, M. (2015). The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 943-952. doi:10.1007/s10803-014-2248-x

ANNEXE 1 : EXEMPLE D'OBJECTIFS ÉVALUÉS PAR LE GAS POUR UN ENFANT

Objectifs de l'enfant nommé « E »

1. Comportements, autorégulation et posture

-2	« E » demande à sortir de la classe 3 à 4 fois par jour
-1	« E » demande à sortir de la classe 2 fois par jour
0	« E » demande à sortir de la classe 1 fois par jour
+1	« E » demande à sortir de la classe moins d'une fois par jour
+2	« E » ne demande jamais à sortir de la classe

2. Comportements, autorégulation et posture

-2	« E » s'affale, s'effondre ou s'étend sur sa chaise presque toujours
-1	« E » s'affale, s'effondre ou s'étend sur sa chaise souvent
0	« E » s'affale, s'effondre ou s'étend sur sa chaise parfois
+1	« E » s'affale, s'effondre ou s'étend sur sa chaise rarement
+2	« E » s'affale, s'effondre ou s'étend sur sa chaise presque jamais

3. Comportements, autorégulation et posture

-2	« E » tripote ou joue avec des objets ou des fournitures scolaires presque toujours
-1	« E » tripote ou joue avec des objets ou des fournitures scolaires souvent
0	« E » tripote ou joue avec des objets ou des fournitures scolaires parfois
+1	« E » tripote ou joue avec des objets ou des fournitures scolaires rarement
+2	« E » tripote ou joue avec des objets ou des fournitures scolaires presque jamais

4. Interactions sociales

-2	« E » ne se fait presque jamais choisir pour se mettre en équipe
-1	« E » se fait rarement choisir pour se mettre en équipe
0	« E » se fait parfois choisir pour se mettre en équipe
+1	« E » se fait souvent choisir pour se mettre en équipe
+2	« E » se fait presque toujours choisir pour se mettre en équipe

5. Performances scolaires

-2	« E » fait des travaux d'écriture et de lecture auxquels l'enseignante doit retirer 25 % ou plus (1/4 ou plus)
-1	« E » fait des travaux d'écriture et de lecture auxquels l'enseignante doit retirer 17 à 24 % (environ 3/8)
0	« E » fait des travaux d'écriture et de lecture auxquels l'enseignante doit retirer 9 à 16 % (environ 1/8)
+1	« E » fait des travaux d'écriture et de lecture auxquels l'enseignante doit retirer 1 à 8 % ou plus (moins d'1/8)
+2	« E » fait des travaux d'écriture et de lecture auxquels l'enseignante doit retirer 0 %

ANNEXE 2 : ENTREVUES SUR LES FACTEURS FACILITANT OU LIMITANT L'APPLICATION DU SPIFE

Phase pré-expérimentale :

- Comment vous décririez-vous en tant qu'enseignant ?
- Considérez-vous que ce programme correspond à vos types d'intervention ? De quelle façon ?
- Vous avez observé le programme une première fois aujourd'hui et vous êtes maintenant formé pour l'appliquer. À première vue et sans l'avoir expérimenté, quels sont les points forts et les points faibles du programme SPIFE ?
- Quels éléments pourraient vous empêcher d'appliquer le programme dans votre routine de classe ?
- À quelle fréquence serez-vous dans l'impossibilité d'appliquer le programme ?
- Aurez-vous besoin de soutien dans l'application ?
- Envisagez-vous des effets négatifs au fait de retirer le programme ?

Phase post-expérimentale :

- Comment avez-vous trouvé votre expérience globale avec le programme SPIFE ?
- Est-ce que l'application de ce programme a changé votre manière d'intervenir ? De quelle façon ?
- Selon vous, quels sont les points forts et les points faibles du programme SPIFE ?
- Quels éléments vous ont empêché d'appliquer le programme dans votre routine de classe ?
- Avez-vous vécu des effets négatifs du retrait du programme ?
- Comptez-vous réutiliser ce genre d'interventions ? Si oui, sous quelle forme ? À quelle fréquence ? Et pour quelles raisons ?
- Auriez-vous des recommandations à faire pour améliorer le programme ?



VALIDATION DE L'ÉCHELLE DE CONFIANCE À EXERCER LA PROFESSION D'ERGOTHÉRAPEUTE (ÉCEPE)

Raphaël Delorme¹, Annabelle Blanchette², Daphnée Fortin³, Élise Yim⁴, Éric Constantin⁵, Johanne Desrosiers⁶

- ¹ Ergothérapeute, M. en ergothérapie, CISSS de la Montérégie-Ouest, Centre montérégien de réadaptation, Granby, Québec, Canada
- ² Ergothérapeute, M. en ergothérapie, CISSS de la Montérégie-Est, Centre d'hébergement de Mgr-Coderre, Longueuil, Québec, Canada
- ³ Ergothérapeute, M. en ergothérapie, CISSS de la Montérégie-Ouest, Centre montérégien de réadaptation, Saint-Hubert, Québec, Canada
- ⁴ Ergothérapeute, M. en ergothérapie, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, St-Laurent, Québec, Canada
- ⁵ Ergothérapeute, M. Réad., École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada
- ⁶ Ergothérapeute, M.A en gérontologie, PhD en sciences cliniques, Professeure associée (titulaire retraitée), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : johanne.desrosiers@usherbrooke.ca

Reçu le 12.02.2017 – Accepté le 04.03.2019

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.74

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



RÉSUMÉ

Introduction. La confiance d'un étudiant en ergothérapie en ses propres capacités à accomplir les différentes activités d'un ergothérapeute, soit son sentiment d'efficacité personnelle (SEP) relativement à la profession d'ergothérapeute, influence son rendement et le développement de ses compétences. Ainsi, accroître le SEP concernant la profession d'ergothérapeute représente indéniablement un des effets désirés par tout programme de formation en ergothérapie, d'où l'intérêt de mesurer le SEP des étudiants. En l'absence d'un outil valide mesurant spécifiquement ce concept, l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE) a été développée en 2014, mais n'avait encore fait l'objet d'aucune étude de validation empirique.

Objectifs. Étudier la fidélité test-retest, la cohérence interne et la validité de construit de l'ECEPE.

Méthode. Soixante-douze étudiants de 1^{re} (n = 33) et 4^e (n = 39) année d'un programme québécois d'ergothérapie ont participé à l'étude. Pour examiner la fidélité test-retest, chaque étudiant devait remplir l'ECEPE à deux moments. La cohérence interne ainsi que trois types de validité de construits ont été étudiés : groupes extrêmes, validité convergente et validité divergente.

Résultats. La fidélité test-retest est excellente chez les étudiants de 1^{re} année (CCI : 0,92) et de passable à très bonne pour ceux de 4^e année (CCI : 0,77). La cohérence interne de l'outil s'est révélée très élevée (α : 0,86). Une différence statistiquement significative ($p < 0,001$) a été observée entre les résultats des deux groupes d'étudiants (validité de groupes extrêmes). Les résultats à l'ECEPE sont associés à ceux d'un outil mesurant un concept similaire (Student Confidence Questionnaire) ($Rho = 0,82$ et $Rho = 0,66$: $p < 0,001$) (validité convergente). Aucune relation n'a été trouvée entre les résultats de l'ECEPE et la moyenne scolaire ($Rho = 0,04$, $p = 0,83$ et $Rho = 0,02$, $p = 0,92$) (validité divergente).

Conclusion. L'ECEPE permet de mesurer de façon stable dans le temps le SEP des étudiants relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute et de différencier les étudiants selon leur niveau de formation en ergothérapie. Le rendement scolaire n'est pas associé aux résultats obtenus à l'ECEPE. Cette première étude de validation empirique permet de constater que l'ECEPE évalue de manière fidèle et valide le SEP relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute chez des étudiants en ergothérapie. Ce nouvel outil pourrait être pertinent pour évaluer les effets d'un programme de formation en ergothérapie sur le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants.

MOTS-CLÉS

Sentiment d'efficacité personnelle, ergothérapie, étudiant, outil d'évaluation

VALIDATION OF THE SCALE OF CONFIDENCE IN PRACTISING AS A PROFESSIONAL OCCUPATIONAL THERAPIST (SCPPOT)

ABSTRACT

Introduction. Occupational therapy students' confidence in their ability to perform occupational therapists' various tasks, i.e. their self-efficacy in practising as a professional occupational therapist, affects their performance and professional development. Thus one of the desired outcomes of any occupational therapy training program is to increase students' self-efficacy in practising as a professional occupational therapist, hence the interest in measuring it. Because there was no valid tool specifically measuring this concept, the Scale of confidence in practising as a professional occupational therapist (SCPPOT) was developed in 2014 but as yet no empirical validation studies have been done.

Goals/objectives. To study test-retest reliability, internal consistency and construct validity of the SCPPOT.

Method. Seventy-two students in the first year ($n = 33$) and fourth year ($n = 39$) of a French-language occupational therapy program in Quebec participated in the study. To examine test-retest reliability, students completed the SCPPOT at two different times. The internal consistency as well as three types of construct validity were studied: extreme groups, convergent and discriminant.

Results. Test-retest reliability was excellent among first year students (ICC: 0.92) and very good among fourth year students (ICC: 0.77). Internal consistency for the tool was very high ($\alpha : 0,86$). The difference between the scores for the two groups of students was statistically significant ($p < 0.001$) (extreme groups validity). Results obtained on the SCPPOT were correlated with those obtained using a tool measuring a similar concept (Student Confidence Questionnaire) ($Rho = 0.82$ and $Rho = 0.66$; $p < 0.001$) (convergent validity). No correlation was found between the SCPPOT and academic performance ($Rho = 0.04$, $p = 0.83$ and $Rho = 0.02$, $p = 0.92$) (discriminant validity).

Conclusion. The SCPPOT produces stable results when assessing self-efficacy in practising as a professional occupational therapist and also differentiates between students at different stages in their occupational therapy training. Academic performance is not correlated with results obtained on the SCPPOT. This first empirical validation study suggests that the SCPPOT generates a reliable, valid assessment of occupational therapy students' self-efficacy in practising as a professional occupational therapist. Thus, this new tool could be used to assess the impact of an occupational therapy training program on students' self-efficacy.

KEYWORDS

Self-efficacy, occupational therapy, student, evaluation

INTRODUCTION

Selon Bandura (1977), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) constituerait un prédicteur de rendement lors de la réalisation d'une activité, influençant les choix et les comportements humains à l'égard de cette activité spécifique. De nature cognitive, le SEP se définit comme une croyance/perception en ses propres capacités à accomplir une activité particulière (Bandura, 2007). Dans les écrits scientifiques, différents termes sont utilisés pour parler du SEP. Ainsi, en langue française, on parle d'auto-efficacité, de sentiment d'auto-efficacité, d'efficacité personnelle perçue ou de croyance d'efficacité (Bandura, 2007 ; Bouffard-Bouchard, Parent et Larivée, 1992), et en langue anglaise de *self-efficacy*, *personal efficacy*, *sense of personal efficacy*, *perceived efficacy*, *personal perceived efficacy* ou encore *beliefs in efficacy* (Bandura, 2007).

Du point de vue de l'apprentissage d'une profession, un meilleur SEP serait favorable à l'acquisition d'habiletés cliniques (Robb, 2012). En effet, le SEP, partie intégrante de la subjectivité du professionnel, est reconnu comme étant un indicateur de son développement professionnel (Lefeuve, Garcia et Namolovan, 2009 ; Marcel, 2009 ; Piot, 2009). D'ailleurs, il est admis que le SEP représente un facteur clé de la motivation et de l'engagement influençant l'apprentissage d'une profession et conditionnant les états émotifs face aux défis professionnels (Bandura, 2007). Plus précisément, bon nombre d'auteurs avancent que le SEP influence positivement la carrière et le développement des professionnels de la santé en médecine (Opacic, 2001), physiothérapie (Utsey, 2006), radiologie (Kitching, Cassidy, Eachus et Hogg, 2011), sciences infirmières (Townsend et Scanlan, 2011) et ergothérapie (Bush, Powell et Herzberg, 1993).

Plusieurs études ont démontré que le SEP relativement à la pratique d'une profession se développe de manière logique et continue tout au long du programme de formation (Dahl et Hall, 2013 ; Payakachat, Gubbins, Ragland, Flowers et Stowe, 2014 ; Uraz, Sezgin Tocak, Yozgathgil, Cetiner et Bal, 2013). Selon une étude mixte de Chesser-Smyth et Long (2012), réalisée auprès de 435 étudiants universitaires en soins infirmiers, le SEP à l'égard de l'administration des soins augmente au cours de la première année de formation lorsque les étudiants vivent des expériences de succès lors des stages cliniques. Certaines études établissent un lien entre la durée de la formation et le développement du SEP à l'égard de la pratique d'une profession. Par exemple, dans l'étude transversale de Spek, Wieringa-de Waard, Lucas et Van Dijk (2013), les étudiants de maîtrise en orthophonie présentaient un SEP plus élevé quant à leurs capacités à agir selon les principes d'une pratique basée sur les données probantes que les étudiants de première année au baccalauréat de cette discipline.

Mesurer le SEP des participants pour évaluer l'effet d'une activité de formation est une méthode qui a été utilisée auprès de différentes populations, notamment auprès d'étudiants dans les professions de la santé (Hecimovich et Volet, 2011), de nutritionnistes (Lorenz, Davis et Gregory, 2000), d'infirmières (Stump, Husman et Brem, 2012), d'enseignants (Davis, 2014) ou de gestionnaires (Baron et Morin, 2010). Selon Baron et Morin (2010), utiliser un questionnaire auto-administré pour mesurer le SEP s'avère un moyen peu coûteux et simple pour évaluer l'effet d'une activité de formation.

Mesurer le SEP représente une méthode efficiente et valide pour évaluer l'effet d'une formation visant le développement des habiletés de communication du personnel d'un département de chirurgie orthopédique (Norgaard, Ammentorp, Kyvik et Kofoed, 2012). Par ailleurs, Bandura (2006) suggère que le fait de mesurer le SEP des étudiants favorise l'ajustement des programmes de formation. Dans le même sens, certains auteurs (Artino *et al.*, 2012 ; Robb, 2012 ; Stump *et al.*, 2012 ; Townsend et Scanlan, 2011) pensent que mesurer le SEP peut permettre d'ajuster la formation et faire revoir certaines méthodes d'enseignement afin d'influencer positivement le SEP des participants.

Puisque le SEP se développe de manière spécifique dans chaque profession et chaque contexte (Bandura, 2006), de nombreux outils mesurant le SEP relativement à l'exercice d'une profession en particulier ont été développés et validés au fil des ans. Une recherche documentaire (Constantin, 2014a) a d'ailleurs permis d'en relever quelques-uns : Counselor Self-Efficacy Scale (CSES) (Melchert, Hays, Wiljanen et Kolocek, 1996) ; Teacher Self-Efficacy Scale (TSES) (Tschannen-Moran et Hoy, 2001) ; Student Radiographer Self-Efficacy Scale (RSES) (Kitching *et al.*, 2011) ; Nursing Competence Self-Efficacy Scale (NCSES) (Kennedy, 2013) ; School-Based Occupational Therapist Survey (SBOTS) (Semple-Dormer, 2012) et OT Student Confidence Questionnaire (SCQ) (Derdall, Olson, Janzen et Warren, 2002). Bien que les deux derniers outils énumérés, le SBOTS et le SCQ, présentent un lien étroit avec l'ergothérapie, aucun d'eux n'a spécifiquement été conçu afin de mesurer le SEP d'étudiants en ergothérapie à l'égard de l'exercice de la profession d'ergothérapeute. Le SBOTS vise à mesurer le SEP d'ergothérapeutes pratiquant en milieu scolaire alors que le SCQ vise spécifiquement à mesurer la confiance des étudiants dans le cadre d'un stage en ergothérapie. C'est ainsi en l'absence d'un outil valide spécifique que l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE) a été développée (Constantin, 2014a).

Le développement de l'ECEPE s'est fait en trois étapes : 1) la planification : définir la fonction et les objectifs de l'outil ; procéder à la recension des écrits ; 2) l'opérationnalisation : générer les items ; choisir l'échelle de réponse ; formuler les consignes ; et 3) la validation : examiner la validité de contenu et d'apparence (Constantin, 2014a, 2014b, 2014c). La validité apparente et de contenu de l'ECEPE a été démontrée. Premièrement, les items composant cet instrument de mesure ont été générés à partir des 25 énoncés de compétences clés du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012) selon un processus systématique en trois étapes : étape 1) à l'aide d'une grille d'analyse, identifier les énoncés de compétences clés ayant un lien avec le sentiment d'efficacité personnelle ; étape 2) à l'aide d'une grille d'analyse, exclure les énoncés de compétences clés apparentés ; étape 3) transformer les énoncés de compétences clés retenus en items de questionnaire. L'identification, l'exclusion et la transformation des énoncés de compétences clés en items de questionnaire sont le résultat d'un consensus d'experts (n = 2). Deuxièmement, la clarté et la pertinence des consignes, de l'échelle de réponse et des 17 items du questionnaire, résultats des étapes précédentes, ont été validées lors de deux tours de consultation réalisés à deux semaines d'intervalle auprès d'un échantillon composé de 32 étudiants du programme d'ergothérapie de l'Université de Sherbrooke (4 étudiants de 1^{re} année, 10 de 2^e, 5 de 3^e et 13 de 4^e) et de 10 ergothérapeutes, soit 4 professeures de l'Université

de Sherbrooke et 6 coordonnateurs de la formation clinique des programmes de formation en ergothérapie québécois (Constantin, 2014b, 2014c). Pour valider le contenu de l'outil, les répondants devaient se prononcer sur la pertinence (1 = pas du tout pertinent à 5 = tout à fait pertinent) et la clarté de chacun des items (1 = pas du tout clair à 5 = tout à fait clair) et émettre leurs commentaires ou suggestions. À la suite des résultats du premier tour de consultation, le questionnaire a été réorganisé, des exemples ont été ajoutés, et les consignes et certains items ont été reformulés. Au final, tous les items (n = 15) retenus pour composer l'ECEPE ont été jugés par les personnes consultées comme présentant un haut degré de clarté et de pertinence, supérieur ou égal à 4/5, avec 50 % et plus de participants ayant attribué une cote de 5/5 (Constantin, 2014c). Le processus de développement de cette échelle lui confère une bonne validité de contenu. Toutefois, à ce jour, aucune étude empirique n'a été réalisée pour vérifier ses qualités métrologiques.

Ainsi, l'objectif général de l'étude présentée ici était de valider empiriquement l'ECEPE auprès d'étudiants en ergothérapie. Plus précisément, l'étude visait premièrement à examiner la cohérence interne de l'ECEPE, ainsi que sa fidélité test-retest en comparant les résultats obtenus par les étudiants lors de deux évaluations espacées dans le temps. Il était attendu que les résultats soient similaires lors des deux passations. Le deuxième objectif était d'examiner la validité de construit par groupes extrêmes en comparant des groupes d'étudiants de niveaux d'apprentissage différents. L'hypothèse était que les deux groupes obtiendraient des résultats statistiquement différents. Le troisième objectif était d'examiner la validité de construit convergente en corrélant les résultats de l'ECEPE avec ceux d'un outil de mesure apparenté ; il était attendu que les résultats des deux outils seraient de modérément à fortement corrélés. Le dernier objectif consistait à explorer la validité de construit divergente en comparant le lien entre la moyenne scolaire et le résultat à l'ECEPE. Malgré l'absence d'études comparables sur le sujet, l'expérience d'enseignants permettait d'émettre l'hypothèse que le lien serait faible.

MÉTHODES

Participants et procédures de recrutement

Au total, 53 étudiants francophones de 1^{re} année (débutants) et 45 de 4^e année (finissants) d'un programme de baccalauréat-maîtrise intégré en ergothérapie d'une université québécoise ont été invités à participer à cette étude. Les étudiants des deux cohortes ont été recrutés en personne par les auteurs lors du début d'un cours par une présentation PowerPoint d'une quinzaine de minutes qui exposait l'essentiel de l'étude et les exigences de leur participation potentielle. Par la suite, un courriel contenant un lien vers les questionnaires à remplir en ligne leur était envoyé. Cette 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 (CSSS-IUGS) le 25 janvier 2016 (#2016-589).

Procédure et collecte des données

La collecte de données s'est réalisée en deux temps via l'application Web de sondage et statistique LimeSurvey qui permet, entre autres, de mettre en ligne des questionnaires et d'y collecter directement les réponses. Dans un premier temps, les participants devaient remplir trois questionnaires : 1) l'ECEPE, 2) la version française du Student Confidence Questionnaire (SCQ) et 3) un questionnaire sociodémographique. Selon l'intervalle de temps suggéré par Corbière et Fraccaroli (2014), l'ECEPE devait être remplie de nouveau entre deux jours et deux semaines après la première passation pour évaluer la fidélité test-retest. Les étudiants étaient informés qu'ils recevraient l'ECEPE à deux moments. Le matricule étudiant permettait de jumeler les données des deux temps de mesure, en plus de donner accès à la moyenne scolaire de chaque participant. Les notes des étudiants ont été fournies par une personne extérieure à l'équipe de recherche. Afin de stimuler la participation des étudiants, un courriel de rappel a été envoyé deux jours après l'envoi des questionnaires, aux deux temps de mesure. Le média social Facebook a été utilisé parce qu'il apparaissait comme le moyen le plus efficace de rejoindre les étudiants en raison de leur consultation quotidienne de ce média.

Instruments de mesure

L'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute

L'ECEPE prend la forme d'un questionnaire auto-administré composé de 15 items, présentés à l'annexe 1, et d'une échelle de réponse graduée de 1 à 9 (1 = pas du tout confiant, 9 = tout à fait confiant) dont le score total varie entre 15 et 135 (Constantin, 2017).

Student Confidence Questionnaire

Le Student Confidence Questionnaire (SCQ), développé à l'Université de l'Alberta au Canada, a été conçu spécifiquement pour des étudiants en ergothérapie pour évaluer leur sentiment de confiance dans l'accomplissement des activités reliées à la pratique de l'ergothérapie lors de leur stage (Derdall *et al.*, 2002). Lors des phases de validation, un comité d'experts en enseignement clinique des universités de l'Alberta et de la Saskatchewan a été consulté afin d'obtenir un avis quant aux différentes dimensions que le questionnaire se proposait d'explorer. Le questionnaire a ensuite été rempli par 32 étudiants en ergothérapie de l'Université de l'Alberta qui devaient commenter sa structure et son contenu général. Finalement, la cohérence interne de l'outil ($n = 41$ items) a été étudiée auprès de 29 étudiants et s'est révélée très élevée (alpha de Cronbach de 0,86). Malgré cette très forte homogénéité des items, les chercheurs ont retenu les 41 items. Chaque item est coté selon une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord), pour un score total variant de 41 à 205, un score élevé indiquant un haut niveau de confiance. L'outil étant disponible uniquement dans sa version originale anglaise, il a été traduit en français par deux traducteurs professionnels, mais n'a pas été validé dans cette version. La version finale en français a été élaborée par l'équipe de recherche en combinant les deux traductions.

Données sociodémographiques

Un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques des participants a permis de recueillir les éléments suivants : niveau au programme d'ergothérapie (1^{re} année ou 4^e année), âge, sexe, état civil, études effectuées dans d'autres domaines (diplôme d'études collégiales en techniques de réadaptation physique obtenu et/ou baccalauréat obtenu ou en cours dans un autre domaine) et nombre d'heures par semaine consacrées à un emploi à l'extérieur des études.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en fonction de chaque objectif. Pour l'étude de fidélité test-retest (objectif 1), un échantillon de 40 participants permettrait de détecter un coefficient de corrélation intraclasse supérieur à 0,80 avec un niveau de signification alpha fixé à 5 %, une puissance de 80 % et deux mesures (Donner et Eliasziw, 1987). Pour l'atteinte de l'objectif 2 (validité par groupes extrêmes), une taille de 29 étudiants par groupe (n = 58) permettrait de déceler une différence standardisée modérée (0,75), basée sur un niveau de signification alpha fixé à 5 % (test bilatéral) et une puissance de 80 % (Machin, Campbell, Fayes et Pinil, 1997). Pour l'étude de validité de convergence entre l'ECEPE et la version française du Student Confidence Questionnaire (objectif 3), une taille totale de 13 participants était requise pour déceler une corrélation de 0,70 comme significativement différente de « zéro », basée sur un niveau de signification alpha fixé à 5 % (test bilatéral) et une puissance de 80 % (Machin *et al.*, 1997). Enfin, pour le dernier objectif (validité discriminante), la taille de 58 participants, déterminée pour l'objectif 2, permettrait de déceler une corrélation de 0,35 comme différente de « zéro » (Machin *et al.*, 1997).

Analyse des données

La première étape consistait à décrire les caractéristiques des participants par la moyenne et l'écart-type ou par la médiane et l'intervalle interquartile, selon la distribution des données, pour les variables continues et par le nombre et le pourcentage pour les variables catégorielles. Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour évaluer la cohérence interne de l'outil. Pour estimer la fidélité test-retest, des coefficients de corrélation intraclasse (modèle à effets mixtes à deux facteurs) et leur intervalle de confiance à 95 % ont été calculés (objectif 1). Selon Cicchetti (1994), les coefficients de corrélation intraclasse (CCI) inférieurs à 0,40 sont faibles, ceux entre 0,40 et 0,59 sont qualifiés de passables, ceux se situant entre 0,60 et 0,74 sont bons et ceux supérieurs à 0,75 sont considérés comme excellents. De plus, l'équivalent non paramétrique du test t pour groupes appariés, le test de Wilcoxon, a été utilisé pour estimer la présence d'un biais potentiel entre les deux temps de mesure.

La validité de construit par groupes extrêmes (objectif 2) a été vérifiée par le test de Mann-Whitney qui compare les résultats à l'ECEPE des étudiants de 1^{re} année à ceux des étudiants de 4^e année. Le coefficient de corrélation de Spearman a été utilisé pour l'objectif 3 (lien entre les résultats à l'ECEPE à la première passation et ceux au SCQ) et pour l'objectif 4 (lien entre les résultats à l'ECEPE et la moyenne scolaire).

RÉSULTATS

Au total, 72 étudiants (en 1^{re} année, 33/53, pour un taux de participation de 62 %, et en 4^e année, 39/45, pour un taux de participation de 87 %) ont participé à cette étude, sur une possibilité de 98 (taux de participation : 77 %), parmi lesquels 60 ont répondu aux deux temps de mesure (T1 et T2). Les étudiants étaient âgés en moyenne de 22,3 ± 2,9 ans (20,3 ± 1,3 en 1^{re} et 24 ± 2,9 en 4^e). Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées au tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants (nombre et pourcentage)

	Étudiants 1 ^{re} année (n = 33) n (%)	Étudiants 4 ^e année (n = 39) n (%)	Total (n = 72) n (%)
Sexe			
Féminin	28 (84,8)	38 (97,4)	66 (91,7)
Masculin	5 (15,2)	1 (2,6)	6 (8,3)
État civil			
Célibataire	31 (93,9)	32 (82,1)	63 (87,5)
Conjoint	2 (6,1)	5 (12,8)	7 (9,7)
Marié	0	2 (5,1)	2 (2,8)
Études dans d'autres domaines*	10 (30,3)	13 (33,3)	23 (31,9)
Heures de travail par semaine			
1 à 10	10 (30,3)	8 (20,5)	18 (25,0)
10 et +	6 (18,2)	1 (2,6)	7 (9,7)

* Nombre d'étudiants qui ont fait des études collégiales en techniques de réadaptation physique ou universitaires dans un autre domaine avant de commencer leur formation en ergothérapie.

Objectif 1 : Cohérence interne et fidélité test-retest de l'ECEPE

Les coefficients alpha de Cronbach sont de 0,93 et de 0,78 pour les étudiants de 1^{re} et de 4^e année respectivement. Plus spécifiquement, pour les étudiants de 1^{re} année, les coefficients alpha varient de 0,56 à 0,84 lorsque chaque item est corrélé avec le score total et de 0,921 à 0,931 lorsque chacun des items est retiré. Pour les étudiants de 4^e année, les coefficients alpha varient de 0,27 à 0,75 lorsque chaque item est corrélé avec le score total et de 0,701 à 0,723 lorsque chacun des items est enlevé. Les coefficients alpha par item sont présentés à l'annexe 2.

Les coefficients de corrélation intraclass (CCI) sont élevés et les intervalles de confiance à 95 % sont étroits, lorsque calculés avec les résultats de l'ensemble des participants ainsi qu'avec ceux des étudiants de 1^{re} année (tableau 2). Toutefois, les

CCI sont moindres lorsque calculés avec les résultats des étudiants de 4^e année. L'intervalle moyen (écart-type) entre les deux temps de renseignement du questionnaire est de 8,2 (2,4) jours avec un intervalle variant de 4 à 12 jours. Finalement, les tests statistiques démontrent l'absence d'une différence significative des résultats entre les deux temps de mesure.

Tableau 2. Fidélité test-retest de l'ECEPE : résultats obtenus par les étudiants de 1^{re} année et de 4^e année à l'ECEPE aux deux temps de mesure

	Étudiants en 1 ^{re} année (n = 26)	Étudiants en 4 ^e année (n = 34)	Total (n = 60)
Temps 1			
Mdn (min-max)	56,0 (43,8 – 72,0)	120,0 (116,0 – 126,0)	113,5 (58,8 – 121,8)
m (ÉT)	58,2 (21,4)	120,9 (6,3)	93,7 (34,6)
Temps 2			
Mdn (min-max)	53,5 (42,8 – 71,8)	122,0 (114,8 – 127,0)	113,0 (55,0 – 123,0)
m (ÉT)	58,1 (20,8)	121,2 (6,8)	93,8 (34,7)
CCI (IC 95 %)	0,92 (0,83 – 0,96)	0,77 (0,58 – 0,88)	0,98 (0,97 – 0,99)
p	0,75	0,83	0,70

Mdn : médiane ; *m* : moyenne ; *ÉT* : écart-type ; *CCI* : coefficient de corrélation intraclasse ; *IC* : intervalle de confiance ; *p* : valeur p associée au test de Wilcoxon

Objectif 2 : Validité par groupes extrêmes

Les résultats à l'ECEPE des étudiants de 1^{re} année diffèrent significativement ($p < 0,001$) de ceux des étudiants de 4^e année.

Objectif 3 : Validité de convergence

Le coefficient de corrélation entre les résultats à l'ECEPE et au SCQ est élevé pour les étudiants de 1^{re} année et modéré pour ceux de 4^e année, confirmant que les deux outils mesurent des concepts similaires (tableau 3).

Tableau 3. Validité de convergence entre les résultats à l'ECEPE et au SCQ des étudiants de 1^{re} année et de 4^e année en ergothérapie

	<i>Mdn</i> (min-max)	Rho de Spearman (IC 95 %)	Valeur <i>p</i>
Étudiants en 1^{re} année (n = 33)			
SCQ (/205)	116,0 (91,0 – 126,5)		
		0,82 (0,62 – 0,91)	< 0,001
ECEPE (/135)	51,0 (37,0 – 65,5)		
Étudiants en 4^e année (n = 39)			
SCQ (/205)	187,0 (181,0 – 195,0)		
		0,66 (0,41 – 0,82)	< 0,001
ECEPE (/135)	120,0 (116,0 – 125,0)		

Mdn : médiane ; IC : intervalle de confiance ; *p* : valeur *p* associée au test de corrélation de Spearman ; SCQ : Student Confidence Questionnaire

Objectif 4 : Validité divergente

Les coefficients de corrélation entre les résultats à l'ECEPE et les moyennes scolaires des étudiants sont presque nuls (tableau 4), indiquant l'absence de lien entre le SEP relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute et la performance scolaire.

Tableau 4. Validité divergente entre les résultats à l'ECEPE et la performance scolaire des étudiants de 1^{re} année et de 4^e année en ergothérapie

	<i>Mdn</i> (min-max)	Rho de Spearman (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Étudiants en 1^{re} année (n = 33)			
Moy scolaire (/4,3)	4,03 (3,85 – 4,13)		
		0,04 (-0,31 – 0,40)	0,83
ECEPE (/135)	51,0 (37,0 – 65,5)		
Étudiants en 4^e année (n = 39)			
Moy scolaire (/4,3)	3,55 (3,32 – 3,79)		
		0,02 (-0,33 – 0,37)	0,92
ECEPE (/135)	120,0 (116,0 – 125,0)		

Mdn : médiane ; IC : intervalle de confiance ; *p* : valeur *p* associée au test de corrélation de Spearman ; Moy : moyenne

DISCUSSION

Cette étude visait à valider empiriquement un nouvel outil francophone de mesure du sentiment d'efficacité personnelle relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute, l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute, destiné aux étudiants en ergothérapie. Les résultats confirment que la cohérence interne est satisfaisante, que la fidélité test-retest de l'ECEPE est de très bonne à excellente, que le SEP diffère significativement selon le niveau de formation, mais qu'il n'est pas associé à la performance scolaire. De plus, les résultats à l'ECEPE sont corrélés avec ceux obtenus par un autre outil mesurant un concept similaire. Les résultats de cette première étude des qualités métrologiques de l'ECEPE permettent de considérer que cet outil évalue de manière fidèle et valide le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants en ergothérapie.

La cohérence interne de l'ECEPE chez les étudiants de 1^{re} année, avec un alpha de 0,93, est presque trop élevée. En effet, des coefficients alpha de Cronbach entre 0,70 et 0,90 sont habituellement souhaitables. Toutefois, les coefficients alpha par item pour ce groupe d'étudiants se situent pour la plupart (9 sur les 15) dans cette étendue. Les étudiants de 1^{re} année sont assez peu confiants en leur efficacité personnelle et ce, quel que soit l'item, conférant ainsi une bonne homogénéité au questionnaire. À l'opposé, le coefficient alpha global chez les étudiants de 4^e année est dans les limites recherchées (0,78), mais les coefficients par item sont pour la plupart bien en deçà. Ces étudiants sont plus confiants en leur capacité d'exercer leur profession et leurs réponses d'un item à l'autre sont moins homogènes que celles de leurs jeunes collègues, d'où une cohérence interne inférieure. De plus, l'annexe 2 démontre très bien que les coefficients alpha sont très peu influencés par le retrait d'items plus faiblement corrélés avec le score total. Il sera intéressant de poursuivre ce type d'analyse avec les étudiants de niveaux d'étude intermédiaires (2^e et 3^e année) pour mieux saisir la cohérence du questionnaire.

L'ECEPE permet de mesurer le SEP d'étudiants de façon stable dans le temps (fidélité test-retest). La différence des coefficients de fidélité entre les deux groupes d'étudiants peut être expliquée par une moins grande variabilité du SEP des étudiants de 4^e année par rapport à ceux de 1^{re} année. En effet, le calcul du coefficient de corrélation intraclasse est très sensible à la variabilité tant intersujet qu'intrasujet (Bravo et Potvin, 1991). La plus grande variabilité des résultats à l'ECEPE obtenus chez les étudiants de 1^{re} année est probablement reliée à leurs profils initiaux différents, alors qu'en 4^e année, cette différence de profil s'est estompée sous l'effet de la formation commune reçue. En effet, les étudiants amorçant leur formation arrivent à l'université avec des bagages de formation antérieure diversifiés, ce qui peut influencer leur SEP (Sitzmann et Yeo, 2013), tandis que la formation reçue dans le programme d'ergothérapie est identique pour tous. Le délai parfois court entre les deux temps de mesure (4 jours) peut avoir contribué aux CCI élevés en raison de la possibilité pour certains étudiants de se rappeler au temps 2 des réponses données lors de la première mesure.

Les résultats à l'ECEPE des finissants démontrent que l'accumulation de connaissances et d'expériences cliniques conduit à un SEP plus élevé, à l'instar de ce que rapportent plusieurs études (Dahl et Hall, 2013 ; Uraz *et al.*, 2013). La différence entre les

résultats obtenus à l'ECEPE par les deux groupes d'étudiants suggère aussi que le SEP se développe de façon logique, c'est-à-dire avec le nombre d'années de formation accumulées (Spek *et al.*, 2013). Toutefois, contrairement aux études de Dahl et Hall (2013) et de Uraz et collègues (2013), le développement continu du SEP n'a pas pu être vérifié, puisque les étudiants des niveaux intermédiaires (2^e et 3^e année) n'ont pas été sondés.

Les résultats obtenus à l'ECEPE et au SCQ confirment que les deux outils mesurent un concept similaire, celui du sentiment de confiance des étudiants en ergothérapie, ce qui correspond à l'hypothèse initiale. Chacun des outils a toutefois des visées qui lui sont propres. Ainsi, le SCQ vise à mesurer le sentiment de confiance des étudiants lors de leur stage en ergothérapie. Les items de cet outil sont directement reliés au rôle de stagiaire ; par exemple, il s'intéresse à la relation entre l'étudiant et son superviseur. L'ECEPE, quant à elle, évalue le sentiment de confiance de l'étudiant quant à ses aptitudes à exercer la profession d'ergothérapeute. Les coefficients de corrélation plus faibles chez les étudiants de 4^e année que chez ceux de 1^{re} année pourraient justement permettre de mieux différencier les deux concepts. En effet, les résultats montrent que les étudiants de 1^{re} année, qui ont très peu d'expériences pratiques vécues, font peu de distinctions entre le SEP concernant un stage en ergothérapie et celui concernant l'exercice de la profession d'ergothérapeute, les deux étant peu élevés chez ce groupe. Au contraire, les étudiants de 4^e année, qui ont un plus grand nombre d'expériences vécues dans le domaine de l'ergothérapie, seraient en mesure de mieux distinguer le SEP relatif à la réalisation d'un stage en ergothérapie et le SEP relatif à l'exercice de la profession.

Dans cette étude, aucun lien n'a été démontré entre les notes et le SEP des étudiants. Autrement dit, un étudiant ayant un meilleur SEP quant à l'exercice de la profession d'ergothérapeute n'a pas nécessairement de meilleures notes. À notre connaissance, cette relation entre le SEP des étudiants et les résultats scolaires n'avait pas été étudiée précédemment. Toutefois, des études antérieures (Meral, Colak et Zereyak, 2012 ; Motlagh, Amrai, Yazdani, Abderahim et Souri, 2011) ont démontré une relation significative entre le SEP scolaire, concept différent du SEP concernant la pratique d'une profession, d'un étudiant et sa performance scolaire, soit ses résultats scolaires. D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre le lien entre le SEP et les notes.

Cette étude a permis le développement d'un premier outil francophone mesurant le SEP dans le domaine de la formation des étudiants en ergothérapie. Plusieurs épreuves de validation de l'outil ont été réalisées, augmentant la confiance dans ce nouvel outil. Le taux de participation à l'étude est très bon. Toutefois, le moment de la collecte de données coïncidait avec la période d'examens du 2^e semestre des participants de 1^{re} année, ce qui a pu nuire au taux de participation et expliquerait le nombre inférieur de participants lors de la deuxième passation de l'ECEPE. La version française du Student Confidence Questionnaire n'a pas été validée en raison des ressources et du temps que cela aurait impliqué. Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale était possible puisque les participants sont des étudiants en formation ayant le désir de performer. Ce biais potentiel a toutefois été minimisé par l'anonymat du participant rendu possible grâce à l'utilisation du matricule étudiant : aucun lien entre les noms et les matricules ne pouvait être fait par les chercheurs. La taille de l'échantillon pour évaluer le lien entre

les résultats de l'ECEPE et les résultats scolaires n'est pas optimale puisque le calcul s'est basé sur une corrélation différente de 0. Il est ainsi possible que le nombre de participants soit insuffisant pour démontrer un lien significatif. Finalement, les participants proviennent d'une seule université québécoise, ce qui n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble des étudiants en ergothérapie francophones.

CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif de valider empiriquement un nouveau questionnaire visant à mesurer le degré de confiance dans ses aptitudes à exercer la profession d'ergothérapeute, l'ECEPE. Les résultats obtenus ont permis d'examiner la fidélité test-retest et diverses formes de validité de construit. Ils démontrent que, dans sa forme actuelle, l'ECEPE présente des qualités métrologiques suffisamment intéressantes pour être utilisé pour évaluer, chez des étudiants en ergothérapie, l'effet d'une formation sur leur SEP concernant l'exercice de la profession d'ergothérapeute, intérêt à l'origine du développement dudit outil. Il est attendu qu'une meilleure connaissance de l'évolution du SEP concernant l'exercice de la profession d'ergothérapeute des étudiants contribuera à mieux accompagner et soutenir leur développement professionnel en cours de formation. D'autres études seraient pertinentes pour examiner d'autres qualités métrologiques de l'ECEPE (p. ex. la sensibilité au changement et la progression lors des quatre années de formation). Par ailleurs, des études auprès d'ergothérapeutes cliniciens pourront éventuellement être menées pour examiner les liens possibles entre le SEP concernant l'exercice de la profession et d'autres variables comme l'épuisement professionnel ou le bien-être au travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Artino, A., Dong, T., DeZee, K., Gilliland, W., Waechter, D., Cruess, D. et Durning, S. (2012). Development and initial validation of a survey to assess students' self-efficacy in medical school. *Military Medicine*, 177(9), 31-37.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. Dans F. Pajares et T. C. Urdan (dir.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (chap. 16, p. 307-337). Greenwich, CT : Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Baron, L. et Morin, L. (2010). The impact of executive coaching on self-efficacy related to management soft-skills. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(1), 18-38.
- Bouffard-Bouchard, T., Parent, S. et Larivée, S. (1992). Relation entre le savoir stratégique, l'évaluation de soi et le sentiment d'auto-efficacité, et leur influence dans une tâche de lecture. *Enfance*, 46(1-2), 63-78.
- Bravo, G. et Potvin, L. (1991). Estimating the reliability of continuous measures with Cronbach's alpha or the intraclass correlation coefficient: Toward the integration of two traditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(4-5), 381-390.

- Bush, J. V., Powell, N. J. et Herzberg, G. (1993). Career Self-Efficacy in Occupational Therapy Practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(10), 927-933.
- Chesser-Smyth, P. A. et Long, T. (2012). Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 145-157.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating norms and standardized assessment in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- Constantin, E. (2014a). *Conception d'un outil mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à pratiquer la profession d'ergothérapeute. Étape 1 : Planification*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke.
- Constantin, E. (2014b). *Conception d'un outil mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à pratiquer la profession d'ergothérapeute. Étape 2 : Opérationnalisation*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke.
- Constantin, E. (2014c). *Conception d'un outil mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à pratiquer la profession d'ergothérapeute. Étape 3 : Validation*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke.
- Constantin, E. (2017). *Sentiment d'auto-efficacité des étudiants en ergothérapie : nouvel outil de mesure*. Affiche présentée au Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes, 21-24 juin 2017. Charlottetown, ÎPE, Canada.
- Corbière, M. et Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure : des exemples en santé mentale et travail, chap. 24, dans Corbière, M. Larivière, N (dir.) *Méthodes qualitative, quantitative et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec, pp. 577-623.
- Dahl, J. R. et Hall, A. M. (2013). A scale to measure pharmacy student's self-efficacy in performing medication therapy management services. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(9).
- Davis, C. H. (2014). *Teacher Self-Efficacy and Cultural Proficiency: Program Evaluation for EL MAR Professional Development* (Ed.D.). Walden University, Minnesota, États-Unis.
- Derdall, M., Olson, P., Janzen, W. et Warren, S. (2002). Development of a questionnaire to examine confidence of occupational therapy students during fieldwork experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 49-56.
- Donner, M. et Eliasziw, M. (1987). Sample size requirements for reliability studies. *Statistics in Medicine*, 6, 441-448.
- Hecimovich, M. et Volet, S. (2011). Development of professional confidence in health education: Research evidence of the impact of guided practice into the profession. *Health Education*, 3, 177.
- Kennedy, E. P. (2013). *The Nursing Competence Self-Efficacy Scale: An Instrument Development and Psychometric Assessment Study*. Consulté à <http://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/27969>
- Kitching, J., Cassidy, S., Eachus, P. et Hogg, P. (2011). Creating and validating self-efficacy scales for students. *Radiologic Technology*, 83(1), 10-19.
- Lefevre, G., Garcia, A. et Namolovan, L. (2011). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions vives*, 5(11), 277-314.
- Lorenz, R., Davis, D. L. et Gregory, R. P. (2000). Utility of a brief self-efficacy scale in clinical training program evaluation. *Evaluation & the Health Professions*, 23(2), 182-193.
- Machin, D., Campbell, M., Fayes, P. et Pinil, A. (1997). *Sample Size Tables for Clinical Studies*. 2^e éd. Oxford : Blackwell Science Ltd.
- Marcel, J.-F. (2009). Le Sentiment d'Efficacité Professionnelle, un indicateur pour connaître le développement professionnel des « nouveaux » professeurs de l'enseignement agricole français. *Questions vives*, 5(11), 161-176.
- Melchert, T. P., Hays, V. L., Wiljanen, L. M. et Kolocek, A. K. (1996). Testing models of counselor development with a measure of counseling self-efficacy. *Journal of Counseling & Development*, 74(6), 640-644.

- Meral, M., Colak, E. et Zereyak, E. (2012). The relationship between self-efficacy and academic performance. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 46, 1143-1146.
- Motlagh, S. E., Amrai, K., Yazdani, M. J., Abderahim, H. A. et Sourai, H. (2011). The relationship between self-efficacy and academic achievement in high school students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 15(3rd World Conference on Educational Sciences – 2011), 765-768.
- Norgaard, B., Ammentorp, J., Kyvik, K. O. et Kofoed, P.-E. (2012). Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(2), 90-97.
- Oethker-Black, S. L., Kreye, J., Underwood, S., Price, A. et DeMetro, N. (2014) Psychometric evaluation of the Clinical Skills Self-Efficacy Scale. *Nursing Education Perspectives*, 35(4), 253-256.
- Opacic, D. A. (2001). *The Relationship between Self-Efficacy, Outcome Expectation, Outcome Values and Physician Assistant Students' Clinical Performance: A Comparison to the Relationship with Traditional Academic Variables* (Ed.D.). Duquesne University, Pennsylvanie, États-Unis. Consulté à <https://search-proquest-com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/276208710/abstract/A08F7C0774A34643PQ/1>
- Payakachat, N., Gubbins, P. O., Ragland, D., Flowers, S. K. et Stowe, C. D. (2014). Factors associated with health-related quality of life of student pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(1), 7.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives*, 5(11), 259-275.
- Robb, M. (2012). Self-efficacy with application to nursing education: A concept analysis. *Nursing Forum*, 47(3), 166-172.
- Semple-Dormer, Y. E. (2012). *The Role of Self-Efficacy and the Effects of Online Professional Development on the Competence of School-Based Occupational Therapists* (Ed.D.). University of Massachusetts Boston, Massachusetts, États-Unis. Consulté à <https://search-proquest-com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/1022640073/abstract/8391ED3B528D4FCDPQ/1>
- Shrout, P. E. et Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Sitzmann, T. et Yeo, G. (2013). A meta-analytic investigation of the within-person self-efficacy domain: Is self-efficacy a product of past performance or a driver of future performance? *Personnel Psychology*, 66(3), 531-568.
- Spek, B., Wieringa-de Waard, M., Lucas, C. et Van Dijk, N. (2013). Competent in evidence-based practice (EBP): Validation of a measurement tool that measures EBP self-efficacy and task value in speech-language therapy students. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(4), 453-457.
- Stump, G. S., Husman, J. et Brem, S. K. (2012). The Nursing Student Self-Efficacy Scale: Development using item response theory. *Nursing Research*, 61(3), 149-158.
- Townsend, L. et Scanlan, J. M. (2011). Self-efficacy related to student nurses in the clinical setting: A concept analysis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), 1-15.
- Tschannen-Moran, M. et Hoy, A. W. (2001). Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17, 783-805.
- Uraz, A., Sezgin Tocak, Y., Yozgathgil, C., Cetiner, S. et Bal, B. (2013). Psychological well-being, health, and stress source in Turkish dental students. *Journal of Dental Education*, 77(10), 1345-1355.
- Utsey, C. J. (2006). *Differences in Motivational Beliefs and Learning Strategies of Physical Therapist Students in Classroom and Clinical Settings* (Ph.D.). University of Houston, Texas, États-Unis. Consulté à <https://search-proquest-com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/305325750/abstract/41231ACC8C0F4A24PQ/1>
- Watters, C., Reedy, G., Ross, A., Morgan, N. J., Handlip, R. et Jaye, P. (2015). Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open*, 5(1), e005472.

ANNEXE 1

Items de l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE)

1. Présentement, je me sens capable de procéder à une évaluation de la participation et du rendement occupationnel d'un client, même dans des situations complexes (p. ex. problèmes multiples, situation hors du commun, etc.).
2. Présentement, je me sens en mesure de démontrer un raisonnement clinique permettant d'intervenir adéquatement en ergothérapie, même dans des situations complexes (p. ex. problèmes multiples, situation hors du commun, etc.).
3. Présentement, je me sens en mesure d'utiliser l'occupation de façon judicieuse lors de mes interventions en ergothérapie.
4. Présentement, je me sens capable d'établir et de maintenir des relations thérapeutiques, même dans des situations considérées comme difficiles (p. ex. émotions intenses, conflits interpersonnels, situation de crise, etc.).
5. Présentement, je me sens en mesure de rédiger des documents professionnels (p. ex. rapports, notes, etc.) avec précision et rigueur.
6. Présentement, je me sens capable d'intervenir en ergothérapie auprès de personnes de cultures ou de perspectives (points de vue) différentes des miennes.
7. Présentement, je me sens en mesure de travailler en équipe, même dans des contextes considérés comme difficiles (p. ex. conflits de valeurs, divergence d'opinions, etc.).
8. Présentement, je me sens capable de gérer et de résoudre des conflits interpersonnels.
9. Présentement, je me sens capable de planifier et d'organiser mon travail d'ergothérapeute.
10. Présentement, je me sens en mesure de faire la promotion de la santé et du bien-être des populations via l'occupation.
11. Présentement, je me sens capable de consulter et de critiquer différentes sources d'informations (p. ex. articles scientifiques, sites web, forums, ouvrages de référence, etc.) afin d'appuyer mes décisions lorsque je pratique l'ergothérapie.
12. Présentement, je me sens capable de transmettre des nouvelles connaissances concernant la pratique de l'ergothérapie.
13. Présentement, je me sens en mesure de pratiquer l'ergothérapie en respectant les principes éthiques.
14. À ce jour, je me sens globalement en mesure de pratiquer l'ergothérapie de manière compétente.
15. À ce jour, je me sens globalement capable d'agir à titre d'expert en ergothérapie.

ANNEXE 2

Coefficients de Cronbach par item

Item	Première année		Quatrième année	
	Avec score total	Item enlevé	Avec score total	Item enlevé
1	0,678	0,757	0,536	0,709
2	0,773	0,752	0,654	0,707
3	0,767	0,749	0,536	0,711
4	0,881	0,748	0,365	0,718
5	0,590	0,755	0,433	0,714
6	0,795	0,744	0,280	0,723
7	0,693	0,747	0,490	0,712
8	0,620	0,750	0,497	0,710
9	0,840	0,744	0,506	0,712
10	0,808	0,745	0,605	0,703
11	0,558	0,753	0,267	0,723
12	0,810	0,747	0,599	0,707
13	0,774	0,741	0,379	0,720
14	0,761	0,756	0,747	0,702
15	0,643	0,757	0,617	0,706



HABILITER LES TRAVAILLEURS À LA PRÉVENTION : DESCRIPTION DES PRATIQUES DES ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS VISANT LA MISE EN PLACE DES ANTÉCÉDENTS DU COMPORTEMENT PRÉVENTIF AU TRAVAIL

Alexandra Lecours¹, Pierre-Yves Therriault²

¹ Ergothérapeute, PhD, Professeure adjointe, Département de réadaptation, Chercheuse régulière, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, CIRRIIS, Université Laval, Québec, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeur et Directeur du Département d'ergothérapie, Directeur du Laboratoire de recherche en ergologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Adresse de contact : alexandra.lecours@fmed.ulaval.ca

Reçu le 08.11.2017 – Accepté le 08.02.2019

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

doi :10.13096/rfre.v5n1.97

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



RÉSUMÉ

Introduction. Les ergothérapeutes détiennent une expertise unique pour habiliter les travailleurs à adopter des comportements de prévention. Or, leurs pratiques en cette matière sont encore peu documentées.

Objectif. Cette étude vise à décrire les pratiques des ergothérapeutes québécois quant à la mise en place des antécédents du comportement préventif chez leurs clients travailleurs.

Méthode. Selon un devis de recherche descriptif mixte, des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de 13 ergothérapeutes œuvrant en santé au travail. En plus de décrire les pratiques concrètes des ergothérapeutes, les entrevues visaient à documenter l'importance, la fréquence et la pertinence accordées à chacun des antécédents dans le processus ergothérapique. Le contenu des entrevues a été analysé à l'aide d'analyses quantitatives simples et par une stratégie qualitative d'analyse de contenu.

Résultats. Les participants intègrent diverses pratiques soutenant la mise en place des neuf antécédents du comportement préventif.

Discussion. Il semble que les ergothérapeutes adoptent davantage de pratiques liées aux antécédents concernant la personne et l'occupation, qu'en ce qui a trait à l'environnement. De plus, les interventions actuelles se résument principalement à la sensibilisation et à la transmission d'information.

Conclusion. Il est espéré que les résultats de cette étude permettront aux ergothérapeutes d'avoir accès à des pistes d'interventions concrètes visant l'habilitation des travailleurs aux comportements de prévention, renforçant ainsi leur rôle dans ce champ de pratique émergent.

MOTS-CLÉS

Comportement préventif au travail, Santé au travail, Prévention, Pratiques professionnelles

ENABLING WORKERS TO PREVENTION : DESCRIPTION OF QUEBEC OCCUPATIONAL THERAPISTS' PRACTICES AIMING TO ESTABLISH THE ANTECEDENTS OF PREVENTIVE BEHAVIOURS AT WORK

ABSTRACT

Introduction. Occupational therapists have a unique expertise in enabling workers to adopt prevention behaviours. However, their practices in this area have not been studied yet.

Aim. The aim of this study was to describe Quebec occupational therapists' practices related to the antecedents of preventive behaviours at work.

Method. According to a mixed descriptive research design, semi-structured interviews were conducted with 13 occupational therapists working in occupational health. Interviews were designed to document the importance, frequency, and relevance of each antecedent of preventive behaviours at work, as well as to describe the concrete occupational therapists' practices related to these antecedents. Interviews' content was analyzed using simple quantitative analyzes and a qualitative content analysis strategy.

Results. Results suggest that occupational therapists use a variety of practices supporting the development of the nine antecedents of preventive behaviours at work with their clients.

Discussion. Occupational therapists appear to adopt more practices about antecedents concerning the person and the occupation, as compared to those related to the environment. In addition, current interventions mainly focus on awareness and information sharing.

Conclusion. It is hoped that results of this study will provide occupational therapists with access to concrete interventions aimed at enabling workers to prevention behaviours, reinforcing their role in this emerging field of practice.

KEYWORDS

Preventive behaviour at work, Occupational health, Prevention, Professional practices

INTRODUCTION

Les écrits scientifiques reconnaissent que les ergothérapeutes occupent un rôle central en santé au travail, particulièrement en ce qui concerne la réadaptation des travailleurs accidentés (Bade & Eckert, 2008; Deen, Gibson, & Strong, 2002; Jundt & King, 1999; Kollee et al., 2013). Depuis quelques années, on constate que le rôle des ergothérapeutes dans ce domaine est appelé à s'élargir. En ce sens, ceux-ci sont invités à intégrer davantage d'interventions visant la prévention des atteintes à la santé dans leur pratique auprès des travailleurs (CAOT, 2015). En effet, la prévention des récurrences d'atteintes à la santé s'inscrit dans le champ d'exercice des ergothérapeutes (Code des professions du Québec, 2018). En ce sens, ils ont non seulement à accompagner les travailleurs ayant subi une atteinte à la santé vers un retour au travail, mais également à favoriser le maintien sain et durable en emploi en agissant sur la prévention des atteintes potentielles subséquentes. Selon certains écrits scientifiques, les ergothérapeutes détiennent une expertise unique pour soutenir le développement des comportements de prévention chez les travailleurs (Lecours & Therriault, 2017b). Puisque les comportements humains constituent un déterminant de la réussite en matière de prévention (Akselsson, Jacobsson, Bötjesson, Ek, & Enander, 2012; Cossette, 2013; Roy, Cadieux, Forter, & Leclerc, 2008; Simard & Marchand, 1994), habiliter les travailleurs ayant subi une atteinte à la santé à adopter des comportements de prévention est un objectif pertinent à poursuivre en réadaptation afin de promouvoir leur retour sain et durable en emploi.

Pratiques des ergothérapeutes en lien avec la prévention des atteintes à la santé au travail

Les écrits scientifiques offrent une description des interventions réalisées pendant la réadaptation visant le retour au travail (p. ex. : évaluation des capacités de travail, analyse du travail, adaptation de l'environnement, développement des capacités) (Deen et al., 2002; Jacobs et al., 1992; Lysaght, 2004; McCluskey et al., 2005). Cependant, les écrits présentent peu d'information concernant les pratiques des ergothérapeutes qui visent l'habilitation de leurs clients aux comportements de prévention. Une étude menée auprès d'ergothérapeutes australiens a révélé que leurs principales interventions liées à la prévention étaient orientées vers l'éducation concernant la biomécanique, les techniques de manutention, l'aménagement du poste de travail et la prévention de l'épuisement professionnel (Deen et al., 2002). Les résultats d'un sondage américain abondent dans le même sens, mettant en lumière que les interventions de prévention prodiguées par les ergothérapeutes concernent l'éducation des travailleurs ou l'aménagement ergonomique de leur station de travail (Lysaght, 2004). D'autres auteurs, sur la base d'une méta-analyse examinant les résultats présentés dans 346 articles de recherche, rapportent que les pratiques des ergothérapeutes relatives à la prévention concernent l'éducation auprès des travailleurs et des employeurs, la gestion du stress et l'aménagement ergonomique (McCluskey et al., 2005).

De plus, les publications portant sur les pratiques des ergothérapeutes en santé au travail montrent que les interventions en lien avec la prévention sont plus limitées

que celles touchant le réentraînement ou la compensation¹ (Adam, Gibson, Lyle, & Strong, 2010). Cela pourrait être en lien avec la faible importance accordée à la valeur de la prévention par les ergothérapeutes. En effet, les résultats d'une étude menée auprès d'ergothérapeutes québécois indiquent que seulement 23 % d'entre eux considèrent la prévention comme une valeur professionnelle très importante (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014). Puisque les valeurs influencent les pratiques professionnelles quotidiennes (Clair & Newcombe, 2014; Fondiller, Rosage, & Neuhaus, 1990; Jacobs & Simon, 2015), il semble que les interventions faites par les ergothérapeutes en rapport avec la prévention des atteintes à la santé au travail sont majoritairement de nature éducative ou liées à l'aménagement de l'environnement physique, ce qui n'est pas optimal pour permettre au client d'être engagé dans la prise en charge de sa santé ; d'être habilité aux comportements de prévention.

Habilitation des travailleurs aux comportements de prévention

En ergothérapie, l'habilitation se définit comme une activité professionnelle visant à soutenir un client dans la mise en place d'actions, de stratégies, de comportements ou de moyens lui permettant de réaliser ses occupations de façon sécuritaire, efficace et satisfaisante (Townsend et al., 2013). L'habilitation requiert l'implication du client, son engagement et le pouvoir qu'il peut exercer sur ses occupations, dont fait partie le travail.

En ce sens, les écrits scientifiques concernant les interventions destinées aux travailleurs présentent différentes stratégies permettant aux personnes d'être engagées dans leurs apprentissages, notamment sur le plan des comportements. Tout d'abord, il est considéré que « l'on apprend en travaillant » ou que « l'activité s'accompagne d'un apprentissage » (Billett, 2001b; Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Ainsi, l'apprentissage au travers d'une expérience qui a du sens pour le travailleur semble être un élément à prendre en compte lors de la planification d'interventions visant l'habilitation aux comportements de prévention (Langevin, 2009). Des modalités comme l'enseignement contextualisé, la simulation du travail et la mise en situation sont à inclure dans la planification des interventions. Toutefois, Guillemette et Gauthier (2006), dans une analyse des écrits scientifiques en pédagogie de la formation pratique, soulignent que l'expérience à elle seule n'entraîne pas nécessairement un apprentissage (Guillemette & Gauthier, 2006). En effet, il appert que l'expérience doit s'accompagner d'une réflexion pour qu'un apprentissage se produise. En ce sens, il peut être intéressant d'intégrer des modalités comme l'autoévaluation ou le journal réflexif dans les interventions visant l'habilitation aux comportements de prévention. Burke et collaborateurs (2006) ont conduit une méta-analyse portant sur l'efficacité d'interventions éducatives visant la prévention des atteintes à la santé au travail à partir des résultats de 95 études quasi expérimentales (Burke et al., 2006). Les auteurs concluent que les interventions impliquant un engagement élevé de la part des apprenants seraient plus efficaces pour l'acquisition de connaissances, les changements de

¹ Le terme « compensation » réfère ici à la substitution d'une incapacité afin que la personne puisse réaliser son activité. Une telle compensation peut être effectuée à l'aide d'une aide technique par exemple.

comportements et la diminution des atteintes à la santé au travail, que des interventions qui requièrent un engagement moindre de la part des travailleurs. Afin d'assurer des interventions participatives qui stimulent l'engagement des travailleurs, des modalités comme l'identification des risques en ateliers, la résolution de situations complexes ou la pratique guidée sont à considérer.

Enfin, Denis et collaborateurs (2011), dans un rapport de recherche portant sur la formation à la prévention à l'intention des travailleurs, suggèrent que ces interventions devraient viser à ce que le travailleur « prenne la bonne décision » (et non qu'il « applique une recette ») en fonction de sa situation de travail et qu'il utilise les outils et ressources à sa disposition pour agir de façon préventive (Denis, 2011). Dans le même ordre d'idées, d'autres écrits soulignent que la philosophie qui sous-tend la planification d'interventions visant la prévention devrait amener à vouloir former des acteurs de prévention et non uniquement des exécutants de prescriptions (Chatigny, Cloutier, & Lefebvre, 2000; Laberge, Maceachen, & Calvet, 2014). Ces dernières recommandations de favoriser l'analyse, la réflexion et la compréhension des actions de la part des apprenants doivent être prises en compte dans la planification d'interventions destinées à habiliter les travailleurs aux comportements de prévention.

Par leur expertise, les ergothérapeutes ont la possibilité d'habiliter les travailleurs ayant subi une atteinte à la santé à adopter des comportements de prévention afin de soutenir un retour au travail sain et durable. Puisque les écrits scientifiques suggèrent l'utilisation de stratégies efficaces pour engager les travailleurs dans leurs apprentissages et les amener à changer leurs comportements, les ergothérapeutes auraient avantage à intégrer ces stratégies à leurs interventions de prévention. Mais le font-ils ? Actuellement, peu d'études permettent de décrire comment les ergothérapeutes soutiennent la mise en place des éléments requis pour habiliter les travailleurs aux comportements de prévention.

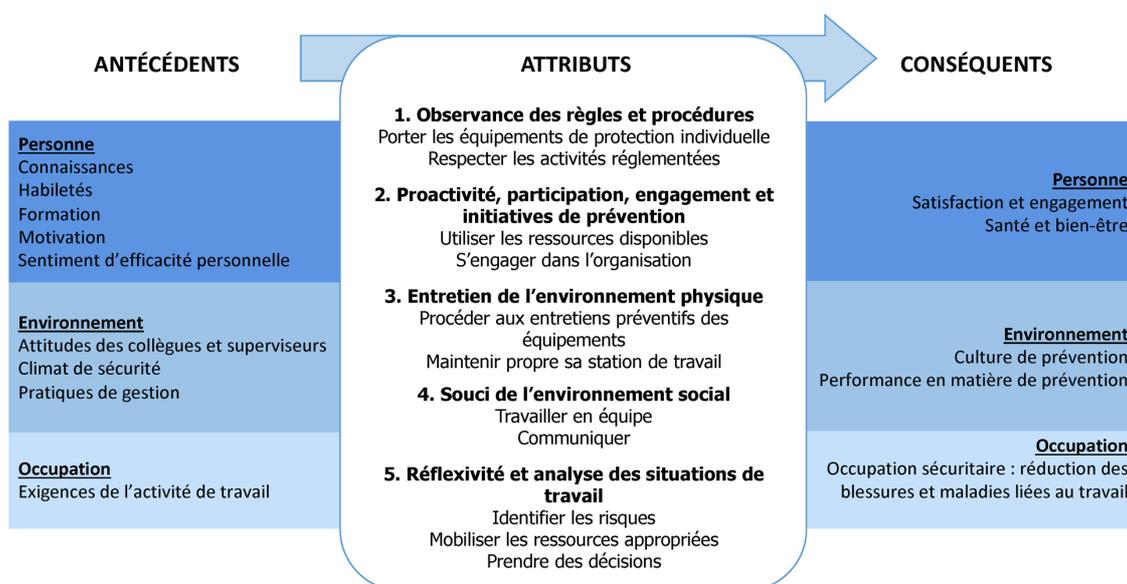
Cadre conceptuel

Le comportement préventif au travail se définit par des actions concrètes que le travailleur peut adopter afin de protéger sa propre santé et sécurité, celle de ses collègues et contribuer à assurer un milieu sain et sécuritaire dans l'organisation (Lecours & Therriault, 2017b). Ces comportements se regroupent en cinq catégories, qui sont : 1) l'observance des règles et procédures (p. ex. : port du casque de sécurité ou respect des procédures de métier comme le cadenassage), 2) la participation, la proactivité, l'engagement et les initiatives de prévention (p. ex. : implication dans le comité de santé et sécurité de l'organisation ou suggestion de procédures pour améliorer la sécurité), 3) l'entretien de l'environnement physique (p. ex. : entretien préventif de ses équipements ou entretien ménager de son poste de travail), 4) le souci de l'environnement social (p. ex. : offrir de l'aide à un collègue ou l'aviser qu'un risque pour sa sécurité est présent), ainsi que 5) la réflexivité et l'analyse des situations de travail (p. ex. : identification des risques pour la santé ou la sécurité et prise d'une décision pour éviter de se mettre en danger).

De plus, les écrits concluent que différents antécédents, ou prérequis, doivent préalablement être mis en place dans le quotidien du travailleur afin que le comportement préventif puisse se manifester (Lecours & Therriault, 2017b). Ces antécédents

touchent à la fois le travailleur lui-même, l'occupation du travail et l'environnement de travail. Parmi les facteurs personnels, la formation à la prévention, les connaissances, les habiletés, le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que la motivation relativement à la prévention sont présentés comme des antécédents du comportement préventif au travail. Parmi les facteurs occupationnels, on note que l'activité de travail elle-même, avec ses exigences, caractéristiques et risques, influence le développement du comportement préventif. Enfin, parmi les facteurs environnementaux, on relève que les attitudes des collègues et superviseurs à l'égard de la prévention, le climat de sécurité² de même que les pratiques de gestion sont des facteurs importants pour le développement du comportement préventif des travailleurs. Ces antécédents sont des éléments essentiels à mettre en place pour habiller les travailleurs à adopter des comportements de prévention et les ergothérapeutes peuvent y jouer un rôle important.

Figure 1 : Description des caractéristiques du comportement préventif au travail (adapté de Lecours et Therriault, 2017)



La figure 1 présente les caractéristiques définissant le concept du comportement préventif au travail. Elle affiche l'ensemble des antécédents qui doivent d'abord être présents dans le quotidien du travailleur afin que ce dernier puisse actualiser les cinq attributs du comportement préventif. Cette figure présente également les conséquents qui résultent de l'adoption d'un comportement préventif au travail.

De récentes études portent à penser que le comportement préventif au travail est une cible d'intervention pertinente pour les ergothérapeutes (Lecours & Therriault, 2017a, 2017b). En effet, ces études suggèrent que les caractéristiques définissant le

² Le climat de sécurité se définit par la perception qu'a le travailleur de l'importance accordée à la prévention par l'organisation (Bronkhorst, 2015; Cigularov, Chen, & Rosecrance, 2010; Griffin & Neal, 2000; Hansez & Chmiel, 2010; Hofmann, Morgeson, & Gerras, 2003; Nahrgang, Morgeson, & Hofmann, 2011).

comportement préventif au travail sont soit liées à la personne, à l'occupation, à l'environnement ou encore à une combinaison de ces composantes (Lecours & Therriault, 2017b). Ceci s'accorde avec les postulats de l'ergothérapie qui stipulent que le rendement occupationnel est le résultat de l'interaction entre trois construits de base qui sont la personne, l'occupation et l'environnement (Law et al., 1996; Townsend & Polatajko, 2007). Les auteurs d'un article théorique portant sur le comportement préventif au travail considèrent que les ergothérapeutes détiennent l'expertise requise pour habiliter leurs clients à développer les caractéristiques du comportement préventif au travail (Lecours & Therriault, 2017b). Toutefois, aucune étude empirique n'a documenté comment les ergothérapeutes québécois soutiennent la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail, des éléments essentiels pour habiliter les travailleurs aux comportements de prévention. Ainsi, l'objectif de cette étude est de décrire les pratiques des ergothérapeutes visant la mise en place des antécédents du comportement préventif chez leurs clients travailleurs.

MÉTHODES

La présente étude a été conduite selon un devis descriptif mixte, comprenant des approches qualitatives et quantitatives. Ce devis est particulièrement utile pour décrire les expériences de personnes en lien avec une situation (Sandelowski, 2000). Fortin et Gagnon (2016) précisent également que le devis descriptif est utile pour décrire un phénomène peu connu, comme c'est le cas pour le sujet de cette étude.

Participants

Les participants à l'étude devaient satisfaire aux critères d'inclusion suivants : 1) avoir au moins une année de pratique comme ergothérapeute au Québec ; 2) parler et comprendre le français ; et 3) œuvrer dans le domaine de la santé au travail. Les participants ont été recrutés selon une méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Fortin & Gagnon, 2016) et sélectionnés selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale (Patton, 2002). Ce faisant, les participants ont été choisis de façon à obtenir une diversité en termes de milieux de pratique, de genres, d'âges, d'années d'expérience et de niveaux d'éducation. Aucun des participants contactés n'a refusé de participer à l'étude.

Procédure

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été conduites auprès des participants par un assistant de recherche expérimenté. Les entrevues avaient pour objectif d'obtenir de l'information sur les pratiques des ergothérapeutes visant à soutenir la mise en place des antécédents du comportement préventif auprès de leurs clients travailleurs. Afin de s'assurer que les représentations que les participants se font du comportement préventif au travail sont en accord avec la définition du concept présentée précédemment, des questions d'introduction (p. ex. : selon vous, qu'est-ce qu'un comportement préventif au travail ?) ont été posées. Les réponses à ces questions

d'introduction, présentées en détail dans un autre article (Lecours & Therriault, 2018), suggèrent que les participants ont des représentations du comportement préventif au travail qui s'accordent avec la définition du concept, mais qu'elles sont réductrices et incomplètes, ne tenant pas compte de l'entièreté des caractéristiques qui le définissent. De ce fait, chacun des antécédents du concept a été bien défini et expliqué aux participants afin de s'assurer d'une compréhension uniforme de tous les éléments abordés pendant l'entrevue. Ainsi, pour chacun des antécédents, les participants étaient d'abord invités à évaluer 1) l'importance de l'antécédent dans le processus ergothérapeutique, 2) la fréquence des pratiques visant la mise en place de l'antécédent, ainsi que 3) la pertinence de l'antécédent au regard du rôle de l'ergothérapeute. L'évaluation de ces variables a été menée à l'aide d'une échelle ordinale à sept niveaux³ ayant été préalablement validée par deux ergothérapeutes et un chercheur en santé au travail.

Par la suite, les participants étaient invités à décrire leurs pratiques concernant chacun des antécédents. Le canevas d'entrevue a été validé par un prétest. Son contenu et sa clarté ont été validés par deux ergothérapeutes et un chercheur en santé au travail. Les entrevues ont duré entre 60 et 90 minutes et ont été enregistrées sur support audio. Après la onzième entrevue, les informations collectées auprès des participants commencent à se répéter, suggérant la saturation théorique (Corbin & Strauss, 2008). En effet, deux chercheurs prenaient connaissance du contenu des entrevues au fur et à mesure qu'elles avaient lieu. Après la onzième, aucune nouvelle information n'était plus identifiée. En raison de la spécificité du sujet d'étude, cela n'était pas inattendu. En effet, Guest, Bunce et Johnson (2006) indiquent que, pour des études qualitatives visant à décrire les expériences de personnes partageant une réalité similaire, des entrevues auprès de 12 participants sont généralement suffisantes pour atteindre la saturation. Pour cette raison, lorsque tous les participants initialement contactés pour les inviter à participer à l'étude eurent été rencontrés (n = 13), la collecte de données prit fin.

Analyses

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples. Les analyses statistiques ont été menées avec le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 23.0 (IBM Analytics, 2017). Pour les données qualitatives, une analyse de contenu a été conduite afin de faire émerger les principales catégories de pratiques des ergothérapeutes (Fortin & Gagnon, 2016). Le logiciel *QSR NVivo 10* a été utilisé en support aux analyses qualitatives (QSR International Pty Ltd, 2014). Afin d'améliorer la qualité des analyses, un second chercheur a vérifié les catégories retenues à partir des données brutes. La fidélité inter-évaluateurs a été vérifiée

³ L'importance accordée à l'antécédent dans le processus ergothérapeutique a été évaluée sur une échelle ordinale à sept niveaux allant de « pas du tout important » à « totalement important ». La fréquence des pratiques liées à l'antécédent a été évaluée sur une échelle ordinale à sept niveaux allant de « jamais » à « toujours ». La pertinence de l'antécédent au regard du rôle de l'ergothérapeute a été évaluée sur une échelle ordinale à sept niveaux allant de « non pertinent » à « totalement pertinent ».

périodiquement pendant le processus d'analyse. Un accord inter-évaluateurs a été obtenu sur plus de 90 % des catégories retenues.

Éthique

Les participants ont pris part à la recherche de façon libre et volontaire. Aucun incitatif financier n'a été offert. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CDERS-16-8-06.02).

RÉSULTATS

Les analyses ont permis de générer deux types de résultats. Tout d'abord, une description des participants est présentée. Ensuite, les interventions des ergothérapeutes relatives à chacun des antécédents du comportement préventif au travail sont décrites.

Description des participants

Treize ergothérapeutes ont été rencontrés en entrevue ; 11 femmes (84,6 %) et 2 hommes (15,4 %). L'âge moyen des participants est de $32,5 \pm 8,0$ ans. Les participants avaient en moyenne $6,8 \pm 7,1$ années d'expérience clinique au moment des entrevues. L'échantillon comprenait des participants œuvrant dans des milieux de pratique variés où sont offerts des services d'ergothérapie auprès de travailleurs. Le tableau 1 présente les caractéristiques descriptives des participants.

Tableau 1 : Caractéristiques descriptives des participants (n = 13)

Participant	Genre	Âge	Années d'expérience auprès de travailleurs	Scolarité	Milieu de pratique
1	F	50	22	Baccalauréat	Université
2	F	45	15	Maîtrise professionnelle	Université
3	F	28	3,5	Maîtrise professionnelle	Centre de réadaptation
4	F	29	5	Maîtrise de recherche en cours	Clinique externe
5	F	29	4	Doctorat en cours	Clinique privée
6	F	29	1	Baccalauréat	Centre de réadaptation
7	F	30	5	Baccalauréat	Centre de réadaptation
8	F	28	4,5	Baccalauréat	Centre de réadaptation
9	H	25	1,16	Maîtrise professionnelle	Clinique privée
10	H	34	4	Maîtrise professionnelle	Clinique privée
11	F	25	1,5	Maîtrise professionnelle	Clinique privée
12	F	28	3,5-4	Doctorat en cours	Clinique externe
13	F	42	19	Baccalauréat	Clinique privée

Description des interventions visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail

L'analyse des données a permis de décrire le nombre de participants agissant sur chacun des antécédents du comportement préventif au travail dans le cadre du processus ergothérapeutique. De plus, l'étude a permis d'obtenir de l'information concernant 1) l'importance qu'accordent les participants aux différents antécédents dans leurs pratiques avec leurs clients travailleurs ; 2) la fréquence de réalisation de pratiques concernant chacun des antécédents ; ainsi que 3) la pertinence perçue de ces antécédents au regard du rôle de l'ergothérapeute. Enfin, les données d'entretiens permettent de décrire des pratiques concrètes utilisées par les participants afin de soutenir la mise en place de chacun des antécédents du comportement préventif. Les résultats sont présentés pour chacune des catégories d'antécédents, soient ceux liés à la personne, à l'occupation ainsi qu'à l'environnement.

Antécédents en lien avec la personne

La description des résultats concernant l'importance, la fréquence et la pertinence des cinq antécédents du comportement préventif au travail liés à la personne est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Description de l'importance, de la fréquence et de la pertinence des antécédents du comportement préventif au travail liés à la personne (n = 13)

Antécédents	Participants abordant cet antécédent	Importance <i>Mdn</i> (min-max)	Fréquence <i>Mdn</i> (min-max)	Pertinence <i>Mdn</i> (min-max)
Connaissance	12	5,5 (3-7)	4 (4-7)	6 (5-7)
Compétences	11	5 (5-7)	6 (5-7)	6 (5-7)
Formation	1	5	3	4
Motivation	11	6 (3-6)	4 (2-5)	5 (3-6)
Sentiment d'efficacité personnelle	6	5 (4-6)	5 (4-6)	5,5 (3-7)

Mdn : médiane

La majorité des participants ont rapporté intervenir sur les *connaissances* en lien avec la prévention et ont indiqué que cet antécédent est très fortement pertinent au regard du rôle de l'ergothérapeute. Les participants ont mentionné tout d'abord évaluer le niveau de connaissances des clients en matière de prévention afin de connaître ce qu'ils savent déjà. Cet extrait de *verbatim* illustre cette idée : « Je ne sais pas toujours quelles connaissances le patient possède. Je regarde d'abord ce qu'il sait pour partir de ça et je vais lui donner des connaissances ou on va travailler sur des connaissances pour la prévention des blessures⁴. » Les enseignements de connaissances

⁴ Les phrases inscrites entre guillemets ou placées en retrait correspondent à des extraits de *verbatim* recueillis lors des entretiens menés auprès des participants.

prodigués par les participants se font « sous forme de sensibilisation, de discussions et de questionnements ». D'autres participants ont rapporté utiliser « des mises en situation et des essais » pour soutenir les clients dans l'acquisition de connaissances.

Plusieurs participants ont rapporté intervenir sur les *compétences* en lien avec la prévention et ces derniers ont évalué que l'importance, la fréquence et la pertinence de cet antécédent étaient très élevées. Les participants ont rapporté agir sur les compétences à la fois en clinique, « via des mises en situation ou des simulations de tâches », et en milieu réel. Les propos de ce participant reflètent cette pratique : « On va le faire [agir sur les compétences] aussi par *coaching*. Ça, c'est plus en milieu de travail pour s'assurer que ce qu'on lui [le client] a montré, il va le faire et qu'il est compétent aussi dans sa façon de faire, qu'il ne le fait pas n'importe comment. »

Le troisième antécédent lié à la personne est la *formation* à la prévention. Un seul des participants a rapporté aborder cet antécédent avec ses clients, et il a dit le faire rarement. Ce participant rapporte agir sur la formation en questionnant l'employeur sur l'existence d'activités de formation pour le travailleur :

Concernant la sécurité, c'est plus moi qui questionnais l'employeur sur : « Est-ce qu'il y a des formations nécessaires avant qu'il [le travailleur] ne retourne au travail ? » Parfois, c'est moi qui recommandais à l'employeur qu'il y ait quelque chose de fait concernant la formation.

La *motivation* concernant la prévention est un antécédent du comportement préventif au travail considéré comme étant très fortement important par plusieurs participants dans leurs pratiques auprès des clients. Les participants expliquent qu'ils désirent augmenter la motivation de leurs clients en les sensibilisant à l'importance de la prévention. Les extraits de *verbatim* suivants illustrent cette idée :

Eh bien, j'imagine qu'en nommant souvent que moi je trouve ça important et en les [les clients] faisant réfléchir, ça travaille leur motivation [...]. J'essaie juste de les sensibiliser que c'est important, mais ça ne va pas plus loin que ça.

Quand j'explique pourquoi il faut faire ça ou pourquoi on apprend telle technique ou pourquoi on doit travailler de cette manière-là, et bien j'explique que c'est pour éviter les blessures. [...] J'espère qu'il [le client] soit plus motivé à faire attention après ce que je lui ai enseigné.

Bien, de la motivation on n'enseigne pas ça. Il faut leur démontrer l'importance de s'attarder un peu à ça pour éviter des nouvelles blessures.

Le dernier antécédent est le *sentiment d'efficacité personnelle* concernant les comportements de prévention. Près de la moitié des participants mentionnent aborder cet élément qu'ils considèrent fortement pertinent. Les participants rapportent que leurs pratiques concernant cet antécédent visent à faire réaliser au client qu'il a les capacités de travailler tout en évitant les blessures. Un participant explique qu'il aborde cet antécédent par la discussion et les questionnements afin de susciter la réflexion.

C'est, encore là, de la discussion, mais aussi... disons qu'il [le client] fait des soulèvements de charges, on demande : « Te sens-tu prêt à le faire au travail ? Est-ce que c'est de cette façon-là que tu le fais ? Penses-tu que si tu le fais comme ça, tu vas te blesser ou pas ? » Souvent ils sont en mesure de le dire : « Je pense

que je le fais bien ici. Je fais du 50 livres ici, je le fais comme au travail, alors quand je vais arriver avec mon 50 livres au travail, ça va bien se faire aussi. »

Un autre participant explique qu'il contribue au renforcement du sentiment d'efficacité personnelle de ses clients en les encourageant et en les félicitant pour leurs efforts.

J'ai des clients qui prennent un plaisir ou un mal fou à travailler fort sur leurs techniques pour s'assurer qu'ils les font correctement. J'ai tendance à croire qu'ils sont conscientisés à la prévention des blessures futures et qu'ils en ressortent aussi un sentiment d'efficacité, un sentiment de pouvoir le faire. Je pense qu'on peut les supporter parce qu'on les encourage. Quand ils réussissent, on les félicite puis on les encourage à poursuivre.

Antécédents en lien avec l'occupation

La description des résultats concernant l'importance, la fréquence et la pertinence de l'antécédent du comportement préventif au travail lié à l'occupation est présentée dans le tableau 3.

Tableau 3 : Description de l'importance, de la fréquence et de la pertinence de l'antécédent du comportement préventif au travail lié à l'occupation (n = 13)

Antécédent	Participants abordant cet antécédent	Importance Mdn (min-max)	Fréquence Mdn (min-max)	Pertinence Mdn (min-max)
Exigences de l'activité	13	6 (4-7)	6 (4-7)	7 (4-7)

Mdn : médiane

L'ensemble des participants ont rapporté agir sur les *exigences de l'activité* et cet antécédent est considéré comme étant totalement pertinent au regard du rôle de l'ergothérapeute de même que très fortement important dans le processus ergothérapeutique. Les pratiques les plus mentionnées par les participants concernent l'évaluation des exigences de l'activité, de même que l'adaptation de l'activité. Concernant l'évaluation des exigences de l'activité, les participants rapportent « aller chercher la description des tâches avec le syndicat, l'employeur et le client » ou encore « utiliser des documents ». Plusieurs participants mentionnent qu'ils ont fréquemment à intervenir pour adapter l'activité. Ils agissent pour modifier l'activité à la fois par l'enseignement de stratégies compensatoires, par des changements à l'organisation du travail ou en intervenant sur l'environnement de travail. Les extraits suivants traitent des pratiques des participants concernant l'adaptation de l'activité.

Est-ce qu'il y a des stratégies compensatoires pour que ça [la tâche de travail] soit moins exigeant ? Est-ce que, par exemple, il y a des aides techniques en milieu de travail qui pourraient être utilisées, que ce soit physique ou cognitif ? Si la tâche est trop exigeante, est-ce que l'aide, l'environnement de travail est flexible pour que ce soit fait autrement ?

On module les horaires de travail, diminue le nombre d'heures dans la journée pour reprendre de l'endurance progressivement, éviter l'épuisement. Ça en fait partie, de moduler les exigences de travail.

Si on procède à un changement de méthodes de travail, on peut réduire les exigences de l'emploi.

Antécédents en lien avec l'environnement

La description des résultats concernant l'importance, la fréquence et la pertinence des trois antécédents du comportement préventif au travail liés à l'environnement est présentée dans le tableau 4.

Tableau 4 : Description de l'importance, de la fréquence et de la pertinence des antécédents du comportement préventif au travail liés à l'environnement (n = 13)

Antécédents	Participants abordant cet antécédent	Importance Mdn (min-max)	Fréquence Mdn (min-max)	Pertinence Mdn (min-max)
Attitudes des collègues et superviseurs	8	5,5 (4-7)	5 (3-6)	5 (3-7)
Climat de sécurité	8	4 (3-6)	3,5 (3-6)	4,5 (3-7)
Pratiques de gestion	5	5 (3-7)	3 (3-4)	4 (3-5)

Mdn : Médiane

Plus de la moitié des participants ont rapporté agir souvent concernant les *attitudes des collègues et superviseurs* en lien avec la prévention. Certains participants ont précisé que leurs pratiques à cet égard visaient à susciter l'ouverture des membres de l'organisation de travail en lien avec la prévention. Pour ce faire, ils s'assuraient de bien informer les personnes concernées des conséquences des atteintes à la santé au travail en illustrant leurs propos avec la situation particulière de leur client. Un participant a expliqué qu'il « rencontre les collègues et les supérieurs pour expliquer la blessure, ce qui est arrivé, pourquoi il peut y avoir certains symptômes résiduels. Il faut informer les gens de la situation pour améliorer leur compréhension ». D'autres participants ont indiqué qu'ils aident leurs clients à ne pas se laisser atteindre par les attitudes négatives des autres en ce qui concerne la prévention. Ils amènent les clients à « lâcher prise » puisqu'ils ne peuvent pas « contrôler l'attitude des collègues ». Ils enseignent à leurs clients à « gérer leurs énergies » et à se concentrer sur ce qui compte. Enfin, d'autres participants ont rapporté aider leurs clients à s'affirmer et à se défendre face aux attitudes négatives que les autres peuvent avoir par rapport à leurs comportements de prévention. Un participant rapporte ainsi une situation vécue par une cliente et l'approche qu'il a adoptée :

« Peux-tu venir m'aider à faire telle tâche ? Peux-tu... ? » La réponse est non ! Tu ne peux pas aller soulever ou transférer un bénéficiaire, tu es blessée au dos, tu n'as pas le droit. Oui, tu prends une pause encore après une heure parce que tu as de besoin de cette pause-là. Si tu n'as pas la tolérance pour faire une tâche, il faut que tu les [les collègues] informes. Cette personne-là a eu beaucoup de misère avec son retour au travail parce que justement elle était très influencée par ça [les attitudes des collègues envers ses comportements de prévention]. Elle était très touchée par ce que les gens lui disaient, malgré le fait qu'on a essayé de travailler ensemble là-dessus.

Le deuxième antécédent du comportement préventif lié à l'environnement est le *climat de sécurité*. Huit participants ont mentionné intervenir sur cet antécédent

considéré comme modérément important dans le processus ergothérapeutique. Selon les participants, cet antécédent est surtout abordé sous forme d'entrevue, de discussion avec le client. Un participant explique que « c'est souvent par entrevue parce que si le client ne se sent pas en sécurité ou s'il se questionne par rapport à son milieu de travail et que ça l'empêche de retourner au travail, c'est sûr qu'on va l'aborder ». Un autre participant mentionne qu'il peut aborder cet antécédent avec le client lorsqu'il expérimente lui-même un sentiment d'insécurité lors d'une visite dans le milieu de travail du client.

Quand moi je ne me sentais pas en sécurité, je le disais et je l'abordais et on se mettait à parler des éléments de sécurité. Parce que moi j'allais toujours sur le lieu [de travail], alors quand j'avais peur [...], on en discutait ensemble et on regardait ensemble quelles sont les mesures de sécurité qui existent pour faire en sorte qu'on se sente tous bien.

Enfin, en plus de l'évaluation de cet antécédent, certains participants ont évoqué qu'ils intervenaient pour améliorer le climat de sécurité, en responsabilisant le client et en l'incitant à être actif pour améliorer la prévention dans son milieu de travail.

Moi je les [les clients] informe que c'est au travailleur de se prendre en main [...] et à prendre position face à l'employeur si l'employeur demande des tâches qui ne semblent pas sécuritaires pour l'employé, de prendre ses responsabilités et de le dire. Donc son climat de sécurité, il ne l'aura pas via la prévention de l'employeur ou de l'organisation, mais via ses propres aptitudes.

Finalement, peu de participants ont rapporté agir sur les *pratiques de gestion*. La pertinence accordée à cet antécédent au regard du rôle de l'ergothérapeute est modérée. Un participant disait toutefois qu'il lui arrive d'intervenir concernant les pratiques de gestion dans des situations particulières et qu'il s'allie alors aux autres intervenants concernés.

On ne travaillera pas avec l'employeur... je n'irai pas dire à l'employeur qu'il gère mal ses affaires, mais c'est déjà arrivé qu'on ait fait des rencontres employeur, assureur, ergothérapeute et psychologue pour essayer de faire un genre de médiation. Mais moi, personnellement, je ne le prends pas juste sur mes épaules.

DISCUSSION

Cette étude visait à décrire les pratiques des ergothérapeutes en regard de la mise en place des antécédents du comportement préventif chez leurs clients travailleurs. De façon quantitative, les résultats ont permis de décrire l'importance accordée à chacun des antécédents dans leur pratique, la fréquence de leurs pratiques liées à ces antécédents et la pertinence perçue de ces antécédents au regard du rôle de l'ergothérapeute. De façon qualitative, les données collectées auprès des participants ont mené à la description concrète des pratiques des ergothérapeutes en lien avec les antécédents du comportement préventif. Selon nos résultats, les ergothérapeutes s'occupent moins des antécédents liés à l'environnement de travail que de ceux liés à la personne et à l'occupation. De plus, leurs pratiques actuelles se résument principalement à sensibiliser leurs clients et à transmettre de l'information concernant la prévention.

De façon intéressante, il ressort de cette étude que les pratiques des ergothérapeutes seraient davantage axées sur la mise en place des antécédents liés à la personne et à l'occupation, et moins de ceux liés à l'environnement. Voici quelques pistes de réflexion sur ce qui peut expliquer ces résultats.

Premièrement, les valeurs de l'approche centrée sur le client et de l'engagement occupationnel semblent être parmi les plus importantes pour les ergothérapeutes (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014). Tandis que ces valeurs réfèrent à la personne et à l'occupation, aucune valeur professionnelle liée à l'environnement ne figure parmi les plus importantes pour les ergothérapeutes québécois, selon les travaux de Drolet et Désormeaux-Moreau (2014). En effet, des valeurs comme l'approche écologique, l'accessibilité universelle ou encore l'inclusion sociale sont considérées dans les écrits scientifiques comme étant des valeurs liées à la pratique de l'ergothérapie (Drolet, 2014), mais il semble qu'elles ne figurent pas parmi les plus importantes pour les ergothérapeutes, selon les résultats de cette étude menée auprès de 26 ergothérapeutes (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014). Comme les valeurs influencent les pratiques professionnelles (Clair & Newcombe, 2014; Fondiller et al., 1990; Jacobs & Simon, 2015), cela pourrait expliquer le fait que les ergothérapeutes semblent intervenir de façon moindre sur l'environnement.

Un autre élément de réflexion concernant les résultats de l'étude réside dans la représentation qu'ont les ergothérapeutes du comportement préventif au travail. En effet, il appert que les ergothérapeutes ont des représentations réductrices du comportement préventif au travail qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des caractéristiques formant sa définition (Lecours & Therriault, 2018). Ainsi, les ergothérapeutes se représentent le comportement préventif au travail comme étant soit un processus réflexif, soit une application de connaissances, soit une prescription, mais comme étant avant tout une responsabilité individuelle du travailleur et en y intégrant peu l'interaction avec l'environnement. Or, la Loi sur la santé et la sécurité du travail au Québec stipule que la prévention relève d'une responsabilité partagée entre le travailleur et l'organisation du travail (Éditeur officiel du Québec, 2017), reflétant ainsi la place fondamentale de l'environnement. Qui plus est, les écrits scientifiques dans le champ de la réadaptation au travail soulignent l'importance de l'organisation du travail pour le succès du retour sain et durable en emploi d'un travailleur ayant subi une atteinte à la santé (Désiron, de Rijk, Van Hoof, & Donceel, 2011; Durand, Corbière, Coutu, Reinharz, & Albert, 2014). En ce sens, les ergothérapeutes auraient avantage à intervenir plus sur les antécédents liés à l'environnement organisationnel, notamment en collaborant avec les organisations pour optimiser les attitudes envers la prévention, le climat de sécurité et les pratiques de gestion relatives à la prévention. Il est toutefois possible que plusieurs facteurs limitent la possibilité des ergothérapeutes d'intervenir sur ces éléments. L'un de ceux-ci pourrait être que les ergothérapeutes définissent mal leur rôle relativement à celui des autres acteurs impliqués dans le processus de retour et de maintien en emploi, comme l'employeur ou l'agent payeur, et que leur sentiment de compétence soit à construire dans ce champ de pratique émergent.

Une piste de solution pour améliorer cette collaboration entre les différents acteurs ayant un rôle à jouer en lien avec l'adoption des comportements de prévention par les travailleurs s'inspire des approches d'ergothérapie communautaire (Doll, 2010). Les organisations de travail peuvent en effet être considérées comme des micro-communautés où le contexte influence la capacité des personnes à s'engager dans des actions ou à adopter certains comportements. Ce faisant, l'utilisation d'interventions valorisées en ergothérapie communautaire comme l'approche participative (Fazio, 2008) ou l'approche centrée sur la communauté (Wittman & Velde, 2001) pourrait permettre aux ergothérapeutes d'utiliser leurs compétences pour améliorer les interventions faites en regard de l'environnement des travailleurs et ainsi mieux soutenir la mise en place des antécédents requis pour que ces derniers puissent adopter des comportements de prévention. Bien que ces approches favorisant l'implication des divers acteurs aient fait l'objet d'études dans le champ de la réadaptation (p. ex. : Lee, Heo, Oh, Kim, & Yoon, 2018; Span et al., 2018) et de la santé au travail (p. ex. : Ketelaar et al., 2017), il importe ainsi de poursuivre les travaux pour renforcer la place des ergothérapeutes au sein de cette avenue prometteuse.

Il serait pertinent que les ergothérapeutes investissent davantage l'environnement en ce qui concerne la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail. En accord avec le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012), les ergothérapeutes gagneraient à mieux exploiter leur rôle d'agents de changement et de collaborateurs et à agir pour faire en sorte que l'environnement de travail devienne un facteur facilitant l'habilitation des travailleurs à l'adoption du comportement préventif. L'utilisation de modalités actives concrètes pourrait permettre aux ergothérapeutes de mieux affirmer leur rôle.

En effet, les participants ont mentionné l'utilisation de quelques modalités actives pour soutenir la mise en place des antécédents du comportement préventif de leurs clients travailleurs, comme les simulations ou les mises en situation. Toutefois, il semble que dans la majorité des interventions réalisées, le travailleur ait un rôle passif, comme c'est le cas avec la transmission d'informations ou les encouragements. Il appert que les ergothérapeutes conçoivent mal que leur rôle puisse s'étendre au-delà de la sensibilisation ou de la discussion. Afin d'accroître la portée de leurs interventions, les ergothérapeutes gagneraient à intégrer davantage de modalités actives dans la mise en place des antécédents du comportement préventif. Par exemple, le développement des compétences de prévention pourrait se faire par l'analyse d'une situation de travail réelle ou la résolution d'une situation problématique. Le développement de la motivation ou du sentiment d'efficacité personnelle pourrait passer par l'utilisation d'un journal réflexif. Cette dernière modalité permet de susciter la prise de conscience nécessaire à un changement de comportement et d'impliquer le travailleur dans le processus de changement. Enfin, le jeu de rôle pourrait aussi être utilisé pour habiller le client à faire preuve de leadership en contribuant à changer les attitudes de ses collègues et superviseurs à l'égard de la prévention. Par le fait même, cela pourrait augmenter les interventions visant la mise en place des antécédents liés à l'environnement.

En somme, les ergothérapeutes soutiennent la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail avec leurs clients, mais la portée de leur rôle demeure principalement limitée à des interventions de sensibilisation. Des travaux permettant de définir concrètement le rôle des ergothérapeutes et les interventions à privilégier pour habiliter les travailleurs à adopter un comportement préventif au travail, dans l'optique de prévenir des lésions potentielles subséquentes lors du retour en emploi, méritent d'être menés. Les résultats de cette étude permettent une amorce de réflexion en ce sens ainsi que la suggestion de pistes d'action.

Limites et forces de l'étude

Une limite à considérer dans l'interprétation des résultats de cette étude est le biais de désirabilité sociale. En effet, les résultats sont basés sur des données tirées d'entretiens et il est possible que les participants aient amplifié ou amélioré les pratiques de prévention qu'ils mènent avec leurs clients. L'observation directe des interventions ou la lecture des dossiers des clients auraient pu permettre de pallier cette limite. De plus, bien que des précautions aient été prises afin de s'assurer que les participants aient une compréhension juste de ce que sont les antécédents du comportement préventif, il est possible qu'un biais lié à la compréhension soit présent. En effet, les extraits de *verbatim* laissent croire que, pour certains participants, il était difficile de distinguer les interventions visant le retour au travail de celles qui visent à prévenir la récurrence d'une atteinte à la santé. Une prudence dans l'interprétation des résultats est donc requise.

L'une des forces principales de cette étude est la thématique émergente abordée qui permet de faire évoluer les pratiques des ergothérapeutes œuvrant en santé au travail. De plus, le souci de transparence dans la description de l'approche méthodologique, permettant la réplique de l'étude, est un signe de rigueur scientifique. En somme, en raison du caractère novateur et émergent du sujet de l'étude et du processus d'analyse rigoureux ayant permis l'atteinte de la saturation théorique, la portée des résultats obtenus demeure intéressante.

CONCLUSION

Cette étude a permis une première description des pratiques des ergothérapeutes dans leur mission d'habiliter le client à adopter un comportement préventif au travail. En effet, même si d'autres études ont constaté que la prévention ne figurait pas parmi les valeurs professionnelles les plus importantes pour les ergothérapeutes (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014), il semble que ceux-ci intègrent tout de même à leurs pratiques quotidiennes des interventions visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail. En ce sens, il est espéré que les résultats de cette étude permettront aux ergothérapeutes de réfléchir à leurs pratiques en santé au travail et à l'importance de leur rôle en matière d'habilitation des travailleurs aux comportements de prévention. Cette réflexion pourrait permettre de rehausser la place accordée à la prévention dans l'échelle de valeurs des ergothérapeutes et ainsi améliorer leurs pratiques relatives à la prévention au travail. Enfin, il est espéré que cette étude ouvre

la voie à d'autres travaux permettant de définir concrètement le rôle des ergothérapeutes en lien avec la prévention des atteintes à la santé des travailleurs et ce, en tenant compte des stratégies suggérées dans les écrits scientifiques. De plus, comprendre la portée des interventions ergothérapeutiques, par rapport à celles des autres acteurs impliqués, permettra des changements de pratique souhaitables pour rehausser la qualité des services offerts aux clients.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adam, K., Gibson, E., Lyle, A. et Strong, J. (2010). Development of roles for occupational therapists and physiotherapists in work related practice: An Australian perspective. *Work*, 36(3), 263. doi:10.3233/WOR-2010-1028
- Akselsson, R., Jacobsson, A., Bötjesson, M., Ek, Å. et Enander, A. (2012). Efficient and effective learning for safety from incidents. *Work*, 41, 3216-3222.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa: ACE.
- Bade, S. et Eckert, J. (2008). Occupational therapists' critical value in work rehabilitation and ergonomics. *Work*, 31(1), 101-111.
- Billett, S. (2001b). Learning in the circumstances of practice. *International Journal of Lifelong Education*, 33(5), 674-693. doi:10.1080/02601370.2014.908425
- Bronkhorst, B. (2015). Behaving safely under pressure: The effects of job demands, resources, and safety climate on employee physical and psychosocial safety behavior. *Journal of Safety Research*, 55, 63-72. doi:10.1016/j.jsr.2015.09.002
- Burke, M. J., Sarpy, S. A., Smith-Crowe, K., Chan-Serafin, S., Salvador, R. O. et Islam, G. (2006). Relative effectiveness of worker safety and health training methods. *American Journal of Public Health*, 96(2), 315.
- CAOT. (2015). *CAOT position statement: occupational therapy and workplace health*. Ottawa: Canadian association of occupational therapists.
- Chatigny, C., Cloutier, E. et Lefebvre, S. (2000). On-the-job mentoring in a machine shop: An important but imperfect experience for apprentices. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 2, 672.
- Cigularov, K. P., Chen, P. Y. et Rosecrance, J. (2010). The effects of error management climate and safety communication on safety: A multi-level study. *Accident, Analysis and Prevention*, 42(5), 1498-1506. doi:10.1016/j.aap.2010.01.003
- Clair, V. A. W.-S. et Newcombe, D. B. (2014). Values and ethics in practice-based decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), 154-162. doi:10.1177/0008417414535083
- Code des professions du Québec. (2018). Fiches descriptives des ordres professionnels - Ergothérapeutes. Récupéré de <https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/liste-des-ordres/ordre/ergotherapeutes/>
- Corbin, J. M. et Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research* (3e éd.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, Inc.
- Cossette, R. (2013). Le comportement sécuritaire, un modèle qui pourrait rallier deux écoles de pensée. *Travail et Santé*, 29(1), 6-9.
- Deen, M., Gibson, L. et Strong, J. (2002). A survey of occupational therapy in Australian work practice. *Work*, 19(3), 219.
- Denis, D., Lortie, M., St-Vincent, M., Gonella, M., Plamondon, A., Delisle, A. et Tardif, J. (2011). *Programme de formation participative en manutention manuelle - Fondements théoriques et approche proposée*. Récupéré de <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-690.pdf>
- Désiron, H. A. M., de Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 11, 615-615. doi:10.1186/1471-2458-11-615

- Doll, J. D. (2010). Chapter 1: Community practice in occupational therapy: what is it? --in-- Program development and grant writing in occupational therapy: making the connection. In J. D. Doll (Ed.), *Program development and grant writing in occupational therapy: making the connection* (pp. 1-32). London Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Drolet, M.-J. (2014). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2014, Vol.21(1), p.2-10, 21(1), 2-10. doi:10.3109/11038128.2013.831118
- Drolet, M.-J. et Désormeaux-Moreau, M. (2014). Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 3, 21.
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work (Reading, Mass.)*, 48(4), 579. doi:10.3233/WOR-141914
- Éditeur officiel du Québec. (2017). *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Québec Récupéré de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html
- Fazio, L. (2008). *Developing occupation-centered programs for the community* (3 ed.). Thorofare, NJ: Taylor & Francis.
- Fondiller, E. D., Rosage, L. J. et Neuhaus, B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 10(1), 41-55. doi:10.1177/153944929001000105
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Griffin, M. A. et Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 347-358.
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Guillemette, F. et Gauthier, C. (2006). Approche par compétences (APC) et formation pratique : analyse documentaire et critique. *Brock Education*, 16(1), 112-133.
- Hansez, I. et Chmiel, N. (2010). Safety behavior: job demands, job resources, and perceived management commitment to safety. *J Occup Health Psychol*, 15(3), 267-278. doi:10.1037/a0019528
- Hofmann, D. A., Morgeson, F. P. et Gerras, S. J. (2003). Climate as a moderator of the relationship between leader-member exchange and content specific citizenship: Safety climate as an exemplar. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 170-178. doi:10.1037/0021-9010.88.1.170
- IBM Analytics. (2017). SPSS 25.0. Récupéré de <https://www.ibm.com>
- Jacobs, K., Bettencourt, C., Ellsworth, P., Lang, S., Levitan, C., Niemeyer, L. O., . . . Sutherland, R. C. (1992). Statement: occupational therapy services in work practice. *American journal of occupational therapy*, 46(12), 1086.
- Jacobs, K. et Simon, L. (2015). *Quick reference dictionary for occupational therapy* (6e éd.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Jundt, J. et King, P. (1999). Work rehabilitation programs: a 1997 survey. *Work*, 12(2), 139-144.
- Ketelaar, S. M., Schaafsma, F. G., Geldof, M. F., Kraaijeveld, R. A., Boot, C. R. L., Shaw, W. S., . . . Anema, J. R. (2017). Implementation of the Participatory Approach for Supervisors to Increase Self-Efficacy in Addressing Risk of Sick Leave of Employees: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(2), 247. doi:10.1007/s10926-016-9652-3
- Kollee, A., Ren, H., Lofgren, K., Saarloos, S., Slaven, K. et Shaw, L. (2013). Advancing occupational therapy in workplace health and well-being : a scoping review. Récupéré de <http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1225&context=drlynn>
- Laberge, M., Maceachen, E. et Calvet, B. (2014). Why are occupational health and safety training approaches not effective? Understanding young worker learning processes using an ergonomic lens. *Safety Science*, 68, 250-257. doi:10.1016/j.ssci.2014.04.012

- Langevin, L. (2009). Une expérience d'apprentissage significatif pour l'étudiant. In D. Bédard & J. Bécard (Eds.), *Innové dans l'enseignement supérieur* (pp. 125-138). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2017a). Evaluation of occupational therapy workshops to prevent work-related injuries or illnesses among vocational students. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention*, 11(1), 60-76. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/19411243.2017.1393368>
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2017b). Preventive behavior at work - A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 1-10. doi:10.1080/11038128.2016.1242649
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2018). Development of preventive behavior at work : description of occupational therapists' practice. *Work*, 61(3), 477-488. doi:10.3233/WOR-182811
- Lee, M., Heo, H.-H., Oh, S., Kim, E. et Yoon, B. (2018). Patient-centered evaluation of home-based rehabilitation developed using community-based participatory research approach for people with disabilities: a case series. *Disability and rehabilitation*, 40(2), 238. doi:10.1080/09638288.2016.1250121
- Lysaght, R. M. (2004). Approaches to worker rehabilitation by occupational and physical therapists in the United States: factors impacting practice. *Work*, 23(2), 139.
- McCluskey, A., Lovarini, M., Bennett, S., McKenna, K., Tooth, L. et Hoffmann, T. (2005). What evidence exists for work-related injury prevention and management? Analysis of an occupational therapy evidence database (OTseeker). *British Journal of Occupational Therapy*, 68(10), 447-456.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. et Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 71-94. doi:10.1037/a0021484
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*(154), 145-198.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- QSR International Pty Ltd. (2014). QSR N'Vivo 10. Récupéré de <http://www.qsrinternational.com/>
- Roy, M., Cadieux, J., Forter, L. et Leclerc, L. (2008). *Validation d'un outil d'autodiagnostic et d'un modèle de progression de la mesure en santé et sécurité du travail*. Récupéré de Montréal: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-584.pdf>
- Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Res Nurs Health*, 23(3), 246-255. doi:10.1002/1098-240X(200006)23:3<246::AID-NUR9>3.0.CO;2-H
- Simard, M. et Marchand, A. (1994). The behaviour of first-line supervisors in accident prevention and effectiveness in occupational safety. *Safety Science*, 17(3), 169-185. doi:10.1016/0925-7535(94)90010-8
- Span, M., Hettinga, M., Groen-van de Ven, L., Jukema, J., Janssen, R., Vernooij-Dassen, M., . . . Smits, C. (2018). Involving people with dementia in developing an interactive web tool for shared decision-making: experiences with a participatory design approach. *Disability and rehabilitation*, 40(12), 1410. doi:10.1080/09638288.2017.1298162
- Townsend, E. et Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: CAOT.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwana, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Habiller: la compétence primordiale en ergothérapie (N. Cantin, Trans.). In E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.), *Habiller à l'occupation* (2 éd., pp. 103-158). Ottawa, Canada: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Wittman, P. P. et Velde, B. P. (2001). Occupational therapy in the community: What, why, and how. *Occupational therapy in health care*, 13(3-4), 1-5.



LES ERGOTHÉRAPEUTES FRANCOPHONES EUROPÉENS PARVIENNENT-ILS À AVOIR UNE PRATIQUE FONDÉE SUR LES OCCUPATIONS ?

Jade Baillargeon-Desjardins¹, Martine Brousseau²

¹ Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Adresse de contact : jade.baillargeondesjardins@uqtr.ca

Reçu le 21.12.2017 – Accepté le 22.03.2019

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.99

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



RÉSUMÉ

Les occupations sont un concept central en ergothérapie. Cependant, peu d'études empiriques se sont intéressées à la manière dont les ergothérapeutes intègrent celles-ci dans leur pratique. Le présent article expose les résultats d'un sondage électronique réalisé auprès de 50 ergothérapeutes francophones européens visant à décrire comment ceux-ci ont une pratique fondée sur les occupations. Les réalisations rapportées sont variées, la plupart étant davantage basées sur les occupations plutôt que focalisées sur celles-ci. Les ergothérapeutes sondés rapportent le recours à l'entrevue occupationnelle, à la cuisine thérapeutique et à l'implication de leurs clients dans la réalisation d'activités de la vie courante. Toutefois, ils mentionnent rencontrer des obstacles, principalement la résistance du client et la disponibilité de ressources matérielles. Ils affirment les surmonter particulièrement par l'adaptation et la gradation d'activités, par le recours aux discussions et à la collaboration avec les autres professionnels ainsi que par la communication efficace avec leurs clients.

MOTS-CLÉS

Pratique fondée sur les occupations, ergothérapeutes, ergothérapie, obstacles, facilitateurs

DO FRENCH-SPEAKING OCCUPATIONAL THERAPISTS IN EUROPE SUCCEED IN HAVING OCCUPATION-FOCUSED AND OCCUPATION-BASED PRACTICE ?

ABSTRACT

Occupations are a central notion in occupational therapy. Up till now, few empirical studies address the issues of integrating occupations within their practice. This article presents the survey results obtained from 50 French-speaking occupational therapists. The participants have identified varied achievements done within their practice. Those are mostly occupation-based than occupation-focused. The achievements are related to occupational interviewing, therapeutic cooking and client involvement in carrying out activities of daily living. However, they perceive obstacles, such as client resistance and resources availability. They report overcoming them by activity adaptation, advocacy and collaboration with other professionals, as well as effective communication with clients.

KEYWORDS

Occupational therapists, occupation-based, occupation-focused, occupational therapy, obstacles, facilitators

INTRODUCTION

Les occupations sont un concept central au cœur de la pratique en ergothérapie et fondent le domaine d'expertise des ergothérapeutes (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2012). La place donnée aux occupations dans la pratique a évolué au fil du temps. Pendant plusieurs décennies, principalement de 1970 à 2000, les occupations ont perdu leur place centrale dans la profession (Bauerschmidt et Nelson, 2011). C'est le début des années 2000 qui marque le retour graduel des occupations dans la pratique. Cette renaissance, selon Polatajko (2001), a mis en avant l'habilitation aux occupations allant au-delà des activités récréatives et de travail, qui avait été prépondérante dans les années 1920.

Il apparaît pertinent de s'intéresser à l'étude empirique de la pratique fondée sur les occupations, car celles-ci non seulement servent de finalité et de moyen thérapeutique, mais elles contribuent également fortement à l'identité professionnelle en ergothérapie (Fisher, 2009 ; Fisher, 2013 ; Trombly, 1995). Alors que plusieurs recherches ont documenté l'efficacité des interventions fondées sur les occupations auprès de plusieurs clientèles (Arbesman et Mosley, 2012 ; Che Daud, Yau, Barnett, Judd, Jones et Muhammad, 2016c ; Chen *et al.*, 2015 ; Chippendale et Bear-Lehman, 2012 ; Dawson *et al.*, 2014 ; Mountain, Mozley, Craig et Ball, 2008 ; Nielsen *et al.*, 2016 ; Orellano, Colón et Arbesman, 2012), très peu d'études (Ashby, Gray, Ryan et James, 2015 ; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016b ; Colaianni, Provident, DiBartola et Wheeler, 2015 ; Di Tommaso, Isbel, Scarvell et Wicks, 2016) portant sur les perceptions des ergothérapeutes de leur pratique fondée sur les occupations ont été recensés dans les écrits. Ces études rapportent que les ergothérapeutes considèrent comme important de mettre les occupations au centre de leur pratique.

Plusieurs éditoriaux soutiennent qu'il y a des obstacles à la mise en application d'une pratique fondée sur les occupations (Billiaux, 2016 ; Criquillon-Ruiz et Morel-Bracq, 2016 ; Gillen et Greber, 2014 ; Gray, 1998 ; Marchalot, 2016 ; Meyer, 2016 ; Sorita, 2016 ; Trouvé, Offenstein et Agati, 2015 ; Williams et Richards, 2010). Or, seulement quelques études empiriques les ont documentés (Ashby *et al.*, 2015 ; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016a ; Che Daud, Yau, Barnett et Judd, 2016b ; Colaianni *et al.*, 2015 ; De Haerne et Brousseau, 2018 ; Sumsion et Lencucha, 2007). De plus, peu d'études sur les facilitateurs ont été répertoriées (Colaianni *et al.*, 2015 ; Sumsion et Lencucha, 2007) et aucune n'a pour objet la manière dont une pratique fondée sur les occupations est concrètement mise en application. Par ailleurs, les études traitant de ce sujet sont principalement de provenance non européenne (États-Unis, Canada, Australie et Malaisie). Pourtant, les ergothérapeutes européens ont montré un intérêt grandissant envers les occupations dans la pratique comme en témoigne la thématique des troisièmes Assises nationales de l'ergothérapie en France, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (Morel-Bracq *et al.*, 2015), ainsi que le premier Symposium des sciences de l'occupation ayant eu lieu à Lausanne en mai 2017. Devant ce constat, il y a lieu d'explorer dans quelle mesure les ergothérapeutes européens francophones parviennent à avoir une pratique fondée sur les occupations, alors que plusieurs éditoriaux en font valoir les limites.

Fisher (2013) propose trois types d'utilisation des occupations dans la pratique en ergothérapie, soit : une pratique centrée sur les occupations (*occupation-centred*), basée

sur les occupations (*occupation-based*) ou focalisée sur les occupations (*occupation-focused*). Une pratique centrée sur les occupations consiste à mettre les occupations au cœur de sa pratique, permettant de démontrer la perspective et l'expertise uniques de l'ergothérapie. Il s'agit d'utiliser des modèles, des sciences et des savoirs qui sont recadrés et mis en relation avec les occupations. La pratique fondée sur les occupations, quant à elle, se construit à partir du pilier qu'est la pratique centrée sur les occupations. Cette dernière inclut les notions d'être basé sur et focalisé sur les occupations. Une pratique basée sur les occupations consiste à engager le client dans une occupation signifiante, c'est-à-dire de le mettre en action dans celle-ci, comme dans les mises en situation. Enfin, une pratique focalisée sur les occupations signifie que l'ergothérapeute dirige son attention vers une occupation, par exemple par l'utilisation d'une entrevue occupationnelle. Fisher (2013) soutient alors l'importance de rendre explicite, dans sa relation avec le client, le lien entre l'intervention de l'ergothérapeute et l'occupation. Par exemple, le client saura ainsi à quoi sert le travail de renforcement musculaire en thérapie, même si d'un œil extérieur, la pratique apparaît *bottom-up*.

Le présent article expose les résultats d'une étude ayant comme objectif de décrire comment des ergothérapeutes francophones européens mettent en place une pratique fondée sur les occupations. Celui-ci se décline en trois sous-objectifs : répertorier des réalisations cliniques particulières et comment elles ont été implantées en décrivant les obstacles et les facilitateurs à la mise sur pied de ces projets ; et décrire les moyens utilisés pour surmonter ces obstacles.

RECENSION DES ÉCRITS

À notre connaissance, peu d'études ont répertorié des réalisations cliniques particulières attestant d'une pratique fondée sur les occupations. Par ailleurs, plusieurs études ont documenté les obstacles, quelques-unes les facilitateurs et les moyens utilisés pour les surmonter.

Les barrières rapportées sont notamment la dominance du modèle biomédical (Ashby *et al.*, 2015 ; Che Daud *et al.*, 2016a ; Colaianni *et al.*, 2015 ; De Haerne et Brousseau, 2018, un environnement non adapté à cette pratique (Ashby *et al.*, 2015 ; Che Daud *et al.*, 2016a ; Che Daud *et al.*, 2016b ; Colaianni et Provident, 2010 ; Colaianni *et al.*, 2015 ; Grice, 2015), le manque de ressources matérielles (Che Daud *et al.*, 2016a ; Che Daud *et al.*, 2016b ; Colaianni et Provident, 2010 ; Colaianni *et al.*, 2015 ; De Haerne et Brousseau, 2018 ; Grice, 2015) et le manque de temps (Che Daud *et al.*, 2016a ; Che Daud *et al.*, 2016b ; Colaianni et Provident, 2010 ; Colaianni *et al.*, 2015 ; Grice, 2015). Le thérapeute et le client sont aussi à la source d'obstacles relevés dans plusieurs études. Ceux rattachés au thérapeute sont la perception faussée de ce qu'est une pratique fondée sur les occupations (Colaianni et Provident, 2010), ainsi que le manque de connaissances, de créativité et d'habiletés en lien avec celle-ci (Che Daud *et al.*, 2016a ; Che Daud *et al.*, 2016b). Une faible capacité d'*insight* de la part du client (Sumsion et Lencucha, 2007), l'incompréhension de la pratique fondée sur les occupations par celui-ci (Che Daud *et al.*, 2016a ; Colaianni et

Provident, 2010), les symptômes, ainsi que les préférences pour la technologie et les exercices thérapeutiques (Che Daud *et al.*, 2016b) sont les obstacles reliés au client.

D'autre part, les facilitateurs sont une bonne collaboration avec le client et une implication active de celui-ci dans la thérapie (Berro et Deshais, 2016 ; Che Daud *et al.*, 2016b ; De Haerne et Brousseau, 2018 ; Sumsion et Lencucha, 2007). L'attitude positive du thérapeute à l'égard de la pratique fondée sur les occupations est aussi un facilitateur se rattachant à des caractéristiques du thérapeute (Mahani, Mehraban, Kamali et Parvizy, 2015), de même que son expérience professionnelle et un niveau de formation supérieur (Colaïanni *et al.*, 2015). L'utilisation d'évaluations occupationnelles ainsi que l'analyse et la gradation d'activités sont aussi relevées dans l'étude de Che Daud, Yau, Barnett et Judd (2016b).

Trois études se sont intéressées aux stratégies aidant à surmonter les obstacles. Celles-ci sont des actions concrètes qui, une fois mises en place, constituent des facilitateurs. Toutes les trois identifient, parmi ces stratégies, l'utilisation d'évaluations occupationnelles, telles que la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) et le profil occupationnel (Berro et Deshais, 2016 ; Che Daud *et al.*, 2016b ; Colaïanni *et al.*, 2015). Amener une implication active du client dans la thérapie et lui demander d'apporter des objets personnels en lien avec l'occupation travaillée (Berro et Deshais, 2016 ; Colaïanni *et al.*, 2015), réaménager l'environnement de la clinique et créer des boîtes d'activités (Berro et Deshais, 2016), avoir des stagiaires (Berro et Deshais, 2016), éduquer les autres professionnels, suivre des formations (Berro et Deshais, 2016 ; Che Daud *et al.*, 2016b), ainsi qu'encourager la crédibilité et la pratique réflexive (Che Daud *et al.*, 2016b) sont d'autres stratégies répertoriées dans ces études.

MÉTHODE

L'étude s'appuie sur un devis descriptif mixte des résultats d'un sondage électronique fait auprès d'ergothérapeutes européens francophones. L'échantillonnage en est un de convenance par réseaux et boule de neige, par l'envoi de courriels fait de mars à mai 2017. Le questionnaire, spécifiquement conçu aux fins de la présente étude à partir de la recension des écrits, contient trois sections. La première porte sur les données démographiques. La seconde recueille des informations concernant la mise en œuvre d'une pratique fondée sur les occupations par les ergothérapeutes sondés. Plusieurs questions ouvertes ont permis aux répondants d'inscrire des énoncés de nature qualitative, sur les projets, les obstacles, les facilitateurs et les actions pour contrer les obstacles (voir questions 2.1.1 à 2.1.4 et 2.2.1 à 2.2.4 dans le questionnaire en annexe A). Les résultats relatifs aux autres questions (troisième section du questionnaire) font l'objet d'un autre article. Un certificat éthique (CER-17-232-07.08) a été préalablement obtenu.

Les réponses qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu, alors que les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples, telles que le calcul des moyennes et la distribution de fréquence (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse de contenu a été faite à partir d'un codage des données, fait de manière manuelle par la

première chercheuse et validé par la seconde. Une analyse catégorielle a consisté à répertorier les énoncés afin de les regrouper selon leur fréquence d'apparition en thèmes mutuellement exclusifs. Une fois chaque énoncé classé dans un thème, les pourcentages ont été calculés pour chaque thème (Fortin et Gagnon, 2016). Les résultats se rapportant aux réalisations dans le milieu ont été compilés pour l'ensemble des réalisations rapportées.

RÉSULTATS

Cinquante ergothérapeutes, majoritairement des femmes, provenant de France, de Belgique ou de Suisse, et ayant un nombre varié d'années d'expérience ont répondu au sondage électronique. Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont décrites dans le tableau 1. La majorité des répondants ont été diplômés en France, sont âgés de 20 à 39 ans et ont entre 1 et 10 ans d'expérience.

Tableau 1. Données sociodémographiques des participants (n = 50)

Caractéristiques	n (%)
Sexe	
Femme	44 (88)
Homme	6 (12)
Âge	
20 – 29 ans	12 (24)
30 – 39 ans	15 (30)
40 – 49 ans	11 (22)
50 – 59 ans	10 (20)
60 – 69 ans	2 (4)
Années d'expérience	
1 – 5 ans	12 (24)
6 – 10 ans	12 (24)
11 – 15 ans	4 (8)
16 – 20 ans	6 (12)
21 – 25 ans	5 (10)
26 – 30 ans	6 (12)
> 30 ans	5 (10)

Tableau 1. Données sociodémographiques des participants (n = 50) (suite)

Caractéristiques	n (%)
Pays d'obtention du diplôme*	
France	33 (67)
Belgique	11 (22)
Suisse	5 (10)
Type d'exercice	
Salarié	21 (42)
Libéral	8 (16)
Public	2 (4)
Formateur	3 (6)
Aucun exercice	1 (2)
Plus d'un type d'exercice	15 (30)
Pays*	
France	32 (65)
Belgique	11 (22)
Suisse	6 (12)
Type de population**	
Enfants (0 – 13 ans)	16 (19)
Adolescents (14 – 20 ans)	11 (13)
Adultes (21 – 60 ans)	26 (30)
Personnes âgées (> 60 ans)	28 (32)
Étudiants en ergothérapie	5 (6)

* Seuls 49 répondants ont répondu à cette question.

** Pour cette question, 86 énoncés ont été fournis.

Plusieurs réalisations faisant foi d'une pratique fondée sur les occupations ont été rapportées. Les principaux thèmes qui ont émergé de l'analyse qualitative sont par ordre de fréquence : 1) réaliser une entrevue occupationnelle, 2) cuisiner et 3) réaliser des activités de la vie courante. Quant à l'ensemble des réalisations, l'analyse qualitative a dégagé 11 thèmes au total. Plusieurs réponses étant possibles, 141 énoncés ont été produits. Le tableau 2 présente les thèmes de ces réalisations, leur importance (par rapport à la fréquence des énoncés selon si ces derniers sont basés ou focalisés sur des occupations), ainsi que des citations pour illustrer ces réalisations.

Tableau 2. Fréquences des énoncés basés sur les occupations et focalisés sur les occupations (n = 141) et exemples

Thèmes des énoncés	Énoncés n (EBO/ECO) ^a	Exemples d'énoncés basés sur les occupations	Exemples d'énoncés focalisés sur les occupations
Réaliser une entrevue occupationnelle	21 (0/21)		« Entretien en vue de connaître les besoins et les difficultés du patient sur ses activités de la vie quotidienne et activités instrumentales. » « Réalisation d'un Profil des AVQ. » « Réalisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) en préadmission. Évaluation des besoins de vie. Les problèmes de la MCRO deviennent nos indicateurs de notre démarche. »
Cuisiner	21 (21/0)	« Patient turc (hémiparésie G), à la retraite qui aime cuisiner. Il avait pour projet de pouvoir continuer à cuisiner pour sa famille et ses amis, des plats turcs. On a réalisé un "groupe cuisine", avec d'autres patients. Son objectif était de réaliser le plat qu'il avait choisi auparavant pour 6 personnes. » « Patiente de 60 ans, en séjour en soins de suite et de réadaptation pour une fracture ouverte de cheville. Cette patiente présente un tableau de polyarthrose et a plusieurs prothèses (hanches, genou). La rhizarthrose diagnostiquée au membre supérieur dominant gêne beaucoup la patiente lors des tâches nécessitant des gestes répétitifs et en force. Phase de reprise d'appui : proposition d'une activité cuisine (signifiante et significative, cette patiente aimant recevoir ses enfants et petits-enfants lors de repas de famille) pour plusieurs objectifs : améliorer les capacités fonctionnelles (endurance station debout, déplacement en activité, transport d'ustensiles, transferts debout-assis), aider la patiente à se projeter dans la phase de retour à domicile (se mesurer aux exigences de l'activité), proposer et tester des solutions facilitatrices, sans douleur lors des manipulations (éplucher, couper...). »	

^a EBO : énoncés basés sur les occupations ; ECO : énoncés focalisés sur les occupations.

Tableau 2. Fréquences des énoncés basés sur les occupations et focalisés sur les occupations (n = 141) et exemples (suite)

Thèmes des énoncés	Énoncés n (EBO/ECO) ^a	Exemples d'énoncés basés sur les occupations	Exemples d'énoncés focalisés sur les occupations
Réaliser des activités de la vie courante	20 (17/3)	« Mises en situation dans un appartement thérapeutique voire séjour dans le cadre d'une évaluation écologique. » « Activités de ménage (balayer le sol, étendre le linge...) » « Création groupale d'un jeu centré sur le retour à domicile, les représentations de l'espace intérieur de la maison, les occupations de vie quotidienne, pour des patients psychotiques, hospitalisés dans un secteur fermé. »	« Il y a également du conseil ergo dans les activités de la vie quotidienne. »
Faire des loisirs	18 (15/3)	« Une sortie à vélo » « Jardinage » « Ateliers cheval »	« Ateliers analytiques permettant d'effectuer des gestes habituels pour hisser une voile, porter un radeau de survie, etc. »
Réadapter professionnellement	15 (11/4)	« Pousser un chariot de plateaux-repas pour une patiente surveillante pénitentiaire et effectuer la gestuelle. »	« Après la reprise du travail, un autre point était fait sur ce qui fonctionnait bien et ce qui fonctionnait moins bien afin de pouvoir adapter les préconisations. »
Faire sa toilette et s'habiller	13 (12/1)	« Déshabillage, transfert baignoire, essuyage et rhabillage. » « Apprentissage des lacets pour un jeune écolier de 10 ans, en difficulté permanente, mais qui avait exprimé clairement son souhait de réussir à faire les lacets, car n'était pas satisfait d'être dépendant de son entourage familial et/ou peur de trébucher. »	« Dans l'établissement pour personnes âgées dépendantes, j'ai mis en place des activités ludiques de "gym douce" mettant en jeu différents enchainements de mouvements qui sont en fait les gestes nécessaires pour la toilette et l'habillage. »
Se déplacer	9 (6/3)	« Se déplacer avec transports publics. »	« Renouvellement d'un fauteuil roulant électrique. »
Faire des activités d'écriture et de bricolage	8 (8/0)	« Coordination bimanuelle, découpe des lignes brisées sur une feuille A5... » « Rééducation de la prise du stylo et du geste graphique (par des jeux manuels, des activités papier-crayon) de l'enfant pour que son écriture réponde aux exigences scolaires en termes de lisibilité et de vitesse. »	

^a EBO : énoncés basés sur les occupations ; ECO : énoncés focalisés sur les occupations.

Tableau 2. Fréquences des énoncés basés sur les occupations et focalisés sur les occupations (n = 141) et exemples (suite)

Thèmes des énoncés	Énoncés n (EBO/ECO) ^a	Exemples d'énoncés basés sur les occupations	Exemples d'énoncés focalisés sur les occupations
Adapter l'environnement	8 (2/6)	« Accompagnement revalidation [essayer les adaptations] adulte hémiparésie gauche. Difficulté de mobilité, de planification. Travail réalisé par rapport à l'adaptation de l'environnement (ouvre-bocal, siège de douche, mise en place planning, agenda et <i>to do list</i> , réorganisation des espaces de rangement). »	« Réfection d'appartements »
Intervenir avec une approche <i>bottom-up</i>	6 (0/6)		« Travail de la planification avec un patient ayant un début de démence. » « Même en thérapie de la main si on fait des exercices avec la pâte c'est comme si on travaille et ça les encourage à utiliser la main dans les ADL. »
Socialiser	2 (2/0)	« Établir un réseau dans le quartier. »	

^a EBO : énoncés basés sur les occupations ; ECO : énoncés focalisés sur les occupations.

Plusieurs facilitateurs et obstacles à la pratique fondée sur les occupations ont été identifiés par les répondants. Les commentaires qualitatifs formulés ont conduit à 257 énoncés pour les facilitateurs et à 139 énoncés pour les obstacles. Le client, bien qu'apparaissant dans les deux catégories, est identifié plus fortement comme un obstacle que comme un facilitateur. Le thérapeute, l'environnement et la formation en ergothérapie sont aussi des thèmes qui se retrouvent dans les deux catégories. Le tableau 3 donne les détails des résultats.

Tableau 3. Les facilitateurs (n = 257) et les obstacles (n = 143) à une pratique fondée sur les occupations identifiés par les répondants

Facilitateurs	Énoncés qualitatifs n (%)	Obstacles	Énoncés qualitatifs n (%)
Le client	56 (22)	Le client	44 (32)
Les ressources matérielles au travail	49 (19)	La logistique administrative	23 (16)
Le cadre et l'organisation de travail	28 (11)	Le temps	21 (15)
Le thérapeute	27 (10)	Les collègues	16 (11)
La collaboration avec l'équipe/stagiaire	26 (10)	Le matériel	14 (10)
L'environnement social du patient	21 (8)	L'environnement	11 (8)
Les méthodes/outils/évaluations	15 (6)	La dominance du modèle biomédical	7 (5)
L'activité	11 (4)	Le thérapeute	3 (2)
La situation financière ou les assurances du patient	8 (3)	Aucun obstacle	3 (2)
Les attentes/objectifs	7 (3)	La formation en ergothérapie	1 (1)
La formation en ergothérapie	5 (2)		
L'environnement physique du client	4 (2)		

Onze actions pour surmonter les obstacles à une pratique fondée sur les occupations ont été proposées par les répondants. Les commentaires qualitatifs ont conduit à 143 énoncés. Les trois actions les plus rapportées sont : adapter et graduer l'activité, « plaider » et collaborer avec les autres professionnels ainsi que communiquer avec le patient. Le tableau 4 présente l'ensemble des actions.

Tableau 3. Énoncés sur les actions pour surmonter les obstacles (n = 138)

Thèmes	Nombre d'énoncés n (%)
Adapter et graduer l'activité	38 (27)
« Plaidoyer » et collaborer avec les autres professionnels	23 (16)
Communiquer avec le patient	20 (14)
Organiser et planifier sa pratique	15 (10)
Aménager l'environnement	10 (7)
Utiliser ses qualités en tant qu'ergothérapeute	9 (6)
Collaborer avec les proches	9 (6)
Choisir et rendre accessible le matériel	7 (5)
Avoir un intérêt pour le sujet	4 (3)
Utiliser des photos et vidéos	2 (1)
Utiliser plusieurs méthodes dans la formation en ergothérapie	1 (1)

DISCUSSION

Les résultats de cette étude laissent croire que les ergothérapeutes francophones européens ont une pratique fondée sur les occupations. Leurs réalisations concrètes répertoriées sont très variées, mais ne sont pas unanimes. En effet, aucune n'a dépassé 50 % des répondants. Les résultats font aussi valoir que leur pratique est davantage basée sur les occupations que focalisée sur les occupations. Comme le soulignait Fisher (2009, 2013), les deux types de pratique sont tout aussi importants l'un que l'autre. Cette auteure soutient qu'ils doivent être appliqués en fonction du contexte et des besoins du client et autant être utilisés dans les évaluations et les interventions. L'occupation de cuisiner se rattache à ces notions. Le recours à cette occupation, où le client est mis en action dans une activité de cuisine, est un résultat inédit de la présente étude. Fisher (2009, 2013) avait noté que l'aspect signifiant de cette occupation permet à la fois d'améliorer la performance occupationnelle dans cette activité même, mais aussi les fonctions du client. Elle est à la fois un objectif final et un moyen thérapeutique. Les répondants de l'étude font souvent le lien avec les occupations, par l'utilisation de l'*Entrevue occupationnelle*. Fisher (2009, 2013) avait d'ailleurs proposé l'idée que lorsqu'il n'est pas possible de faire des mises en situation, les ergothérapeutes rendent ce lien entre le moyen thérapeutique et les occupations explicite, impliquant ainsi le client. Il y a lieu de croire que les répondants considèrent le client en tant qu'être occupationnel (Fisher, 2009 ; Fisher, 2013).

Les résultats obtenus convergent avec ceux d'autres études ; ainsi, les mêmes facilitateurs ont été répertoriés dans celles de Colaianni et collaborateurs (2015), Mahani et collaborateurs (2015) et Sumsion et Lencucha (2007). Toutefois, au contraire des études de Colaianni et collaborateurs (2015) et Sumsion et Lencucha (2007) qui identifiaient le thérapeute comme le principal facilitateur, dans la présente étude c'est le patient qui est

donné pour le principal facilitateur. Le thérapeute est surtout identifié comme facilitateur, de par sa formation professionnelle et sa capacité d'adaptation (sensibilité à cette pratique et considération du client dans la thérapie). Il est cependant plus rarement mentionné comme un obstacle.

Un résultat empirique surprenant relativement aux obstacles que rencontre la pratique fondée sur les occupations est le faible taux d'énoncés se rapportant à la dominance du modèle médical. Pourtant, les éditoriaux recensés avaient soulevé la dominance du modèle biomédical comme l'un des obstacles majeurs à la pratique (Billiaux, 2016 ; Gillen et Greber, 2014 ; Marchalot, 2016 ; Williams et Richards, 2010). Cela semble indiquer que la pratique de l'ergothérapie évolue et change en Europe. Ce résultat converge avec ceux d'autres études empiriques qui avaient aussi mis en évidence plusieurs autres obstacles avant celui du modèle médical (Ashby *et al.*, 2015 ; Che Daud *et al.*, 2016a ; Che Daud *et al.*, 2016b ; Colaianni *et al.*, 2015 ; De Haerne et Brousseau, 2018). Dans la présente étude, le patient lui-même est l'obstacle majeur relevé. Tout comme dans les études de Che Daud et collaborateurs (2016b) et Sumsion et Lencucha (2007), les répondants reconnaissent les difficultés qui peuvent être liées au patient, ou la possible interférence des limites physiques ou psychologiques de celui-ci avec la thérapie.

Adapter et graduer l'activité est la principale action mise en place par les répondants de cette étude pour surmonter les obstacles, ce qui concorde avec les résultats de l'étude de Che Daud et collaborateurs (2016b). Cette stratégie est cohérente avec l'objectif d'accompagner les patients et de s'ajuster aux tableaux cliniques variés de ceux-ci, d'autant plus que les patients ont été identifiés comme le principal obstacle à une pratique fondée sur les occupations.

L'étude présente certaines limites. Il est possible que l'échantillon ait été biaisé en faveur des ergothérapeutes ayant un intérêt ou une connaissance particuliers pour la pratique fondée sur les occupations. L'utilisation du questionnaire électronique, découlant du choix du devis (méthode), est aussi limitative en ce que celui-ci offre peu d'espace pour décrire en détail le cheminement des réalisations entreprises. Le recours à des groupes de discussion (*focus group*) aurait permis d'explorer le sujet plus en profondeur. Une autre limite est d'avoir fait certaines suggestions de réponses dans les questions du questionnaire.

CONCLUSION

Il est intéressant de constater que les ergothérapeutes européens francophones ont une pratique fondée sur les occupations, malgré plusieurs obstacles rencontrés. Ils utilisent ainsi des évaluations et interventions très variées basées ou focalisées sur les occupations. Aucune des réalisations rapportées n'est unanime, et même, aucune n'est utilisée par au moins 50 % des répondants. De plus, plusieurs actions sont mises en place par les répondants de cette étude afin d'avoir une pratique fondée sur les occupations, par exemple principalement par l'adaptation et la gradation d'activités. Des recherches futures apparaissent nécessaires pour documenter cette pratique en profondeur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arbesman, M. et Mosley, L. J. (2012). Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 277-283. doi:10.5014/ajot.2012.003327
- Ashby, S., Gray, M., Ryan, S. et James, C. (2015). Maintaining occupation-based practice in Australian mental health practice: A critical stance. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(7), 431-439. doi:10.1177/0308022614564168
- Bauerschmidt, B. et Nelson, L. D. (2011). The terms Occupation and Activity over the history of official occupational therapy publications. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 338-345. doi:10.5014/ajot.2011.000869
- Berro, M. et Deshais, L. (2016). L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au Centre de réadaptation national Rancho Los Amigos. Dans D. Pierce (dir.), *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 309-321). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Billiaux, J. (2016). L'importance des modèles conceptuels pour comprendre notre (future) pratique ergothérapique. *ergOTHérapies*, 62, 5-10
- Che Daud, A. Z., Yau, M., Barnett, F. et Judd, J. (2016a). Issue in applying occupation-based intervention in clinical practice: A Delphi study. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 222, 272-282. doi:10.1016/j.sbspro.2016.05.158
- Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F. et Judd, J. (2016b). Occupation-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 57-66. doi:10.3109/11038128.2015.1062047
- Che Daud, A. Z., Yau, M., Barnett, F., Judd, J., Jones, R. et Muhammad, N. R. (2016c). Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation: A randomized controlled trial. *Journal of Hand Therapy*, 29(1), 30-40. doi:10.1016/j.jht.2015.09.004
- Chen, Y.-L., Pan, A.-W., Hsiung, P.-C., Chung, L., Lai, J.-S., Shur-Fen, G. S. et Chen, T.-J. (2015). Life Adaptation Skills Training (LAST) for persons with depression: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 185, 108-114. doi:10.1016/j.jad.2015.06.022
- Chippendale, T. et Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(4), 438-446. doi:10.5014/ajot.2012.004291
- Colaïanni, D. et Provident, I. (2010). The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, 24(2), 130-146. Récupéré de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07380570903349378?journalCode=iohc20>
- Colaïanni, D. J., Provident, I., DiBartola, L. M. et Wheeler, S. (2015). A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 177-186. doi:10.1111/1440-1630.12192
- Criquillon-Ruiz, J. et Morel-Bracq, M.-C. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *ergOTHérapies*, 63, 23-29.
- Dawson, D., Richardson, J., Troyer, A., Binns, M., Clark, A., Polatajko, H., ... et Bar, Y. (2014). An occupation-based strategy training approach to managing age-related executive changes: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 118-127. doi:10.1177/0269215513492541
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2018). Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne? *ergOTHérapies*, 69, 65-71.
- Di Tommaso, A., Isbel, S., Scarvell, J. et Wicks, A. (2016). Occupational therapist' perceptions of occupation in practice: An exploratory study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(3), 206-213. doi:10.1111/1440-1630.12289
- Fédération mondiale des ergothérapeutes (2012). *Definition of Occupational Therapy*. Repéré à <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A Model for Planning and Implementing Top-Down, Client-Centered, and Occupation-Based Interventions*. Colorado, É.-U. : Three Star Press.

- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173. doi:10.3109/11038128.2012.754492
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3 éd.). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Gillen, A. et Greber, C. (2014). Occupation-focused practice: Challenges and choices. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 39-41. doi:10.4276/030802214X13887685335580
- Gray, J. (1998). Putting Occupation Into Practice : Occupation as Ends, Occupation as Means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 354-364. Récupéré de <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1862544>
- Grice, K. (2015). The use of occupation-based assessments and intervention in the hand therapy setting: A survey. *Journal of Hand Therapy*, 28(3), 300-306. doi:10.1016/j.jht.2015.01.005
- Mahani, M. K., Mehraban, A. H., Kamali, M. et Parvizy, S. (2015). Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(307), 1-9.
- Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *ergOTHérapies*, 62, 19-24.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal.
- Meyer, S. (2016). *Les mots, ces maux de l'ergothérapie en francophonie*. Récupéré de <https://www.hes-so.ch/fr/mots-maux-ergotherapie-francophonie-8009.html>
- Morel-Bracq, M.-C., Trouvé, E., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, H., Ung, Y. et Gras, C. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C. et Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413. doi:10.1177/030802260807101002
- Nielsen, T. L., Petersen, K. S., Nielsen, C. V., Strom, J., Ehlers, M. M. et Bjerrum, M. (2016). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults occupational performance? A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 240-248. doi:10.1080/11038128.2016.1245357
- Orellano, E., Colón, W. I. et Arbesman, M. (2012). Effect of occupation- and activity-based interventions on instrumental activities of daily living performance among community-dwelling older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 292-300. doi:10.5014/ajot.2012.003053
- Polatajko, H. (2001). L'évolution de notre perspective sur l'occupation : un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203-207.
- Sorita, É. (2016). Quel est l'intérêt pour les ergothérapeutes français d'introduire dans leurs pratiques des outils validés d'évaluation de mises en situation dans les activités de la vie quotidienne ? *ergOTHérapies*, 63, 13-22.
- Sumsion, T. et Lencucha, R. (2007). Balancing challenges and facilitating factors when implementing client-centred collaboration in a mental health setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 513-520.
- Trombly, A. C. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 960-972.
- Trouvé, E., Offenstein, E. et Agati, N. (2015). L'ergothérapeute de demain en France. *ergOTHérapies*, 59, 5-11.
- Williams, H. et Richards, G. (2010). How would you describe to a carer what you do as an occupational therapist? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 1. doi:10.4276/030802210X12629548272547

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

Expérience de la pratique fondée sur les occupations par des ergothérapeutes français

SECTION 1 – QUESTIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
2. Quel âge avez-vous ?	<input type="radio"/> 20 à 29 ans <input type="radio"/> 30 à 39 ans <input type="radio"/> 40 à 49 ans <input type="radio"/> 50 à 59 ans <input type="radio"/> 60 ans et plus
3. Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	<input type="radio"/> 1 à 5 ans <input type="radio"/> 6 à 10 ans <input type="radio"/> 11 à 15 ans <input type="radio"/> 16 à 20 ans <input type="radio"/> 21 à 25 ans <input type="radio"/> 26 à 30 ans <input type="radio"/> 31 ans et plus
4. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute ?	
5. Dans quel institut de formation en ergothérapie (IFE) avez-vous obtenu votre diplôme ?	
6. Actuellement, vous :	<input type="radio"/> Exercez la fonction d'ergothérapeute salarié <input type="radio"/> Exercez la fonction d'ergothérapeute en libéral <input type="radio"/> Êtes de la fonction publique <input type="radio"/> Êtes sans emploi <input type="radio"/> Êtes à la retraite <input type="radio"/> Autre (Spécifiez)
7. Exercez-vous la profession d'ergothérapeute en France ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

8. Dans quelle région exercez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Belgique ○ Suisse ○ Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine ○ Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ○ Auvergne-Rhône-Alpes ○ Bourgogne-Franche-Comté ○ Bretagne ○ Centre-Val de Loire ○ Corse ○ Île-de-France ○ Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ○ Nord-Pas-de-Calais-Picardie ○ Normandie ○ Pays de la Loire ○ Provence-Alpes-Côte d'Azur
9.auprès de quelle population exercez-vous majoritairement ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Petite enfance (< 3 ans) ○ Pédiatrie (entre 3 et 13 ans) ○ Adolescents (entre 13 et 20 ans) ○ Adultes (entre 20 et 60 ans) ○ Personnes âgées (plus de 60 ans) ○ Autre : ...

SECTION 2 : LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES OCCUPATIONS

1. Qu'est-ce qui vous a inspiré/encouragé à avoir une pratique fondée sur les occupations ? (Berro et Deshais, 2016)
 - Participer/assister à un congrès. Lequel/lesquels :

 - Assister à une activité de formation continue. Laquelle/lesquelles :

 - Échanger avec un stagiaire.
 - Échanger avec des collègues.
 - Échanger avec le personnel d'une école d'ergothérapie
 - Avoir lu des articles ou documents sur le sujet.
 - Autres :

2. Décrivez une ou quelques réalisations dans votre milieu attestant que votre pratique est fondée sur les occupations (exemple concret) : (Brousseau, Désormeaux-Moreau et St-Pierre, 2013; Mahani, Mehraban, Kamali et Parvizy, 2015)

2.1.1 Description de la réalisation 1 :

2.1.2 Pour cette réalisation, les facilitateurs (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud Judd, Yau, et Barnett, 2016)

2.1.2 Pour cette réalisation, les obstacles (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud et coll., 2016)

2.1.3 Qu'avez-vous fait pour surmonter ces obstacles ?

En lien avec la réalisation précédente répondez aux deux affirmations suivantes :

2.1.4 J'ai réussi à avoir une pratique fondée sur les occupations :

- Fortement en accord
- En accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

2.1.5 Mon niveau de satisfaction est :

- Extrêmement satisfait
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Un peu satisfait
- Insatisfait

Justifiez :

2.2 Description de la réalisation 2 :

2.2.1 Pour cette réalisation, les facilitateurs (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud et coll., 2016)

2.2.2 Pour cette réalisation, les obstacles (par exemple, le patient, le thérapeute, le contexte, les modalités de traitement, la logistique ou autres) ont été : (Che Daud et coll., 2016)

2.2.3 Qu'avez-vous fait pour surmonter ces obstacles ?

En lien avec la réalisation précédente répondez aux deux affirmations suivantes :

2.2.4 J'ai réussi à avoir une pratique fondée sur les occupations :

- Fortement en accord
- En accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

2.2.5 Mon niveau de satisfaction est :

- Extrêmement satisfait
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Un peu satisfait
- Insatisfait

Justifiez :

3. Y a-t-il eu d'autres réalisations que vous voudriez décrire ? Si oui spécifiez.

4. Comment différenciez-vous une pratique fondée sur les occupations d'une pratique qui ne l'est pas ? (Colaianni et coll., 2015)

5. Qu'est-ce qui selon-vous, distingue l'ergothérapeute des autres professions/disciplines ? (Berro et Deshais, 2016)

6. Y a-t-il des obstacles à l'utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie ? (Colaianni et coll., 2015)

6.1 Si oui, nommez-les :

6.2 Identifiez les modèles utilisés :

7. Commentaires :



LES MÉTHODES D'ANALYSE EN RECHERCHE QUANTITATIVE : UNE INTRODUCTION AUX PRINCIPAUX OUTILS DISPONIBLES POUR LE CHERCHEUR

Thomas Rajotte¹

¹ Ergothérapeute, PhD, Professeur à l'Université du Québec à Rimouski – campus de Lévis, Québec, Canada

Adresse de contact : thomas.rajotte@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

doi:10.13096/rfre.v5n1.132

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



INTRODUCTION

L'analyse des données constitue l'une des étapes cruciales de tout processus de recherche (Dumas, 2000). En effet, après avoir défini son objet de recherche et son cadre de référence, le chercheur peut entamer l'opérationnalisation de son projet. À cette étape de la recherche, le choix d'une méthode permet de déterminer quels outils de collecte de données et quelles analyses seront utilisés pour répondre à la ou aux questions posées. L'arrimage de ces différentes phases implique la mise en place d'une réflexion rigoureuse de la part du chercheur. Cette réflexion repose sur une connaissance détaillée de l'éventail des outils méthodologiques disponibles.

Les principaux devis utilisés en recherche quantitative ont été présentés dans une précédente chronique (Rajotte, 2017). Ici, ce sont les principaux outils d'analyse de données quantitatives qui seront mis en avant, afin de permettre au chercheur de choisir la méthode la plus appropriée à sa situation.

L'ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES : LE COFFRE À OUTILS DU CHERCHEUR

Analyser adéquatement des données quantitatives requiert une bonne planification dans la mesure où l'on doit, avant même de procéder à la collecte de données, décider du ou des tests statistiques qui seront utilisés en fonction de la question et des données de recherche. Le coffre à outils présenté ici contient trois types d'analyse, soit : les analyses descriptives, les analyses inférentielles et les analyses corrélationnelles. Ce texte s'adresse à l'étudiant, au professionnel ou au chercheur, néophyte en méthodes quantitatives, qui souhaite avoir un éventail sommaire des outils qui lui sont accessibles. Pour une mise en œuvre approfondie de ces outils, il est fortement recommandé de se référer à des ouvrages spécialisés, comme celui de Beaucage, Simpson et Viger (2009), de Howell (2015) ou de Fortin et Gagnon (2015).

L'ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNÉES

L'analyse descriptive des données permet au chercheur de résumer un ensemble de données brutes à l'aide de techniques statistiques. Ce type d'analyse vise essentiellement à décrire les caractéristiques d'un échantillon et à répondre aux questions de recherche (Fortin et Gagnon, 2015). Les outils dont dispose le chercheur pour réaliser ce type d'analyse se répartissent en trois principales catégories : les mesures de tendance centrale, les mesures de dispersion et de position ainsi que les analyses de fréquences.

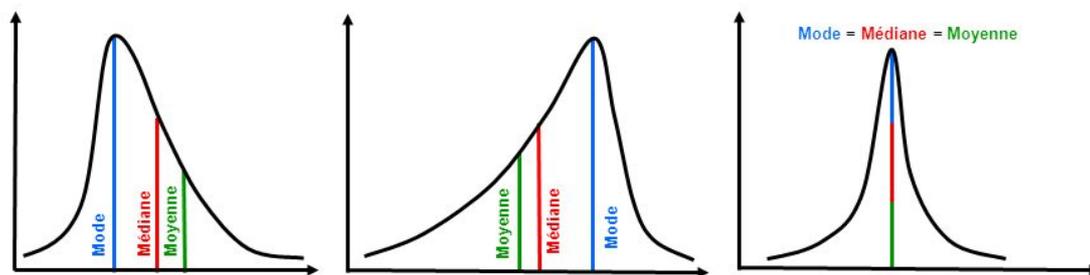
Les mesures de tendance centrale

Afin de procéder à une analyse descriptive de ses données, un chercheur peut utiliser des mesures de tendance centrale. Ces mesures constituent un indice

concernant le regroupement des valeurs attribuées aux données autour d'une valeur centrale. Afin de résumer la distribution de fréquences, une mesure de tendance centrale emploie un seul nombre. Trois mesures de tendance centrale sont utilisées dans les recherches : le mode, la médiane et la moyenne (Fortin et Gagnon, 2015). Une synthèse de ces trois mesures est présentée et illustrée dans le tableau 1.

Tableau 1. Présentation synthétique des trois mesures de tendance centrale

Le mode	Le mode correspond à la valeur de la variable statistique qui apparaît le plus souvent au sein d'un échantillon de données.
La médiane	La médiane réfère à la valeur de la variable telle qu'il y ait autant d'observations en dessous d'elle qu'au-dessus.
La moyenne	Mesure statistique caractérisant les éléments d'un ensemble de quantités : elle exprime la grandeur qu'aurait chacun des éléments d'un ensemble s'ils étaient tous identiques sans changer la dimension de l'ensemble.



Les mesures de dispersion et de position

Afin de réaliser une analyse descriptive de ses données, un chercheur peut recourir aux statistiques mesurant la dispersion et la position des données. Ces mesures constituent un indice d'étalement des données qui rend compte de la variation de celles-ci. Fréquemment, ces mesures de dispersion établissent une relation entre l'ensemble des données et la moyenne de l'échantillon (Zheng, Plaisent, Zuccaro, Bernard, Dagfous et Favreau, 2018). Le tableau 2 présente sommairement les principales mesures de dispersion et de position.

Tableau 2. Présentation sommaire des principales mesures de dispersion et de position

L'écart-type	Mesure de dispersion autour de la moyenne. Cette mesure correspond à l'écart moyen par rapport à la moyenne.
La variance	Mesure de dispersion qui consiste en la somme des carrés des écarts par rapport à la moyenne, divisée par le nombre d'observations.
L'étendue	L'étendue représente la différence entre les valeurs extrêmes d'une distribution/d'un ensemble.
Le minimum	Le minimum correspond à la plus petite valeur d'une distribution ou d'un ensemble.
Le maximum	Le maximum réfère à la plus grande valeur d'une distribution ou d'un ensemble.
Le percentile	Le rang percentile indique le pourcentage des données ayant une valeur inférieure ou égale à la donnée considérée.

Les analyses de fréquences

Finalement, afin de réaliser une analyse descriptive des données recueillies, il est également possible de procéder à une analyse de fréquences. Ce type d'analyse consiste à calculer le nombre d'observations, pour chacune des modalités d'une variable, ou par groupe de modalités (par classe). La fréquence absolue est basée sur le nombre effectif d'observations et la fréquence relative sur le ratio entre ce nombre effectif et l'ensemble des observations (Zheng *et al.*, 2018). Par exemple, la fréquence absolue des âges dans un échantillon peut s'exprimer de la manière suivante : 16 ans : $n = 5$; 17 ans : $n = 30$; 18 ans : $n = 10$; 19 ans : $n = 5$. En fréquence relative, les données seront résumées de la manière suivante : 16 ans : $n = 10\%$; 17 ans : $n = 60\%$; 18 ans : $n = 20\%$; 19 ans : $n = 10\%$. Enfin, les données peuvent être regroupées, par exemple en deux classes de plus ou de moins de 18 ans : moins de 18 ans : $n = 35$; 18 ans et plus : $n = 15$. L'analyse de la fréquence est fondamentale pour décrire les données, car elle permet, par exemple, d'établir si les données suivent des distributions connues, comme la loi normale, ce qui influencera le choix du test statistique dans le cas d'une analyse inférentielle. Elle permet également de voir rapidement quelles sont les valeurs surprenantes. En épidémiologie, elle est utilisée pour décrire des maladies au travers de concepts comme la prévalence ou l'incidence.

Exemple de recherche ayant abordé les trois catégories d'analyses descriptives

En 2017, Dumont a élaboré une recherche présentant les trois catégories d'analyse descriptive. En fait, le projet de cette auteure était d'explorer l'intérêt de l'utilisation des technologies mobiles (TM) pour améliorer le rendement occupationnel des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette ergothérapeute a ainsi utilisé des analyses de fréquence pour décrire les caractéristiques des répondants ayant participé à son projet d'étude (sexe, âge, scolarité, rôle principal, milieu de vie et capacité à lire/écrire). Le tableau suivant présente les fréquences absolues et relatives pour différentes variables, de différentes natures (dichotomique, discrète ou continue).

Tableau 3. Caractéristiques des répondants – tiré de Dumont (2017)

	Initial (n = 32) n (%)	Final (n = 26) n (%)
Sexe		
Masculin	23 (72)	17 (65)
Féminin	9 (28)	9 (35)
Âge		
6 à 10,9 ans	4 (12)	2 (8)
11 à 14,9 ans	6 (19)	5 (19)
15 à 17,9 ans	11 (34)	9 (34)
18 ans et plus	11 (34)	10 (38)
Scolarité		
Maternelle	1 (3)	1 (4)
Primaire	4 (13)	2 (8)
Secondaire	6 (19)	3 (12)
Collégiale	2 (6)	2 (8)
Spéciale	19 (59)	18 (69)
Rôle principal		
Étudiant	28 (87)	22 (85)
Travail adapté	1 (3)	1 (4)
À domicile	3 (10)	3 (12)
Milieu de vie		
Domicile	25 (78)	19 (73)
Résidence spécialisée	7 (22)	7 (27)
Sait lire et écrire		
Oui	23 (72)	17 (65)
Non	9 (28)	9 (35)

Dumont a également utilisé des mesures de dispersion et de position (écart-type, minimum et maximum) ainsi que deux mesures de tendances centrales (moyenne et médiane), pour mettre en lumière les caractéristiques de l'intervention réalisée en lien avec l'utilisation des technologies mobiles. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4. Caractéristiques de l'intervention – tiré de Dumont (2017)

	Moy	ÉT	Méd	Min	Max
Nombre d'interventions directes (n = 26)	8,3	7,2	7	1	38
Nombre de jours entre les évaluations initiale et finale (n = 26)	120,7	48,5	99	47	207
Temps total d'interventions directes (minutes) (n = 26)	508,9	648,6	400	60	3370
Temps total d'interventions indirectes (minutes) (n = 26)	529,2	905,5	147,5	60	3965

Moy : moyenne ; ÉT : écart-type ; Méd : médiane ; Min : minimum ; Max : maximum

L'ANALYSE INFÉRENTIELLE DES DONNÉES

L'analyse inférentielle des données correspond à la branche de la statistique qui a pour objet de généraliser les résultats obtenus à partir d'un échantillon à l'ensemble de la population d'où il a été tiré (Amyotte et Côté, 2017). Le recours à ce type d'analyse est déterminé par des considérations de divers ordres (économique, pratique, etc.).

Ainsi, il peut être trop onéreux, voire impossible d'avoir accès à tous les constituants d'une population donnée. Pour ces raisons, il peut être judicieux d'inférer la valeur d'une caractéristique d'une population à partir de la valeur de cette même caractéristique mesurée auprès d'un échantillon (Dumas, 2000).

Dans le cadre de cette chronique méthodologique, seulement deux types d'analyses inférentielles seront décrits : les tests t ainsi que les analyses de variance (ANOVA). Par ailleurs, il importe de mentionner qu'en fonction de ses besoins spécifiques, le chercheur peut mettre en œuvre un éventail accru d'analyses inférentielles.

Le test t ou test de Student

Il existe de nombreux tests visant à étudier la relation entre des données de deux ou plusieurs populations. Le test t est un test paramétrique¹ visant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations, et ce, relativement à une variable prédéterminée (Dumas, 2000). Ce test statistique est l'un des plus couramment utilisés dans le domaine de la santé et de l'éducation (Fortin et Gagnon, 2015).

En fonction du type d'échantillon choisi dans le protocole de recherche, il existe deux types de tests t , soit le test t pour échantillons indépendants ou le test t pour échantillons dépendants/appariés. Le test t pour échantillons indépendants sert à déterminer l'évolution d'une variable à partir d'une comparaison entre deux groupes différents, tandis que le test t pour échantillons dépendants/appariés vise plutôt à étudier le comportement d'une variable continue qui a été évaluée à deux occasions auprès d'un même groupe d'individus (Fortin et Gagnon, 2015).

L'origine du test t : un souci provenant de la qualité de la bière irlandaise

Le test t a été développé par William Gosset et fut diffusé pour la première fois dans la revue *Biometrika* (1908). À ce moment, Gosset travaillait en tant que chimiste à la brasserie Guinness à Dublin en Irlande. Ce test statistique visait essentiellement à permettre un contrôle, ainsi que des comparaisons, de la qualité gustative des bières noires (stout) produites au sein de la brasserie. Afin d'éviter d'éventuels conflits de travail avec ses collègues, Gosset a publié ses travaux sous le pseudonyme *Student* (sans aucun prénom associé). Cette publication est à l'origine de l'autre appellation du test t , le test de Student.

L'analyse de variance (ANOVA)

L'analyse de la variance (ANOVA) permet d'examiner une variable quantitative à expliquer en fonction des effets d'une ou de plusieurs variables nominales, c'est-à-dire en fonction de catégories (comme le genre, une couleur, une maladie). L'analyse de la variance multiple (MANOVA) permet d'analyser plusieurs variables à expliquer simultanément (Howell, 2015). Selon les cas, on souhaitera peut-être approfondir l'analyse, en vérifiant si certains facteurs ont un effet sur la variable à

¹ Tel que mentionné par Dumas (2000), le terme « paramètre » ou « paramétrique » signifie que la mesure ou le test effectué est réalisé auprès d'une population.

expliquer, après avoir enlevé la variance due à d'autres facteurs quantitatifs continus, dits covariables ; il s'agira alors d'une analyse de la covariance (ANCOVA). Si l'étude cherche à établir une relation linéaire entre une variable à expliquer et une ou plusieurs variables explicatives continues, le modèle de régression linéaire simple ou multiple peut être appliqué. Ces différents types d'analyse sont présentés à l'intérieur du tableau 5.

Tableau 5. Description synthétisée de certains termes se rapportant aux analyses inférentielles

L'analyse de variance (ANOVA)	Test statistique paramétrique visant à déterminer les différences entre deux groupes ou plus (habituellement trois) par rapport à une variable dépendante.
L'analyse de covariance (ANCOVA)	L'analyse statistique visant l'effet d'une variable dépendante (ou de plusieurs), et ce, en contrôlant l'effet potentiel d'une covariable (variable contrôlée par le chercheur).
L'analyse de variance multiple (MANOVA)	L'analyse de variance multiple (MANOVA) est une extension de l'ANOVA qui permet de prendre en compte une combinaison de variables dépendantes plutôt qu'une seule.

LES ANALYSES CORRÉLATIONNELLES

Dans le cadre de certains projets de recherche, les variables sont étudiées et analysées sans qu'il y ait de manipulation expérimentale. Ce type de projet implique que le chercheur observe des variables et mesure leurs valeurs sans mettre en place une intervention ou une expérimentation. Par la suite, le chercheur tentera de mettre au jour des relations entre les variables, en utilisant un coefficient de corrélation. Le coefficient de corrélation de Pearson permet de mesurer la force de la relation linéaire entre deux variables quantitatives, normalement distribuées (cf. plus haut, les analyses de fréquence) (Fortin et Gagnon, 2015). Si le coefficient de corrélation est positif, cela signifie que lorsque la valeur de l'une des variables évaluées augmente, la valeur de la seconde variable évaluée augmentera aussi. Par contre, si le coefficient de corrélation est négatif, cela veut dire qu'une augmentation de la valeur de l'une des variables correspond à une diminution de celle de l'autre variable considérée (Bourque et El Adlouni, 2016).

Un outil complémentaire du chercheur désirant réaliser une étude corrélative est l'utilisation de la régression multiple. La régression multiple consiste à évaluer la relation entre une variable (souvent appelée la variable prédite ou la variable dépendante) et deux autres variables ou plus (souvent appelés « prédicteur » ou variables indépendantes).

CONCLUSION : QUE RETENIR DE CETTE CHRONIQUE MÉTHODOLOGIQUE ?

Au terme de cette chronique, il importe de souligner que les outils disponibles au chercheur souhaitant réaliser une étude quantitative sont nombreux. Cette chronique s'adressait au débutant et visait essentiellement à dresser un portrait des principales analyses permettant de mettre en œuvre un projet de recherche. Le choix de l'analyse statistique à appliquer découle de l'arrimage entre les questions, les objectifs de recherche et le devis choisi. S'il y a une chose à retenir de cette chronique, c'est que tout chercheur bénéficie d'un éventail diversifié d'outils d'analyse adaptés à toutes sortes de situations. Dans le domaine de la recherche, notre coffre à outils est bien plus rempli que ce que l'on pourrait croire. Il serait désolant de voir un chercheur passer à côté d'une piste d'étude innovante, par manque de connaissance concernant les analyses statistiques disponibles. Après ce premier portrait, nous invitons donc les lecteurs à faire d'autres pas et à explorer plus avant ce riche monde des méthodes quantitatives.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amyotte, L. et Côté, C. (2017). *Complément de méthodes quantitatives. Applications à la recherche en sciences humaines* (2^e éd.). Montréal, QC : ERPI.
- Beaucage, C., Simpson, A. et Viger, Y. B. (2009). *Épidémiologie appliquée*. Montréal : G. Morin.
- Bourque, J. et El Adlouni, S.E. (2016). *Manuel d'introduction à la statistique appliquée aux sciences sociales*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Dumas, C. (2000). L'analyse des données de base. Dans R. J. Vallerand et U. Hess. (dir.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Dumont, C. (2017). Les technologies mobiles pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme : une étude exploratoire. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(2), 39-62.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Howell, D. C. (2015). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Louvain-la-Neuve, BE : De Boeck.
- Rajotte, T. (2017). La recherche expérimentale en éducation : quelles sont les limites à considérer ? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(2), 63-73.
- Student (1908). The probable error of a mean. *Biometrika*, VI(1), 1-25.
- Zheng, B., Plaisent, M., Zuccaro, C., Bernard, P., Daghfous, N. et Favreau, S. (2018). *L'analyse des données de sondage avec SPSS. Un guide d'introduction*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.



**LA RECHERCHE D'INFORMATIONS SUR INTERNET.
UN MANUEL PARU EN 2017, RÉDIGÉ PAR CAROLINE LADAGE**

Sylvie Tétreault¹

¹ *Ergothérapeute, PhD, Professeure 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

doi:10.13096/rfre.v5n1.146

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



Trouver des informations justes et pertinentes sur Internet représente un défi que de nombreuses personnes rencontrent aujourd'hui. Le livre de Ladage (2017) vise deux aspects de cette recherche. D'abord, l'ouvrage aborde la quête de données comme un moyen d'apprentissage pour la personne. Selon l'auteure, étant donné que trouver une réponse à des questionnements sur Internet fait appel à certaines compétences, il est nécessaire d'offrir une formation aux individus qui ont des lacunes à cet égard. Pour elle, le travail d'enquête est avant tout la construction de connaissances. Dans un deuxième temps, l'auteure explore plusieurs techniques de travail permettant de trouver l'information désirée, plus particulièrement la compréhension des moteurs de recherche et les rudiments pour poser les bonnes questions.

Dès le départ, Ladage (2017) fait la promotion d'une approche didactique de l'enquête sur Internet. Elle choisit de l'aborder en tant qu'objet d'étude. Voilà pourquoi la première section du livre se consacre aux perspectives historiques, sociales et scientifiques de l'enquête. De multiples facettes de l'enquête dans le champ de l'éducation sont explorées. Par exemple, Ladage évoque la théorie de l'enquête de John Dewey, qui se base sur une logique ou encore sur un schème de l'enquête (chapitre 2). Toujours dans ce chapitre, elle discute d'un aspect essentiel de l'enquête, soit l'élaboration des questionnements et la construction de la problématisation. Ladage (2017, p. 64) souligne que « l'enquête [...] part d'une question ou d'une volonté de résoudre un problème ». Dans un tableau, elle propose une confrontation entre deux paradigmes, soit l'enquête dans l'enseignement traditionnel, qui consiste à visiter des œuvres, et l'enquête basée sur un questionnement du monde, qui implique l'exploration d'études et de recherches. Il est intéressant de noter qu'elle n'intègre pas la notion de données probantes ou de preuves scientifiques dans son livre. En fait, cette première partie du livre porte davantage sur les diverses pédagogies de l'enquête et les éléments constitutifs des praxéologies d'enquête. Par exemple, elle décrit les *WebQuests*, qui consistent en des activités structurées de recherche, à court ou à long terme, par des apprenants. Il est intéressant de consulter le site original développé par Bernie Dodge en 1995, <http://webquest.org>, et d'évaluer si ce type de base d'informations pourrait être utile aux formateurs et étudiants francophones en ergothérapie. Ladage (2017, p. 103) suggère l'*inquiry-based learning*¹ comme autre forme d'apprentissage. Cette façon de faire est souvent associée à l'apprentissage par problèmes (*problem-based learning*) ou par projets (*project-based learning*), qui amène les étudiants à rechercher des réponses à partir d'un scénario. Ladage souligne que l'intérêt de ces deux approches réside dans l'élaboration des questions d'enquête, le développement d'outils spécifiques à la cueillette des données, l'exploration des preuves, de l'argumentation et des explications fournies par les auteurs des documents consultés. Néanmoins, elle mentionne que ces approches demandent un investissement de la part de l'enseignant pour s'assurer que les étudiants maîtrisent les préalables pour formuler les questions et interroger les bases de données.

¹ Parfois se retrouve sous le terme *enquiry-based learning* ou EBL.

La deuxième partie du livre s'intitule « Apprendre à enquêter avec Internet ». Ladage prône le développement d'« une didactique de l'enquête avec Internet » (2017, p. 135) et souligne que « l'apport de la théorie de la transposition didactique est sa capacité à faire apparaître que ce qui est enseigné n'est qu'un choix, réalisé par une institution particulière (parfois limitée à une seule personne) à un moment donné » (2017, p. 137). Puis, l'auteure analyse la praxéologie de l'enquête. Elle présente la complexité de la démarche d'enquête et la dynamique des équipements à disposition. Ceux-ci peuvent constituer à la fois des conditions favorables ou des contraintes. Il est certain que le lecteur qui recherche sur Internet une réponse rapide à sa question aura peu d'intérêt à lire ces chapitres du livre très théoriques, car ils mettent l'accent sur la démarche de repérage praxéologique.

En somme, ce livre permet de comprendre pourquoi des étudiants viennent voir l'enseignant en lui disant : « Je n'ai rien trouvé sur Internet ! » Naturellement, Ladage ne donne pas de réponses toutes faites et son livre n'est pas un guide pour soutenir les étudiants. Toutefois, il permet de saisir qu'il faut une préparation préalable qui se base sur une didactique de l'enquête. Il faut du temps pour permettre à l'apprenant d'intégrer une logique de recherche, d'être capable de comprendre l'enquête qu'il doit faire et de l'opérationnaliser. À partir de l'expérimentation d'ateliers à Marseille sur les « Enquêtes sur Internet », Ladage livre ses réflexions. Elle souligne combien la personne « profane » est souvent peu outillée pour maîtriser l'utilisation d'Internet et que sa compréhension de la logique de la gestion des données est limitée. Elle écrit qu'il y a actuellement dans l'usage d'Internet à : « ... une *déproblématisation* remarquable, qui pourrait laisser croire, à nouveau, que le savoir lui-même *ne serait pas* problématique, et que le seul problème à résoudre serait celui de l'accès de l'élève à ce supposé savoir² » (2017, p. 229).

Caroline Ladage est maître de conférences en sciences de l'éducation à l'Université d'Aix-Marseille. Il est possible de l'entendre sur la technique d'enquête dans deux vidéos disponibles aux adresses suivantes :

<https://www.youtube.com/watch?v=STPZpw7k0Lk>

<https://www.youtube.com/watch?v=-lTejj0kNFk>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Ladage, C. (2017). *Enquêter pour savoir. La recherche d'information sur Internet comme solution et comme problème*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.

² Italique dans le texte de Ladage.



LE 11^E CONGRÈS MONDIAL SUR L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL À MONTRÉAL, CANADA, DU 17 AU 20 OCTOBRE 2018

Anne Deblock-Bellamy¹, Marc-André Pellerin²

¹ Ergothérapeute, MSc, étudiante au doctorat en Sciences cliniques et biomédicales, Université Laval, Québec, Canada

² Ergothérapeute, MSc, étudiant au doctorat sur mesure en Pédagogie des sciences de la santé, Université Laval, Québec, Canada

Adresse de contact : anne.deblock-bellamy.1@ulaval.ca

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.142

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



Pour la première fois, nous avons eu le plaisir d'assister au Congrès mondial sur l'AVC. En effet, du 17 au 20 octobre 2018, le 11^e World Stroke Congress s'est tenu à Montréal, au Canada. Il a été organisé conjointement par la World Stroke Organization et le Consortium neurovasculaire canadien. Il s'agit, en ce qui concerne le thème des accidents vasculaires cérébraux, de l'un des événements scientifiques les plus importants au niveau mondial. Alors que le congrès avait réuni 2 277 participants lors de sa dernière édition à Hyderabad en Inde (2016), environ 3 000 participants étaient attendus à Montréal.

Le nombre de présentations était vertigineux ! Il faut imaginer 10 salles offrant simultanément des conférences pendant quatre jours de congrès. En plus des présentations orales, d'une durée variant entre 3 et 20 minutes, près de 700 affiches électroniques pouvaient être visionnées sur des bornes interactives ou directement sur le site Internet de l'événement. D'ailleurs, il est toujours possible d'accéder gratuitement aux affiches rattachées au congrès¹.

Si une large part des participants étaient issus du domaine médical, les chercheurs et intervenants de la réadaptation ont pris une place remarquable lors de ce congrès. Cette situation a d'ailleurs obligé les organisateurs du congrès à transférer de nombreuses séances en réadaptation vers des salles plus grandes afin de mieux répondre à l'affluence constatée. Une dizaine de sessions ont été consacrées à la réadaptation (pour un total d'environ 80 présentations). Une telle quantité d'informations est malheureusement difficile à résumer dans le cadre de cette chronique. Nous avons retenu ici pour les lecteurs et lectrices de la *RFRE* des conférences remarquables présentant différentes façons d'améliorer les pratiques cliniques.

La récupération motrice du membre supérieur a été abordée lors de différentes conférences. Plusieurs équipes de recherche ont démontré que la récupération motrice du membre supérieur présente plusieurs plateaux. Ces plateaux de récupération dépendent des variables mesurées. Par exemple, les résultats de Kitago et ses collaborateurs (États-Unis) portent à croire que la récupération du contrôle du mouvement, de la capacité motrice et de la force ne se fait pas au même rythme durant la réadaptation. Selon eux, la récupération du contrôle du mouvement (mesures cinématiques) est majoritairement observée lors des cinq premières semaines post-AVC. Or, la force et la capacité motrice, mesurées à l'aide du Fugel-Meyer Assesment et du Action Research Arm Test, semblent encore doubler entre la 5^e semaine et un an post-AVC (Cortes *et al.*, 2017). Des améliorations de la capacité motrice, documentées à l'aide du Chedoke McMaster, et de la force, évaluée par un dynamomètre Jamar, ont été observées par Borschmann et Hayward (Australie) lors d'une étude prospective portant sur la première année post-AVC. Néanmoins, cette étude a aussi indiqué que la performance motrice, mesurée à l'aide d'un autoquestionnaire intitulé *Motor Activity Log*, confirme un plateau de récupération à 6 mois post-AVC. L'ensemble de ces études soulignent l'importance

¹ <https://www.morressier.com/modal?modal=signup-flow-forwarder&isDelegate=true&event=WSC-2018> ; <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1747493018789543>

d'introduire une prise en charge thérapeutique rapidement après un AVC, mais aussi de poursuivre la réadaptation en phase chronique, tout en ajustant les objectifs thérapeutiques selon les plateaux de récupération observés.

L'implantation d'un programme de réadaptation du membre supérieur a été abordée par Harris et ses collègues (Canada). Se basant sur les « Pratiques optimales au Canada en matière d'AVC » (Hébert *et al.*, 2016), recommandant d'utiliser des tâches fonctionnelles spécifiques, progressives et répétitives, cette équipe a expérimenté un programme visant à améliorer la récupération du membre supérieur au moyen d'activités fonctionnelles, de tâches bilatérales, d'entraînements cognitifs et perceptuels ainsi que de l'enseignement à la personne. Si l'efficacité de ce programme basé sur des données probantes reste à préciser, les patients et les professionnels ont constaté plusieurs bienfaits. Ils ont salué l'apport d'activités fonctionnelles concrètes dans le processus de réadaptation.

En plus de l'importance de la réadaptation lors des différentes phases post-AVC, la notion d'intensité des thérapies a très souvent été explorée tout au long du congrès. Alors que des recommandations de bonne pratique conseillent une prise en charge quotidienne de trois heures (7 jours sur 7), Alt Murphy et ses collaborateurs (Suède) ont comparé l'activité physique des patients en semaine et durant un week-end. Sans grande surprise, une diminution significative du taux d'activité a été observée le week-end, principalement pour le membre supérieur plégique. Toutefois, le problème est le même dans tous les centres de neuroréadaptation : comment peut-on augmenter le temps de prise en charge en réadaptation considérant le contexte socio-économique actuel (restrictions budgétaires, absence de prise en charge thérapeutique les week-ends, priorités aux examens médicaux, etc.) ? French et ses collaborateurs (Canada) ont discuté, entre autres, du rôle potentiel des ergothérapeutes dans l'augmentation du temps de prise en charge thérapeutique. Ils proposent d'intégrer des objectifs thérapeutiques axés sur les routines de soins quotidiens, tout en gardant des prises en charge individuelle.

En ce qui a trait à l'intensité des thérapies, il arrive que des thérapeutes aient peur de « surcharger » leurs patients, sachant que la fatigue est très fréquente chez les personnes ayant subi un AVC. Mais que sait-on sur la fatigue post-AVC ? Premièrement, il est essentiel d'évoquer le fait que cette fatigue ne disparaît pas avec du repos. Elle est très souvent associée à une dépression, à de l'anxiété ou encore à une diminution du taux d'activité. Elle a des retombées importantes et négatives sur la participation des patients à la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne et sur leur réadaptation. En se basant sur les bons résultats obtenus auprès d'individus présentant de la fatigue après un cancer ou de la fatigue chronique, Mead et ses collaborateurs (Angleterre) ont évalué l'intérêt d'une prise en charge cognitivo-comportementale dans le but de diminuer la fatigue post-AVC. Cette prise en charge, comprenant six séances, a pour but, entre autres, de rassurer les patients (l'anxiété est un symptôme fréquent), de leur permettre de retrouver un équilibre entre les temps de repos et d'activité, d'augmenter leur participation aux activités quotidiennes et de travailler sur les émotions négatives liées à cette fatigue excessive. Après l'obtention de résultats préliminaires prometteurs quant aux effets d'une telle prise en charge contre la fatigue post-AVC (Wu *et al.*, 2017),

une étude de plus grande envergure est actuellement en cours (*POst Stoke Intervention Trial in Fatigue – POSITIF*).

Quelques présentations ont abordé le sujet de la réadaptation cognitive. Par exemple, des chercheurs ont discuté de leurs travaux visant l'implantation de l'approche CO-OP (*Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance*), une approche reconnue en réadaptation cognitive utilisant un ensemble de stratégies métacognitives (Polatajko *et al.*, 2001). Parmi les facilitateurs identifiés, Allen et ses collaborateurs ont observé le rôle clé qu'avait joué le soutien des organisations dans l'implantation du changement de pratique. Ils ont noté l'importance pour les professionnels d'avoir pu expérimenter l'approche afin d'en voir les bienfaits. Ceux qui ont mis en place cette approche ont d'ailleurs rapporté des résultats positifs pour leurs clients, une meilleure communication interprofessionnelle et la fixation d'objectifs davantage centrés sur le client.

L'appui sur des preuves scientifiques est indispensable à l'amélioration de la pratique en ergothérapie. Considérant cela, quels sont les ergothérapeutes qui basent leur pratique sur les données probantes et permettent ainsi de diminuer la distance entre la recherche et la clinique ? Une étude canadienne a tenté de mieux comprendre les attributs des ergothérapeutes appuyant leur pratique sur les données probantes dans le domaine de la réadaptation post-AVC. Selon leurs supérieurs hiérarchiques, ces professionnel-le-s sont souvent perçu-e-s comme décidé-e-s et motivé-e-s à en apprendre plus pour améliorer leur pratique. Elles et ils possèdent des connaissances étendues et spécifiques dans leurs champs de pratique et sont souvent engagé-e-s dans le développement de la formation continue, le transfert de connaissance ou encore le mentorat. Ces ergothérapeutes sont considéré-e-s comme étant d'excellent-e-s thérapeutes et possèdent une très bonne réputation dans leur domaine. Elles et ils se trouvent souvent dans des centres spécialisés en rééducation post-AVC, où des occasions de collaboration avec le secteur de la recherche et de l'enseignement leur sont offertes. Cela illustre bien la nécessité d'offrir des formations et des opportunités de travailler ensemble avec les chercheurs pour trouver des solutions ou développer des pratiques innovantes. Cette collaboration pourrait encourager les nouveaux praticiens à développer leur rôle de mentor dans leur propre centre (Hallé *et al.*, 2018).

Pour conclure, il semble nécessaire de signaler que, malgré le fait que la rééducation post-AVC ait encore une place limitée dans ce congrès scientifique d'envergure internationale (p. ex. pas de plénière consacrée au domaine de la réadaptation, présentations en réadaptation généralement de très courte durée), divers enjeux stratégiques ont émergé au cours de ces quatre jours. Entre les sessions de présentations, il était intéressant d'observer dans les couloirs du Palais des congrès les petits groupes de travail qui se multipliaient. La recherche en neuroréadaptation semble avoir un avenir prometteur ! Il faudra aller le constater lors du 11^e Congrès mondial de neuroréhabilitation qui se tiendra du 7 au 10 octobre 2020 à Lyon, en France. L'Europe sera d'ailleurs à l'honneur durant l'année 2020. En effet, le prochain Congrès mondial sur l'AVC se tiendra à Vienne du 12 au 15 mai 2020. C'est une invitation pour les ergothérapeutes francophones !

PRÉSENTATIONS ORALES

- Allen, K., Dittmann, K., Linkewich, E., Hutter, J., Donald, M., McEwen, S., Patel, A., et Hunt, A. (2018, octobre). Context-specific evidence developed by clinicians aids implementation of a cognitive-strategy based approach to stroke rehabilitation: Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance. Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>
- Alt Murphy, M., Andersson, S., Ohlsson, F., Wipenmyr, J., et Danielsson, A. (2018, octobre). Arm activity is lower on weekends during subacute in-patient rehabilitation after stroke. Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>
- Borschmann, K., et Hayward, K. (2018, octobre). A prospective study of upper limb motor capacity and performance in the first two years post-stroke: it is not one-size-fits-all. Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>
- French, E., Adams, M., Duhaime, K., Lee, D., Lukie, M., Ross, B., Termaat, M., et Dubois, S. (2018, octobre). Maximizing the intensity of inpatient stroke rehabilitation in Northwestern Ontario, Canada: time is function. Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>
- Harris, J., Last, N., Bonneville, J., Flynn, C., et Pettit, S. (2018, octobre). Exploring the perceived effectiveness of a novel functional activities program. Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>
- Kitago, T. *et al.* (2018, octobre). Working towards upper limb recovery after stroke: what's new? Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>
- Mead, G. (2018, octobre). Post-stroke fatigue and physical inactivity. Communication présentée au World Stroke Congress, Montréal, Canada. Repéré à : <https://worldstrokecongress.org/2018/scientific-information/scientific-program>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cortes, J. C., Goldsmith, J., Harran, M. D., Xu, J., Kim, N., Schambra, H. M., ... et Kitago, T. (2017). A short and distinct time window for recovery of arm motor control early after stroke revealed with a global measure of trajectory kinematics. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(6), 552-560. <https://doi.org/10.1177/1545968317697034>
- Hallé, M. C., Mylopoulos, M., Rochette, A., Vachon, B., Menon, A., McCluskey, A., ... et Thomas, A. (2018). Attributes of evidence-based occupational therapists in stroke rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 0008417418802600. <https://doi.org/10.1177/0008417418802600>
- Hébert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., ... et Glasser, E. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484. <https://doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Polatajko, H. J., Mandich, A. D., Missiuna, C., Miller, L. T., Macnab, J. J., Malloy-Miller, T., et Kinsella, E. A. (2001). Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) Part III – The protocol in brief. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(2-3), 107-123. https://doi.org/10.1080/J006v20n02_07
- Wu, S., Chalder, T., Anderson, K. E., Gillespie, D., Macleod, M. R., et Mead, G. E. (2017). Development of a psychological intervention for fatigue after stroke. *PLoS one*, 12(8), e0183286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183286>



VU POUR VOUS

PREMIER CONGRÈS NATIONAL DE L'AUTISME À BERNE, SUISSE, LES 9-10 NOVEMBRE 2018 : S'INFORMER POUR MIEUX ACCOMPAGNER

Emmanuelle Rossini

Ergothérapeute, M.A. en intervention précoce en autisme, enseignante chercheuse DEASS, École universitaire et professionnelle de la Suisse italienne, SUPSI, Manno, Suisse.

Adresse de contact : emmanuelle.rossini@supsi.ch

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

doi:10.13096/rfre.v5n1.143

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



Durant deux jours, les 9 et 10 novembre 2018, s'est tenu le premier Congrès national de l'autisme à Berne en Suisse avec plus de 600 participants. La préparation de ce congrès a bénéficié pendant plus de deux ans de l'implication de nombreuses personnes, dont des ergothérapeutes, qui œuvrent dans le domaine de l'autisme. Des experts internationaux ont contribué au succès de cet événement, auxquels se sont ajoutés des témoignages de personnes présentant un trouble du spectre autistique. Plusieurs défis dans le domaine de l'autisme en Suisse ont été relevés et des recommandations ont été émises pour guider les ergothérapeutes afin de répondre aux besoins de ces personnes.

Plusieurs conférences plénières publiques, traduites simultanément en allemand et en français, ont accueilli cinq experts de renommée nationale et internationale. D'abord, Matthias Huber, une personne avec autisme, a ouvert le congrès en retraçant l'évolution historique de la réalité des personnes avec un trouble autistique en Suisse, du siècle dernier jusqu'à nos jours. Puis, Francesca Happé, professeure de neurosciences cognitives et directrice du MRC Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre à l'Institut de psychiatrie du King's College de Londres, a fait une intervention remarquable sur la situation des femmes ayant un trouble du spectre de l'autisme intitulée : « *Unheard voices: Women and girls on the autism spectrum* ». Par la suite, les professeures Marie Schaer de l'Université de Genève et Nouchine Hadjikhani du Neurolimbic Research Laboratory de Boston ont dévoilé les résultats de leurs recherches en lien avec l'imagerie cérébrale et la neuro-imagerie. Ces études permettent d'explorer le fonctionnement de l'autisme du point de vue des neurosciences. Pour conclure, Joaquín Fuentes, directeur du département de psychiatrie des enfants et adolescents de la polyclinique Gipuzkoa à San Sebastián en Espagne, a illustré à l'aide d'exemples l'inclusion sociale des personnes avec autisme dans son pays.

Les thèmes des sessions et ateliers étaient variés. Les participants ont pu assister à des conférences sur le diagnostic précoce, l'inclusion sociale et scolaire, mais aussi les particularités sensorielles, les nouvelles technologies, l'autisme à l'adolescence et l'accompagnement parental. De plus, il y avait à l'horaire une session spécifique pour les chercheurs (*Autism Swiss Researchers Meeting*) qui avait pour objectif de mettre en réseaux les différents chercheurs de Suisse qui travaillent sur le thème de l'autisme. Huit groupes de recherche ont échangé et se sont présentés leurs travaux actuels.

Le congrès s'est conclu avec un débat en plénière sur l'inclusion au travail où étaient présents des personnes avec autisme et des employeurs concernés par la thématique.

De nombreuses conférences présentaient un intérêt pour l'ergothérapie, mais nous nous limiterons ici à évoquer brièvement trois conférences portant sur trois domaines innovants. Premièrement, la professeure Happé rapportait, en s'appuyant sur des données probantes récentes, que le ratio hommes-femmes, en ce qui concerne l'autisme, ne serait pas de 5 hommes pour 1 femme, mais plutôt de 3 pour 1. Ainsi, l'autisme serait plus présent que ce que l'on croit chez les femmes, mais ses manifestations semblent plus subtiles, donc moins visibles, comme l'indique la méta-analyse de Loomes, Hull et Mandy (2017). Cette nouvelle perspective est importante pour la pratique de l'ergothérapeute, particulièrement en ce qui concerne sa contribution au diagnostic par

les informations qu'il fournit sur le fonctionnement de l'enfant (Rodger et Polatajko, 2014). En somme, si les signes de l'autisme chez les filles sont différents, il faut que les professionnels les observent différemment. À ce propos, Happé souligne le fait qu'un garçon qui s'isole socialement fera penser au spectre de l'autisme, alors que le même comportement chez une fille sera attribué à de la timidité ou une anxiété sociale.

Deuxièmement, la professeure Hadjikhani a traité des échanges oculaires. Selon ses observations, la neuro-imagerie montre qu'il existe une hyperactivation du système sous-cortical lorsque les personnes avec autisme sont contraintes de regarder des partenaires sociaux dans les yeux. Le contact visuel peut être vécu comme hautement stressant, et ceci même lors d'échanges basés sur des émotions positives. L'évitement du regard consiste possiblement en une tentative de réduire cette hyperactivation afin d'éviter la sensation de stress qu'elle provoque (Hadjikhani *et al.*, 2017). Cette information devrait dès lors être prise en compte lors des interventions, puisqu'il devient peu justifiable d'insister sur les échanges oculaires, surtout s'ils entraînent un stress par l'activation, entre autres, du circuit neuronal de l'amygdale. Il semble donc plus pertinent d'apprendre à la personne avec autisme à orienter son corps et son visage vers le partenaire social, sans pour autant soutenir son regard. En se basant sur ces données probantes récentes, l'ergothérapeute doit expliquer cette particularité aux familles et aux membres de l'entourage (enseignant, employeur, partenaire de vie).

Troisièmement, la docteure Schirmer a parlé d'un atelier qu'elle a développé autour de la sexualité chez les personnes avec autisme. La sexualité fait partie des aires occupationnelles définies par le cadre de référence de l'association américaine d'ergothérapie (AOTA, 2008). Schirmer mentionne qu'une sexualité satisfaisante chez la personne avec autisme nécessite l'enseignement de règles sociales, mais également l'apprentissage d'une médiation des compétences d'actions, comme la masturbation ou encore les gestes d'hygiène intime. Les particularités du fonctionnement de la personne avec autisme requièrent que les intervenants, dont l'ergothérapeute, abordent la sexualité en utilisant des outils pertinents, comme les soutiens visuels, les jeux de rôles ou encore la modélisation vidéo (Rossini, 2018). Ces actions sont essentielles, puisque comme l'a rappelé la docteure Schirmer, les personnes avec autisme sont plus à risque d'avoir des maladies sexuellement transmissibles et de subir des abus sexuels.

Il s'agissait donc du premier congrès national suisse de l'autisme. La prochaine édition n'est pas encore planifiée, puisque les organisateurs désirent faire un bilan précis et détaillé de ce congrès avant d'en proposer une nouvelle édition. Néanmoins, son succès inattendu donne l'envie de reproduire l'événement. L'autisme a des répercussions importantes sur l'inclusion sociale des personnes, qui nécessitent un soutien spécifique de la part de différents professionnels, dont les ergothérapeutes. Des événements comme ce congrès permettent de mieux comprendre les défis que ces personnes affrontent quotidiennement ainsi que la mise en réseaux. De nombreuses présentations du premier congrès suisse de l'autisme sont disponibles en ligne : www.congresautisme-suisse.ch.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2^e éd.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
- Hadjikhani, N., Johnels, J. A., Zürcher, N. R., Lassalle, A., Guillon, Q., Hippolyte, L., Billstedt, E., Ward, N., Lemonnier, E. et Gillberg, C. (2017). Look me in the eyes: Constraining gaze in the eye-region provokes abnormally high subcortical activation in autism. *Scientific Reports*, 7, 1-7.
doi :10.1038/s41598-017-03378-5
- Loomes, R., Hull, L. et Mandy, W. P. L. (2017). What is the male to female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474.
- Rodger, S. et Polatajko, H. J. (2014). Occupational therapy for children with autism. Dans V. B. Patel, V. R. Preedy et C. R. Martin (dir.), *Comprehensive Guide to Autism* (p. 2297-2314). New York : Springer.
- Rossini, E. (2018). *Intimité et sexualité chez les jeunes Asperger : le rôle de l'ergothérapeute*. Dans M.-H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie 31^e série* (p. 243-253). Montpellier, France : Sauramps Médical.